

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Rozpoznawanie i leczenie rzeżączki w obecnym stanie nauki.

Opisał

M. Misiewicz.

(Dokończenie).

II. O leczeniu rzeżączki.

Leczenie rzeżączki winno przedewszystkiem opierać się na dokładnem i starannem rozpoznaniu, tym tylko sposobem uda nam się uniknąć błędów, które popełniają ci, co pewien szczęśliwy w danym przypadku środek lub rękoczyn uważać chcą za panacaeum, i stosują go we wszystkich innych postaciach tej choroby. Historyja różnych cudownych i gorąco polecanych leków jest bardzo prosta: autor próbuje wypadkiem jakiego nowego rozczynu lub rękoczynu, który skutkuje prędko i dobrze, sądzi więc, iż znalazł lekarstwo pewne, i ogłasza je jako sposób generalny, skuteczny na wszelkie tryprzy. *Nigdzie jednak nie mają mniej wartości wszelkie uogólnienia, niż w rzeżączce*, w której środek skuteczny w danym przypadku zawodzi w innych, pozornie bardzo zbliżonych. Różne sposoby leczenia zależą nie tyle od miejsca usadowienia, lub od warunków wywiadowych ile od zmiennych bardzo faz rzeżączki, których jedynym wspólnym objawem jest ranna kropla (la goutte). Opierać jednakże wybór terapii na tym objawie byłoby to samo, co zaliczać do tejże terapii wszystkie choroby płuc, przy których się ukazuje płwocina. Zalecano stopniowo prawie wszystkie środki apteczne przeciwnilne, i przerzucano się od jednego rękoczynu do innych,

bez sądu, bez kryterium. Zapomniano, iż jednym z pierwszych warunków racjonalnego leczenia rzeżączki jest nie szkodzić choremu, oraz w możliwie najmniejszym okresie czasu największe osiągnąć skutki. Z pośród więc danych metod leczenia należy wybrać najlepiej odpowiadającą danemu przypadkowi metodę, do której się dojdzie drogą badania chemicznego i drobnowidzowego. W ten tylko sposób będziemy w stanie dojść do *wskazań ścisłych*, na które Guyon tak wielką zwraca uwagę.

Nim przejdę do opisu właściwego leczenia zwrócę uwagę szanownego czytelnika na kilka przestróg wstępnych, a temi są:

1) Gdy zajęta jest tylko cewka przednia, unikać należy przerzucenia mikrobów za opuszkę.

2) Zabiegi terapeutyczne i przeciwnilne stosować trzeba do całego odcinka chorego, miejscowa bowiem dezynfekcja z powodu silnego drażnienia i możliwego wywołania ognisk głębokich jest szkodliwą. Również szkodzi choremu leczenie cewki wiszącej, w obec cierpienia usadowionego w odcinku zaopuszkowym, co tak często ma miejsce z zalecanemi szprycowaniami.

3) W fazie zapalenia podostrego i ostrego, cechującego się mętem w moczu, nieustępującym ani od ogrzewania, ani od dodania kwasu octowego, unikać trzeba zabiegów wewnątrzcewkowych, oraz wprowadzania narzędzi twardych, mogących skaleczyć lub podrażnić błonę śluzową. Dopiero gdy pierwsze naczynie zawierać będzie mocz czysty, wolno stosować zgłębniki, wziernik i rozszerzadła.

4) Gdy w wydzielinach ukazują się gonokoki trzeba je przede wszystkim usunąć, i dopiero po zupełnem wyjałowieniu cewki mamy prawo przystąpić do terapii i badania endouretralnego. Te same ostrożności zachować należy i względem mikrobów, powodujących zakażenie wtórne.

5) Powikłania usunąć należy przed przystąpieniem do właściwego leczenia.

6) Trzeba umieć rozróżnić odczyn, wywołany leczeniem od ropienia, podtrzymywanego samą sprawą rzeżączkową. Wobec trudności, nastęrczających się tutaj, przerywamy leczenie na czas jakiś, aż cewka się uspokoi, wtedy łatwo ocenić wynik poprzedniej terapii.

Tym sposobem decydujemy o potrzebie dalszych zabiegów,

lub o przerwaniu takowych, z warunkiem zachowania chorego od reinfekcyi, na którą jest jeszcze długo narażony.

Guyon stosuje następujące zabiegi lecznicze: wstrzykiwania do cewki przedniej, wykonywane zwykle przez samego chorego; przemywania cewki do opuszki; przemywania całej cewki; wkraplania i iniekcye, przyżegania pod kontrolą wziernika i rozszerzania.

Ponieważ użycie nieodpowiedniej strzykawki może przenieść mikroby do okolicy zdrowej, należy więc używać szprycek o małej, 4—10 sz. cent. objętości, cewka obrzękła może pomieścić najwięcej 2 c. sz., radzi więc Guyon używać w takim razie strzykawki *a la fois*, Janet zaś poleca cylinder szklany, napełniony roztworem przeciwnilnym, w którym na gwincie umieszczoną zostaje szprycka i razem się nosi. Miarka na tej strzykawce wskazuje ilość wstrzykniętego płynu leczniczego. Ponieważ wiedzieć winniśmy, jaką jest zawartość przedniej cewki, u różnych osób nader zmienna, radzi Guyon napełnić ją płynem z irygatora przy małym ciśnieniu, aby zbyt nie drażnić zżymacza cewki, po usunięciu zaś kanki, zawartość cewki zebrać do menzurki lub próbówki. W miarę zmniejszającego się obrzęku należy stopniowo powiększać ilość wstrzykiwanego płynu. Rękoczyn ten powtarza się 2 razy dziennie, przed wstrzykiwaniem chory oddaje mocz, potem wykonywa pierwsze wstrzyknięcie płynu, bez zatrzymania go w cewce, potem wstrzykuje powtórnie i zatrzymuje płyn 1—2 minut. W końcu leczenia należy wstrzykiwania stopniowo zmniejszać, co do dozy i liczby, lecz unikać należy nagłego ich przerwania.

Przemywania przedpuszkowe czyli t. z. przednie robi się z pomocą irygatora, opatrzonego kanką szklaną, podobną do używanej do przemywań nosa. Zbiornik z płynem przeciwnilnym podnosi się tylko na pół metra nad chorym, przy takim bowiem ciśnieniu płyn ten nie jest w stanie przedostać się do tylnej cewki. Zresztą przy pewnej wprawie łatwo poznać chwilę, gdy cewka przednia jest napełnioną, poczem wyjmuje się kankę, zamyka strumień, a pozostały w cewce płyn wydała przez wy ciśnienie ręką. W pewnych postaciach świeżej rzeżączki należy przemywanie to robić stopniowo, od otworu zewnętrznego zacząwszy, coraz dalej, najprzód do kąta mosznowego, potem część mosznową, co osiągamy ściskając cewkę we właściwym miejscu.

Postępowanie takie wystarcza często do dokładnego wyjałowienia cewki; co do ilości używamy przeciętnie 500 sześć. cent. do 1 litra rozczywnu.

Przemywania całkowite polegają na wymyciu obydwóch połów cewki i nie mogą mieć miejsca bez jednoczesnego zetknięcia się płynu z błoną śluzową pęcherza, próby bowiem pominięcia pęcherza, czynione przez Guiarda, Jamina i Hallé okazały się bezskutecznymi. Robią się one albo *z pomocą cewnika, albo bez niego*; w pierwszym razie wprowadzamy cewnik do pęcherza aż do wystąpienia z niego kilku kropel moczu, poczem wyciągamy go zlekka aż do części błoniastej, i wstrzykujemy płyn ze strzykawki lub irygatora. Obmywa on wtedy cewkę tylną i dostaje się do pęcherza. Jeśli chory poczuje parcie na mocz wsuwamy cokolwiek głębiej cewnik, opróżniamy pęcherz, poczem znowu wyciągamy cewnik do części błoniastej i wpuszczamy płyn w dalszym ciągu jak poprzednio, tym sposobem postępujemy tak długo, aż cała ilość płynu, przeznaczona do irygacyi, zużyta zostanie. Ostatnią porcyję płynu zostawiamy w pęcherzu, następnie wyciąga się cewnik tak aby otwór jego sterczał w opuszcze, i tu wpuszczamy pewną ilość płynu, który powoli wyciekając na zewnątrz przemywa cewkę z przodu. Wtedy wyjmujemy cewnik i pozwalamy choremu wydalić płyn wstrzyknięty do pęcherza, przyczem zaciskamy kilkakrotnie ujście zewnętrzne, aby zatrzymany strumień rozgładził fałdy i wniknął w zagłębienia błony śluzowej. W ten sposób wykonane być winno t. z. *lavage des deux urethres*⁴. W szpitalu Neckera przekładają jednak *przemywanie bez cewnika*, polegające na zwalczeniu oporu zżymacza cewki pod wpływem ciśnienia atmosferycznego. Uczniowie Guyona *) wprowadzili ten sposób i w prywatnej swej praktyce. Wieszają oni zbiornik irygatora naprzód na $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ metra nad chorym, i po oddaniu moczu przemywają przednią cewkę; następnie wieszają naczynie wyżej, na 1.30—1.50 metra, przy takim bowiem ciśnieniu płyn powoli przenika po za zżymacza do tylnej cewki, przyczem trzeba jednak, aby kanka ściśle przylegała do ujścia cewki i aby płyn nie uciekał z powrotem. Gdyby płyn nie wchodził do cewki, wtedy każemy choremu głęboko

*) Cloquet, Mallez, Vandenabecle.

oddechać, podnosimy pracę cokolwiek do góry i uciskamy je lekko w kącie mosznowym. Wtedy płyn, nawet przy mniejszym ciśnieniu, swobodnie wchodzi do pęcherza, u chorych jednak zbyt wrażliwych, przy podrażnionym zbytnio stanie cewki, należy ją znieczulić z pomocą kokainy i potem przystąpić do przemywania, przyczem płyn łatwo przenika do pęcherza. Po skończeniu przemywania pozwalamy choremu opróżnić pęcherz, odpływający zaś roztwór zatrzymujemy kilkakrotnie przez ściśnięcie palcami ujścia zewnętrznego, aby tym sposobem osiągnąć lepsze zetknięcie się płynu ze wszystkimi punktami błony śluzowej cewki.

Instylacje Guyona polegają na wkraplaniu do cewki małej ilości silnych roztworów, w celu zmodyfikowania własności błony śluzowej. Najwłaściwsze wskazanie dla wkraplań stanowią sprawy chorobowe umiejscowione; unikać ich trzeba w peryjodzie ostrym i podostrym, a stosować najlepiej w okresie t. zw. skrytym, gdy mocz nie jest mętnym, lecz zawiera nitki. Zabieg ten wykonywa się zapomocą instylatora Guyona, w ilości 3—5 kropeł 1—5% roztworu saletrzanu srebra i innych środków; lub też zapomocą szprycki Ultzmanna z metalowym cewnikiem, który przewyższa wkraplacz Guyona pod względem łatwości wyjąłowania i trwałości, a ustępuje mu pod względem precyzji rozpoznawania i ściśłości dozowania.

Rozszerzania cewki dokonywa Guyon za pomocą zgłębników Beniqueta, których dziób nie przekracza nigdy środka części błoniatej, gdyż wtedy unikamy przeniesienia mikrobów do części tylnej, a uczynimy jednak zadość wskazaniu. Jeżeli otwór zewnętrzny jest zbyt wązki należy go rozciąć, unikając jednak przekroczenia granic rozszerzalności otworu zewnętrznego cewki, jak to niewłaściwie czynią Otis i jego zwolennicy Burckhard i Reliquet, rozcinając cewkę i żołądź na znacznej przestrzeni. Janet i Boisseau są zdania, iż ludzie z bardzo szerokim ujściem, na równi z epispadiatykami, są bezpłodni. Umiarkowanie jednak szerokie ujście, bądź z natury, bądź przez umiejętne rozszerzenie, jest bardzo pożądanem. Za otworem zewnętrznym i w głębszym odcinku cewki przedopuszkowej posiada cewka znacznie większą szerokość i przepuszcza Nr. 40 Charriera lub 80 Beniqueta. Jeżeli chcemy usunąć nacieki podśluzowe i tym sposobem uprzędzić rozwój zwężeń, używać należy przyrządu rozszerzającego cewkę kroczową na znacznej przestrzeni i to wysokiego kalibru,

unikając jednocześnie zbytniego atakowania cewki wiszącej. Myśl rozszerzadła takiego podał Otis, udoskonalił je zaś Oberländer. Składa się ono z 2-ch odnóg, rozchodzących się przy ruchach śruby, jak to ma miejsce w dawnym rozszerzadle Tompsona, lecz opatrzone przy rękojeści miarką i strzałką, wskazującą na stopień użytego rozszerzenia. Przed użyciem pomieszcza się je w pochewkę kauczukową, przez co unika się zaciśnięcia błony śluzowej i ułatwia utrzymanie rozszerzadła w czystości. Miara rozszerzania jest uczucie przykrego rozdęcia cewki, poczem zostawia się rozszerzadło na 5—10 minut; zabieg taki stosuje się, dwa razy tygodniowo, zwiększając coraz o 1 stopień Charriera lub pół numeru, jeśli rękoczyn jest zbyt bolesny. Gdy się dojdzie do kalibru normalnego, który określamy zgodnie ze stopniem rozszerzalności zdrowych odcinków cewki, mierzonych cewkomierzem, rozszerzania przerywamy. Każdy powinien mieć najmniej dwa rozszerzadła Otisa - Oberländera, jeśli chce skutecznie stosować tę metodę, z tych jedno jest dla cewek długich, wąskich, inne dla krótkich a szerokich.

Wspomniałem wyżej, iż szkoła Guyona oddawna porzuciła dawny podział rzeżączki i przyjęła podział na 3 główne peryjody, zgodnie z danymi etjologicznymi, a temi są:

1) *Peryjod wystąpienia ziarnowców* (début de la phase gonococcique).

2) *Peryjod aseptyczny*, powikłany zmianami anatomicznymi.

3) *Peryjod zakażeń wtórnych*. Nadmieniałem też wyżej, iż tam, gdzie stwierdzoną została obecność gonokoków, trzeba je przedewszystkiem wydalic. *Usunięcie mikrobów i wyjałowienie cewki, czy to w fazie ostrej, czy w fazie przewlekłej lub skrytej, jest głównym celem leczenia peryjodu gonokokowego.*

Po wydaleniu gonokoków mamy już przeważnie do czynienia tylko ze zmianami anatomicznymi, odznaczającymi się jednak szczególną uporczywością *na tle skazy limfatycznej lub moczanowej*. W dalszym przebiegu choroby występuje faza zakażeń wtórnych ziarnowcami, drobnoustrojami ropotwórczymi, oraz bakterium coli; ten ostatni należy do bardzo poważnych, wkracza do cewki bądź przez ujście (exogen), bądź z trzewiów i sąsiednich narządów (endogen). Jest to bardzo poważny czyn-

nik chorobowy, zwalczać go też należy bardzo energicznie, gdyż w ten sposób uniknąć będziemy wstanie licznych powikłań.

Jaką z metod leczenia wybierać należy w każdym z powyższych okresów rzeżączki? Odpowiedź na to dać nam może jedynie ściśle badanie drobnowidzowe, t. j. histologiczne i bakteriologiczne oraz hodowla mikrobów, bez ścisłego bowiem poszukiwania, leczenie będzie czysto iluzorycznym.

Przyjrzyjmy się więc metodom leczenia, stosowanym przez najnowsze szkoły w różnych fazach rzeżączki i *zaczniemy od metody poronnej.*

Pierwsze objawy rzeżączki zaczynają się w ciągu dni 5-u, rzadko później, po stosunku zakaźnym. Trudno jest określić dokładnie chwilę wystąpienia pierwszej kropli ropy; nie łatwo też oznaczyć czas, w granicach którego leczenie poronne jest właściwym. Guyon twierdzi, iż *nawet 12 godzin przed wystąpieniem ropy, a nadewszystko przed rozwinięciem się objawów zapalnych jest zupełnie odpowiednią do tego chwilą.* Zresztą sprawa zależy od osobnika, w jednym przypadku odczyn zapalny występuje już w 12 godzin, w innych nawet po 48 godzinach jej nie ma. Tylko specjalista jest w stanie orzec, czy w danym przypadku leczenie poronne jest możliwym lub spóźnionem. Pewne wskazówki osiągamy z większego lub mniejszego obrzęku ścian cewki, z t. zw. ectropion ujęcia zewnętrznego, z mniej lub więcej obfitej wydzieliny.

Pominąwszy sposób, polegający na użyciu *przyżegań przez wziernik*, mamy jeszcze trzy sposoby, t. j. *leczenie poronne za pomocą stężonych rozczywnów lapisu*; *powtórne, stosowanie silnych roztworów przeciwniepalnych*, i *najpewniejszy sposób ostatni, polegający na wywołaniu nacieków surowicznych przez stosowanie nadmanganianu potasu, na bakteryjობóczych własnościach surowicy oparty.*

Metodę pierwszą, polegającą na stosowaniu instylacji 1—3% rozczywnu lapisu stosowali: Ricord, Mauriac i Diday, a obecnie hołduje jej Pousson i Thierry *). Na drugi dzień po przypaleniu powstaje odczyn ropny, który w przypadkach pomysłnych ginie zupełnie i chory jest wyleczony, w przypadkach zaś

*) U nas zalecał Dr. J. Funk leczenie poronne, polegające na pendzlowaniu cewki lapisem. (Medycyna 1893).

niepomyślnych ropienie się wzmagają; radzą wtedy powtórna próbę, do której przystępują chyba ludzie lekkomyślni lub zbyt odważni. Wogóle rezultaty tego postępowania są bardzo smutne, a co najmniej wątpliwe. Pousson stosował je w swej praktyce i miał podobno 25⁰/₀ wyleczeń, co nie byłoby zbyt zachęcającem wobec silnych bólów, połączonych z zabiegiem, a bezskutecznych w 75⁰/₀ reszty leczonych tym sposobem.

Niepowodzenie to było jakby zachętą do dalszych poszukiwań, zaczęto próbować innych metod, używano różnych ciał i płynów przeciwniejących, w mocnych roztworach, oraz w słabych a często stosowanych. Używano kolejno *sublimatu*, *jodoformu*, *salicylanu rtęci*, w celu wyjałowienia zupełnego cewki. Tymczasem praktyka wykazała co innego. Nawet po bardzo starannych przemywaniach sublimatem $\frac{1}{5000}$, powtarzanych co 5 godzin, można znaleźć jeszcze gonokoki w odchodzącym, niby wyjałowionym płynie. Mikroby opierały się zwycięzko wszelkim doraźnym środkom, stosowanym w ten sposób. Nawet po użyciu sublimatu $\frac{1}{700}$ doży dość silnej, którą w 3-ch przypadkach moich próbowałem, nie udało mi się zupełnie wyjałowić cewki.

Długo szukano przyczyn tego niepowodzenia. Poszukiwania nad zachowaniem się błony śluzowej względem ziarnowców, a szczególnie prace Guiarda, Jamina i Albarrana wyjaśniły dopiero sprawę i dowiodły, iż powód leżał w sposobie rozszerzania się ziarnowców. W początku leżą one na początku cewki, lecz potem zmywa je mocz, zostają więc tylko w zagłębieniach i kryptach, do których dostać się nie mogą płyny mikrobójcze. Potrzeba więc, aby roztwór, zniszczywszy warstwę nabłonkową, wszedł w bezpośrednie zetknięcie z mikroorganizmami, co jednak rzadko ma miejsce w stopniu pożądanym, przez co też leczenie poronne pozostało bez skutku. W takich razach zwykle gonokoki ocalone znajdują doskonały grunt odżywczy w ropie, wywołanej odczynem, spowodowanym wskutek podrażnienia środkami użytymi. Prócz tego metody te były bardzo bolesne i groziły utratą całości błony śluzowej cewki, poczęto więc słusznie uważać za zwykły hazard i jako taki obecnie zarzucono.

Pierwszy dopiero Pacquet z Lille ocenił bliżej działanie nadmanganianu potasu i jego prawie specyficzne własności w ostrych sprawach rzeżączkowych. Używano go wprawdzie i dawniej, ale Pacquet pierwszy dał ściślejsze wskazania, szczegól-

niej w ostrej rzeźączce. Opierając się na tych spostrzeżeniach Guyon i Janet zaczęli go stosować *w celach poronnych* i zastrzegli sobie tym sposobem pierwszeństwo w metodycznym opracowaniu tej, wcale nie łatwej metody. *O ile bowiem wykonaną będzie z zaniechaniem ostrożności, o tyle najczęściej zawodzi; i przeciwnie, jeśli żaden ze szczegółów pominięty nie będzie, i wszystko odbędzie się z precyzją, to żadna rzeźączka oprzeć się nie jest w stanie, jeśli tylko we właściwym czasie w karby ujętą będzie.*

Sposób działania nadmanganianu potasu na błonę śluzową cewki jest poniekąd zupełnie odrębny, specjalny. Prócz bowiem działania przeciwnilnego, posiada własności wywoływania *obfitego odczynu surowiczego*. Ten ostatni dalekim jest od ropienia, następującego np. po saletrzanie srebra, lub solach rtęciowych, i ma własność podtrzymywania zapalenia surowiczego dni kilka. Zwykle używa się roztworu $\frac{1}{4000}$ — $\frac{1}{1000}$. Wynikiem takiego surowiczego zapalenia będzie dosyć silny *obrzęk surowiczy*, oraz *utrzymanie w zupełnie przezroczystym surowiczym przesięku elementów nabłonkowych powierzchniowych i głębszych warstw cewki*. Powstaje *obfite krążenie surowicy z głębszych warstw ku powierzchniowym, które wymywa mikroby z fałd i gruczołów*. A więc *ma tu miejsce zmiana w warunkach odżywczych podłożu, które staje się zupełnie niewłaściwym gruntem dla ziarnowców oszczędzonych przez działanie przeciwnilne przemywań poronnych*. Badanie drobnowidzowe wydzielin przy tej metodzie, zdaje się potwierdzać ją w zupełności. Istotnie w przypadkach, w których przed leczeniem poronnem badanie wykazało obecność gonokoków, już po pierwszym przemywaniu trudno je znaleźć, a to wyjałowienie trwa *przez cały czas charakterystycznego odczynu surowiczego, trwającego mniej więcej około 2 godzin*. Jeżeli po pierwszym przemywaniu zrobić długą pauzę, to zamiast surowicy zaczyna powoli wypływać śluz, naprzód czysty, potem opalizujący, a w nim zjawiają się drobnoustroje parzyste ze znakami widocznego już dzielenia się, najczęściej w kolonije ósemkowate zebrane. W następstwie wydzielina staje się wyraźnie ropną, a ziarnowce nabierają właściwej formy i występują w obfitej liczbie. Tam, gdzie wydzielina zawiera niewiele gonokoków, co odpowiada peryjodowi względnie skąpej śluzo-ropnej wydzieliny, jest jeszcze czas do rozpoczęcia leczenia poronnego. Lecz jeśli

dopuszczymy do rozmnożenia ziarnowców w większej ilości i do obfitego ropienia, wtedy leczenie takie będzie bezcelowem, albowiem *blona śluzowa w stadyjum ropienia nie znosi już częstych przemywań i nie może dać właściwego odczynu surowiczego*. Gdy, mimo to, rozpocząć leczenie, powstaje wtedy tak silny obrzęk błony śluzowej, skojarzony nieraz z krwawieniem, iż mimowoli wskazanem jest przerwanie wszelkich manipulacyj cewkowych.

Leczenie poronne odbywa się więc w następujący sposób: przed określeniem fazy rzeżączki i obecności gonokoków chory najprzód oddaje mocz, poczem przemywa się cewkę litrem roztworu nadmanganianu potasu w solucyi 1:2000. Ten *pierwszy zabieg* robi się stopniowo, t. j. najprzód wymywa się otwór zewnętrzny, potem cewkę prąciową, naciskając ją w kącie prąciomoczowym. Tym sposobem płyn obmywa całą cewkę do opuszki, bez najmniejszego bólu. Otwór cewki zatyka się tamponikiem wyjałowionej waty, zmoczonej w tymże roztworze. Chory powinien po zabiegu *zmienić bieliznę, aby się zabezpieczyć od reinfekcyi*. W dwie godziny po pierwszym przemywaniu występuje łagodna surowicza wydzielina, w której ledwie parę leukocytów wykazać można, gonokoków brak zupełnie. Nie znajdujemy też zbytnej ilości pierwiastków nabłonkowych, co jest pożądanem, wskazuje bowiem, iż leczenie nie spowodowało zbytznego podrażnienia nabłonka. *W 5 godzin po pierwszym przemywaniu* bada się wydzielinę, i teraz ma ona mniej więcej ten sam skład co poprzednio. Chory oddaje mocz bez bólu, poczem przystępujemy *do drugiego przemywania*, z $\frac{1}{2}$ litra płynu w roztworze $\frac{1}{1500}$, którym przemywamy jednak *nie tylko cewkę przedopuszkową, ale i opuszkę*. To drugie przemywanie połączone jest z nieznacznym bólem, który jednak niebawem ustępuje. W 5 godzin po niem ogląda się wydzielinę, chory oddaje mocz, czemu towarzyszy uczucie bolesnego klócia i przystępujemy *do trzeciego przemycia* pół litrem roztworu w stosunku 1:1000. Jest ono bolesne lecz znośne. Następnie, z nadejściem nocy robimy 12-godzinną pauzę, podczas której, w razie potrzeby, polecamy choremu dawkę bromu, aby uniknąć naprężeń, a względnie krwotoku. Oddawanie moczu w nocy jest dosyć bolesne, radzimy więc oddawać go kroplami, co zabezpiecza od wynaczynień włosowatych, ujawniających się różową kroplą, lub różowem zabarwieniem ostatniej kropli moczu. Po upływie 12

godzin badamy znowu chorego: znajdujemy wtedy zwykle obrzękle ujście, podrażnioną cewkę, oraz *surowiczą obfitą wydzielinę*, zawierającą leukocyty i gdzieniegdzie czerwone ciała. Chory powinien oddać mocz. Pod koniec aktu urynowania występuje silna bolesność i kilka kropel krwi. *Czwarte przemywanie* przedopuszkowe, rozczynek 1:2000 w ilości pół litra, jest już znacznie mniej bolesne, niż zabiegi poprzednie. Następuje noc, oraz 12-godzinna pauza, nazajutrz zaś robi Janet *piąte przemywanie* w teje ilości i mocy. Od 5-go rękoczynu zacząwszy stają się przemywania oraz *oddawanie moczu bezbolesnem, wydzielina skąpa, obrzęk ujścia znika, cewka powraca do stanu zwykłego, tryper ginie.*

W niektórych wyjątkowych razach trzeba to leczenie powtarzać przez parę dni następnych, w odstępach 12-godzinnych i w stosunku 1:2000; moc rozczynek można czasami zwiększać lub zmniejszać, stosownie do natężenia odczynu, z zachowaniem jednak wyżej opisanych odstępów czasu, dość bowiem opuścić jeden termin, aby niebawem ujrzeć powrót ziarnowców. Nie należy jednak wtedy tracić nadziei, lecz *przystąpić śmiało do przemywań w skróconych odstępach czasu, wywołać przezto silniejsze krążenie surowicy*, a choć leczenie będzie nieco dłuższe, lecz niemniej okaże się skutecznem.

Gdy już upłynie czas właściwy do stosowania zabiegów poronnych, rzeżączka idzie zwykłym swym trybem, t. j. przechodzi najprzód *w stan ostry* potem *podostry*. Świetne jednak wyniki leczenia poronnego zachęciły Boisseau do stosowania nadmanganianu *we wszystkich stadyjach inwazyi ziarnowców*. Wyniki takich prób w zupełności potwierdziły ich słusność w fazie ostrej i podostrej, twierdzić więc można z wielkim prawdopodobieństwem, iż, niezależnie od spraw zapalnych i stanu mikrobów, nadmanganian potasu okazał energiczne, niemal specyficzne działanie przeciw gonokokom. Przed przystąpieniem jednakże do leczenia fazy ostrej, chory poddać się winien przez dni kilka leczeniu przygotowawczemu, przeciwwzapalnemu, unikać ruchów zbyt forsownych, błędów dyjetetycznych, nie wychodzić z mieszkania i t. d., podrażnienie bowiem w okresie przemywań spowodować może niepożądane powikłania, obrzęki, krwotoki, zapalenia i t. d., które mogą nas zmusić do przerwania kuracji i zniszczyć osiągnięte przez nią skutki.

W fazie ostrej przemywania robią się tak samo jak w celu poronnym: przemywa się przednią lub całą cewkę, stosownie do choroby; zaczynamy jednak od słabego rozczywnu 1:4000 i zwiększając stopniowo stężenie, dochodzimy do 1:2000, w odstępach co 24 godzin. I tu osiągamy właściwy, prawie specyficzny *odczyn surowiczy*, wraz z jego bakteryjobórczymi objawami, to jest znikanie ziarnowców, które tracą właściwe kontury, możność podziału i rozmnażania się. Trudności tej metody polegają na umiejętnem dozowaniu co do siły i częstości przemywań, oraz na rozpoznaniu takiego stopnia odczynu surowiczego, jaki jest w danej chwili pożądanym. Zbytne bowiem podrażnienie cewki spowodowuje *odczyn ropny*, lub innymi słowami, daje grunt odżywczy dla gonokoków, które giną w krążącej surowicy. Silny odczyn zapalny z obrzękiem i krwawieniem błony śluzowej również mało jest pożądanym.

W fazie podostrej leczenie w niczem się nie różni od wyżej opisanego, można tylko dawkę 1:2000 stężyć lub rozcieńczyć stosownie do danego przypadku, częstość również zależy od tolerancji osobnika, mniej więcej co 24 godzin. W obydwóch tych fazach przemywania są bezbolesne.

W przewlekłych odmianach, oraz w *fazie gonokoków skrytych* można używać rozczywnów silniejszych ($1/1000$), wykonywamy zaś irygacje, jak wyżej, co 24 godzin. Stosujemy je albo na część prąciową do opuszki, albo i na okolice moszno-kroczową, a nawet stosujemy przemywania pęcherzowe ($1/2000$) przy zajęciu tylnych odcinków krocza. I tu cała trudność polega na umiejętnem oznaczeniu ilości irygacji, względnie na wyborze takiego odczynu surowiczego, który wystarcza do usunięcia ziarnowców. Choć bowiem giną one po pierwszej irygacji, nie osiągamy przez to pewności wyjałowienia. Prócz tego natrafiamy często na wątpliwości, o ile bowiem przedwczesne przerwanie zabiegów może sprzyjać rozmnożeniu się mikrobów, o tyle znów zbyt długie przemywania spowodować mogą zbyt podrażnienie cewki. Mniej doświadczonym radzę trzymać się następującego sposobu, który w moich przypadkach okazał się najpraktyczniejszym: wykonać 6 irygacji co 24 godzin, zaczawszy od $1/2000$, $1/1800$, $1/1600$, $1/1400$, $1/1200$ i $1/1000$, 6-go dnia badać chorego, jeśli gonokoki nie występują, to leczenie przerwać, w przeciwnym razie przystąpić do nowej seryi irygacji w tymże porządku, po której

napewno gonokoki zginą zupełnie; jeśli ich nie znajdziemy ani w wydzielinie, ani w nitkach, uważać należy peryjod gonokokowy za ukończony. Tę fazę *bezmikrobową* należy sprawdzić za pomocą próby z saetrzanem srebra, inaczej bowiem narazić się możemy na błąd i *uznać fazę ziarnowców skrytych za wyleczenie*. Próbę tę wykonywamy przez zastrzyknięcie do cewki przedniej rozczynu $\frac{1}{1000}$ saetrzanu srebra. Jeśli gonokoki istnieją w cewce, to zjawiają się nazajutrz w wydzielinie i w osadzie moczowym, co upoważnia nas do stosowania przemywań wyjaławiających, oraz innych zabiegów, względnie do przypadku. Jeśli w końcu wszystkie objawy zginą, a ponowna próba z lapisem da wynik ujemny, chory uznany być może za wyleczonego. W moich przypadkach wykonywałem często próbę Guiarda, polegającą na wypiciu kilku szklanek piwa, poczem nazajutrz w rannej ropie występują gonokoki. Ten ostry powrót sztuczny, wywołany podrażnieniem ziarnowców skrytych (*gonorrhoea latens*) ustępuje bardzo prędko, dość bowiem 4 irygacji, aby ropienie usunąć i cewkę wyjałowić.

W obec *ropni obokecewkowych* zadanie oczyszczenia cewki od gonokoków jest niemożliwym bez zniszczenia tychże ropni. Szczególniej więc przy jednoczesnej *hypospadiacie* należy badać starannie żołądź i krocze co do obecności najmniejszych choćby *przetok i uchyłków*. Szerokie uchyłki żołądźi najlepiej usuwać można za pomocą przyżegań sztyftem lapisowym, głębokie zaś za pośrednictwem galwano-kaustycznego żegadła. Jeśli uchyłki i drobne ropnie są nienamacalne, wtedy uciekamy się do pomocy wziernika, i za pomocą przyżegań lapisem, lub na innej drodze przyżegamy ropnie, otwieramy zaś przetoki i po usunięciu tych powikłań przystępujemy do zabiegów przeciwmikrobowych. Gdyby jednak, z jakichkolwiekby względów, np. zbyt trudnych do odnalezienia ropni, lub przetok ze zbyt krętym przebiegiem, podwójnym otworem, przetok podśluzowych i głębokich, przebiegających równoległe z osią cewki, oczyszczenie tejez z gonokoków okazało się niemożliwym, otrzymamy *postać rzeźączki względnie nieuleczalną*, gdzie z konieczności uciec się musimy do santalu i długotrwałych wstrzykiwań przeciwnilnych.

Po za obrębem zabiegów poronnych możnaby więc leczenie rzeźączki streścić w następujący sposób: przedewszystkiem usuwać trzeba wszelkie powikłania, ze szczególnem zwróceniem

uwagi na ropnie obokcewkowe, następnie przystąpić do przemywań nadmanganianem. W razie pozornego wyleczenia stosować *rękoczyn próbny*, i jeśli się przekonamy o ukończeniu sprawy, ostrzegamy chorego o możliwości zakażenia z bielizny, napletka, żołędzi i otworu cewki. Jeśli chory nie może zgłaszać się do lekarza w celu wykonania przemywań, to powinien robić wstrzykiwania z nadmanganianu 1:1000, szprycą zwykłą, po wymierzeniu objętości cewki. Chory powtarza je 3 razy dziennie aż do zupełnego wyleczenia. Sposób ten jednakże ma tę wadę, iż stosowanym być może tylko w rzeżączkach przedopuszkowych.

Przejdźmy teraz do *okresu jałowego*, w którym cewka wolną jest od mikrobów. Śluz lub śluzoropa wolną bywa od gonokoków i łatwo ginie u osobników zdrowych i silnych, lecz u ludzi obciążonych skazą moczanową, u limfatyków, lub po źle wyleczonych powikłaniach staje się objawem przewlekłym i uporczywym.

Leczenie tej postaci zależy od przypadku: W świeżych otrzymujemy łatwo wyleczenie za pomocą przemywań saletrzanem srebra $\frac{1}{2000}$ — $\frac{1}{500}$ przedopuszkowej cewki lub całkowitych. Zwykle wystarczają cztery przemywania w 24-godzinnych odstępach, wtedy mocz traci męt, zawiera jednak jeszcze kilka nittek ropnych. Dla uwolnienia się i od tego objawu, przystępujemy do wykonania kilku wkraplań 1—2% roztworu lapisu co 24 godzin. Pod wpływem takiego leczenia ilość i wielkość nittek zmniejsza się, tracą one charakter ropny, i wreszcie giną zupełnie. I tu, gdyby się nastroczały jakie wątpliwości, zwalniamy najprzód chorego na dni kilka od wszelkich rękoczynów, poczem wykonywamy przemywanie próbne. W przypadkach zaś uleczonych wydzielają się jeszcze nitki, złożone tylko ze śluzu, nabłonka i leukocytów, a pochodzące z cewki przedopuszkowej. Wystarcza wtedy ostrożne *przemycie sozojodolem cynkowym*. 1—2% lub garbnikiem (0,5—1%, aby i ten ostatni objaw usunąć.

Wogóle przyjąć można za prawidło, iż *postacie świeższe* dają większą odsetkę wyleczeń. Jeśli przeciwnie mamy do czynienia z *chorym leczonym zbyt długo różnemi metodami*, wielokrotnemi wkraplaniami, słowem jeśli *sprawa trwa całemi latami*, wyniki będą mniej świetne. W takich zapuszczonych formach należy najprzód usunąć gonokoki za pomocą przemywań lapiso-

wych lub nadmanganianu, a osiągnąwszy fazę aseptyczną, przystępujemy do miejscowego leczenia. Leczenie to jednak jest bardzo utrudnione i często bezskuteczne, wskutek długotrwałych poprzednich przyżegań. Polega ono na wykonaniu 5—6 instylacyj co 7—14 dni, z rozczyńców 1—2 a nawet 4⁰/₀ lapisu, lub 1—10⁰/₀ siarczanu miedzi. W ten sposób udawało mi się wyleczyć nieraz bardzo zadawnione rzeżączki. Nadmienić tu jeszcze raz wypada, że *lekka śluzowa lub śluzoropna wydzielina, trwająca nieraz dłużej, nie powinna być leczoną wcale, wystarcza tu higiena, pobyt na wsi lub u wód, hydroterapia, kąpiele parowe lub rzymskie i t. d.*

Leczenie powyższe odnosi się jednak tylko do zmian powierzchniowych, lecz co czynić w rzeżączkach głębokich?

Przy zbroczeniach podśluzowych kanał cewki podlega w jednym lub kilku miejscach zgrubieniom i naciekom, zwanym przez Guyona: „zones d'infiltrations embryonnaires“. Nacieki te przechodzą często w okres twardzielowy, czyli t. zw. „zones sclerotiques“, które oceniają się albo za pomocą zgłębnika próbnego, lub za pomocą uretrometru Weira. Należy wtedy przystąpić do rozszerzeń cewki, z początku bardzo lekkich, potem coraz silniejszych, aż do doprowadzenia kanału cewki do wymiarów właściwych. Osiągamy zaś wymiary te w przypadkach lekkich zgłębnikami Beniqueta lub Tompsona i doprowadzamy pierwsze do Nr. 50—55, drugie do Nr. 24.. Jeśli jednak ujście zewnętrzne tych wymiarów nie posiada, to albo je nacinamy (Otis, Burckhardt, Reliquet), lub też posługujemy się rozszerzadłami. Te ostatnie służą głównie ku rozciągnięciu cewki kroczo-mosznowej, bez zbytniego działania na cewkę przednią, prąciową. W wyborze jednej z tych dwóch metod, drugiej przyznać trzeba większe zalety. Najprzód, przecięcie otworu zewnętrznego cewki nie jest obojętnem pod względem funkcji płciowych, a szczególniejszej możliwości zapładniania. A powtórne stosowanie przez sztucznie rozszerzony otwór grubych zgłębników cewnikowych, przechodzących np. Nr. 60 Beniqueta, nie jest bezpiecznem dla cewki i prącia. Daleko pewniejszym będzie więc stosowanie łagodnych rozszerzeń, właściwemi do tego przyrządami, t. j. rozszerzadłami Tompsona, a szczególniejszej Oberländera, mającemi tę wielką zaletę, iż rozszerzają pewien odcinek cewki w takim stopniu, jaki dla danej części będzie w danej chwili odpowiedni. Nadto

rozszerzania cewki muszą być zgodne z t. zw. *normalną jej rozszerzalnością* (dilatabilitas). Po umiejętnem zastosowaniu rozszerzadeł *giną nacieki embryonalne Guyona*, miękną twarde, oraz ułatwia się krążenie krwi i unaczynienie chorej cewki. W przypadkach powikłanych poważnymi zmianami anatomicznymi, jako to: wykwitami ziarninowemi, polipami, nadżerkami, uchyłkami, uszkodzeniami *veru montanum* jesteśmy upoważnieni do stosowania wziernika, o którym poniżej będzie mowa.

A teraz słów kilka o *zakażeniach wtórnych*. Gdy pomimo sumiennego leczenia ropienie wraca po błahem nadużyciu, gdy po usunięciu zaburzeń anatomicznych i wyczerpaniu arsenału leczniczego, rzeźączka uporczywie powraca, wtedy przyczyny szukać należy w zakażeniach wtórnych. Wielka liczba drobnoustrojów zdaje się oczekiwać na przygotowanie podłoża przez gonokoki, na zajęcie tego gruntu. Między niemi są ropotwórcze, rozkładające mocznik, obojętne. Do pierwszych należą prócz znanych gronowców (*staphylococcus pyog. aureus, albus et citreus*) i łańcuszkowców i inne mniej znane: 1) *diplococcus ureae pyogenes*; 2) *coccobacillus ureae pyog.*; 3) *micrococcus ureae flavus pyogenes*; 4) *streptococcus ur. pyog.*; i 5) *stapdylococcus ureae liquefaciens*, (Lundström), Achard i Renault (Semain med. 1891 p. 491), znaleźli nową odmianę, t. zw. *Bacterium pyogenes*, Clado jednak, a po nim Morelle i Ali-Krogius (Recherches bacteriologiques sur l'infect. urinaire. (Helsingfors 1891) sprawdzili, iż jest ona jednoimienną z *bacterium coli comune*. Do rozkładających mocznik należą: *proteus vulgaris* Hauser'a i *prątki gruzlicze*. Wreszcie spotyka się i inne obojętne drobnoustroje, np. *diplococcus ureae tripol*; *streptococ. ureae rugos*; *diplococ. ureae non pyog*, *cocco bacill. ureae non pyog.* i inne, których opis znajduje czytelnik u Rovsinga (Blasen Entzündungen, ihre Aethiologie, Pathogen, u. Behand. Berlin 1890 u Hirschwalda). Wszystkie te drobnoustroje, o ile posiadają zdolności chorobotwórcze, występować mogą razem z gonokokami lub bez nich i powodować ropienie. *W takich zakażeniach mieszanych radzi Guyon trzymać się leczenia nadmanganianem, i zwracać pełną uwagę na gonokoki*, inne bowiem mikroby wtórne tracą na odporności po usunięciu ziarnowców. Gdyby jednak po usunięciu tych ostatnich, mikroby wtórne pozostały, trzeba wtedy użyć innej broni, dającej lepsze skutki, a tą jest *sublimat*, środek par excellen-

ce, wskazany w zakażeniach wtórnych, wolnych od gonokoków. *Czy będziemy więc mieli przed sobą wczesne czy późne zakażenie wtórne, przemywamy dwukrotnie cewkę roztworem sublimatu 1:2000, co często wystarcza do wyjąłowania cewki; dla uniknięcia zaś nowych zakażeń polecamy tak w fazie aseptycznej, jako też u wyleczonych, obmywanie żołądki i ujścia sublimatem 1:3000; prócz tego, codziennie zrana, chory wpuszcza kroplę płynu w rozszerzone ujście. W razie odbytego stosunku choćby z kobietą wolną od rzeżączki, koniecznym jest bardzo staranne oczyszczenie prącia i cewki, w przeciwnym razie występują zakażenia wtórne, pochwa bowiem, równie jak i macica, będąca zazwyczaj w stanie lekkiego nieżyty, zawiera mikroby, które znajdują dobry grunt na błonie śluzowej cewki, szczególnie po dopiero co przebytej rzeżączce. Janet radzi używać papieru Balmé'a, który zanurza się w wodzie, i w ten sposób otrzymuje się w każdym czasie roztwór sublimatu 1:2000, potrzebny do dezynfekcji prącia.*

Często spotykamy się z zapytaniem, jaką ma wartość dawniej tak nadużywane leczenie wewnętrzne? Wartość ta sprawdzoną została do zera; ogranicza się ono do podania kilku kapsulek santalu, rzadko skutecznego; różne inne balsamy stały się dziś anachronizmem. Dwutlenek węgla, niegdyś wielce zachwalany, oraz wody mineralne, z powodu strącania się soli w moczu, nieobojętnego dla sprawy, uznano za szkodliwe, kryształki bowiem drażnią ujście cewki, a zbyt alkaliczny mocz ułatwia zakażenie pęcherza (Guyon).

O ile małej więc wartości są środki wewnętrzne, o tyle *niezbędnym jest ściśle stosowanie metody przeciw-zapalnej i wszelkich ostrożności, zalecanych w peryjodzie ostrym. A więc spokój moralny, częste wanny, odpowiednia dyjeta, łagodny obfity napój, unikanie zaś piwa, wina, potraw drażniących, a nadewszystko spółkowania. W miarę poprawy w stanie miejscowym rzeżączki rygor powyższy staje się mniej ścisłym. Napoje jednak wyskokowe i coitus są przeciwwskazane aż do zupełnego wyleczenia.*

Z wyżej powiedzianego wyprowadzić można takie wnioski:

1) Ani rozpoznanie ani leczenie chorób cewki, a zatem i rzeżączki, nie może mieć miejsca bez pomocy drobnowidza.

2) Dawny podział rzeżączki, jako nieoparty na poważnych podstawach, nie daje nam pożytecznych wskazań do leczenia; tylko badanie histo-bakteryjologiczne wydzielin i stosunków anatomicznych błony śluzowej może nam dać podstawę do racjonalnego leczenia.

3) Rzeżączka przedstawia w swym przebiegu 3 główne fazy, z których każda wymaga właściwego leczenia.

A. *Faza gonokoków*, w której, odpowiednio do siły natężenia, dajemy roztwór $\frac{1}{4000}$ do $\frac{1}{1000}$ nadmanganianu potasu.

B. *Faza aseptyczna*, powikłana zmianami anatomicznymi i troficznymi, będącymi następstwem szkodliwego działania drobnoustrojów, powinna być leczona albo *irrygacjami* z roztworu saletrzanu srebra, przy mętym moczu, albo *wkraplaniami*, jeśli mocz jest czysty lub zawiera nitki; w przypadkach zaś nacieków podśluzowych doprowadza się kanał do właściwego kalibru za pomocą rozszerzań. W postaciach powikłanych ściśle ograniczonymi zmianami, uciekamy się do *wziernika*. Leczenie miejscowe daje lepsze rezultaty przy zachowaniu prawideł higienicznych i poprawie ogólnego odżywiania; długie pausy w leczeniu miejscowym są bardzo pożądane.

C. W fazie *zakażeń wtórnych*, bądź świeżych, bądź powikłanych i zadawnionych najlepiej skutkują *przemywania całkowite sublimatem 1:2000*, oraz zabiegi *aseptyczne* około ujścia zewnętrznego, prącia i żołądki; ostrożności te zachować należy i po spółkowaniu, używa się tu roztworu sublimatu mocniejszego, 1:3000.

4) Chorym, cierpiącym na rzeżączkę, *zabrania się zawierać związków małżeńskich w fazach zakaźnych*.

W ciągu niniejszej rozprawy wielokrotnie wspominałem o *wzierniku*, zatrzymam się tu cokolwiek, aby dać czytelnikowi możliwość ocenienia endoskopii, bądź w celach rozpoznawczych, bądź w leczniczych stosowanej. Mimo fanatycznych zachwał Grünfelda, i dziś jeszcze spotyka się specjalistów, którzy *użycie wziernika uważają za zupełnie zbyteczne*. U laryngologa, oftalmologa, specjalisty chorób usznych i nosa byłoby to czemś niezwykle, praktykuje się jednak obecnie u większości syfilidologów, zajmujących się jednocześnie leczeniem układu moczowego. Przyczyna tego lekceważenia leży w *złym oświetleniu i niedość jasnych obrazach wziernikowych; szczególnie w badaniu*

cewki męskiej, długiej a wąskiej, potrzeba pewnej wprawy, której się nabywa przez dłuższe ćwiczenia. Wprowadzony przez Fingera i Leitera wziernik z lampką elektryczną (Mignon), okazał się daleko praktyczniejszym od dawnych sposobów oświetlenia za pomocą reflektora; lecz dopiero wziernik Nitze-Oberländera, udoskonalany coraz więcej, okazał się jedynym, celowi odpowiadającym. Z roku na rok tańszy, łatwy do przeniesienia, trwały, staje się przyrządem niezbędnym dla każdego urologa. Szczególną zaletą jego jest zadziwiająca jasność i dokładność obrazu różnych okolic cewki.

Jakkolwiek, wobec ogromnych postępów techniki, przyszłość wziernika obecnie zdecydowaną być nie może, nie ulega jednak wątpliwości, iż rozszerza on się bardzo między praktykami w Niemczech i Francji. W Berlinie około 60 lekarzy używa tego nowego wziernika. *Nie idzie jednak za tem, aby całe rozpoznanie rzeżączki opierać jedynie na wynikach endoskopii*, przeciwnie, badania drobnowidzowe i bakteryjologiczne są niezbędnymi, lecz będą *zupełnemi dopiero po zbadaniu wziernikiem*, jak to ma obecnie miejsce np. w laryngologii.

Możnaby zarzucić wziernikowi to, iż okiem nie rozróżni nawet najwięcej w endoskopii wyćwiczony lekarz, zmian rzeżączkowych od innych spraw chorobowych. Zarzut ten jednak jest pozorny, ostatnie bowiem prace Janet'a, Oberländera, Fingera i innych wykazały, iż nacieki błony śluzowej, zwyrodnienia bliznowate, ropnie drobnych gruczołków i przetoki w ich ujściach, są charakterystyczne dla rzeżączki, niewidziane po żadnym innym zбочeniu, a jedynie przez wziernik do zbadania dostępne. Typowe więc zmiany rzeżączkowe, możliwe do rozpoznania istnieją niewątpliwie, i nietylko w cewce męskiej, ale i u kobiet. Z całego kompleksu obrazów wziernikowych można w rzeżączkach chronicznych stawiać rozpoznawanie, co nie zawsze jest możliwem za pomocą badań bakteryjologicznych i drobnowidzowych. Wiemy bowiem, iż w starych rzeżączkach nie znajdujemy gonokoków, w innych zaś przypadkach znajdujemy je w stanie tak zmienionym, iż trudno je odróżnić od diplokoków. Neisser zaś sam powiedział: „Leider, ist diese Untersuchungsmethode sehr schwer, und unvollkommen, sie bedarf weiterer Ausarbeitung, und setzt bei demjenigen, der sie benutzen will, grosse Uebung voraus“; a dalej: „Niemand hat mehr als ich selbst

darauf hingewiesen, dass die Differentialdiagnose zwischen Gonococcen und ähnlichen Diplococcen sehr häufig ungemein schwer ist, und nur mit Zuhilfenahme complicirter Methoden gestellt werden kann“. (Deutsche Med. Woch. 1883 Nr. 29 p. 695). W takich więc wątpliwych razach badanie wziernikiem, dające podstawy pewne i stałe, będzie nieocenionem.

W pewnych odmianach rzeżączki, mimo obecności gonokoków wziernik, przy pierwszym badaniu, wykazuje bardzo małe zmiany, jest to jednak złudzenie, które niebawem ustąpi, gdy się przypatrzemy bliżej t. zw. *kieszonkom Morgagni'ego*. Wiadomo, iż w tych kieszonkach otwierają się *przewody gruczołów Littré'a*, podobnie jak w kątach warg wielkich przewody gruczołów Bartolini'ego. Jak rzeżączka tych ostatnich może ująć uwagi naszej, łatwo bowiem przeoczyć t. zw. *macula gonorrhoeica*, tak też łatwo dla niewprawnego oka przeoczyć liczne ujścia zajętych rzeżączką gruczołów Littré'a. Tymczasem żadnej nie ulega kwestyi, iż *rozpoznawanie i leczenie nieżyty tychże gruczołów, drobnych ropni i t. d. jest możliwem jedynie na drodze wziernictwa*. Nie pomogą tu bowiem wstrzykiwania, irygacyje, pendzlowania i antrophory, bez stosowania przez wziernik zabiegów chirurgicznych. Tu trzeba najprzód wydalić wydzieliny gruczołowe, wycisnąć je łyżeczką Neissera, odkryć lakuny i uchylki w błonie śluzowej, wydalić z nich ropę aspiratorem Kollmana, rozciąć kanaliki przetokowe i t. d. W przypadkach zaś nacieków pierwotnych Guyona, jedyną racjonalną metodą jest stosowanie rozszerzadeł Oberländera, do których wskazania najlepiej znaleźć też można wziernikiem. Jeśli błona śluzowa jest niezajęta nieżytem, wtedy ograniczamy rękoczynny nasze jedynie do chorych gruczołków, t. j. stosujemy zastrzykiwania wewnątrzgruczołkowe, za pomocą przeznaczonej do tego kanki Oberländera, lub otwieramy ujście gruczołków nożem, galwanokaustycznie lub elektrolitycznym zgłębnikiem.

O ileż szersze zastosowanie mieć jeszcze będzie wziernik w leczeniu większych gruczołów i dodatków cewki, np. ductus prostatice, prostaty, ductus ejaculatorii, sinus pocularis, woreczków nasiennych, gruczołków Cowpera i t. d.

Nie mniejsze usługi okazać może wziernik i w okresie zwężeń cewki. Łatwo je rozpoznać po suchej, w stanie zaniku będącej błonie śluzowej, po białawych smugach, cechujących zwę-

zenie. Gdy znajdziemy podobny objaw, możemy być pewni, iż faza zakaźna dawno tu już przeszła, że powrotu być już nie może, że niemamy więc do czynienia z t. zw. rzeżączką skrytą.

Boisseau du Rocher (Annal d. malad. d. Org. genit. urin Avril 1892) stosuje wziernik już w 6 tygodni po ukazaniu się rzeżączki, lecz jedynie w części jamistej cewki, do opuszki. Oberländerowi udało się w świeżych (8-tygodniowych) sprawach dowieść obecności *początkowych zwężeń*. Tylną cewkę można badać wziernikiem po usunięciu gonokoków i ropy. I tu często rozpoznać można *zaczynające się zwężenia*, którym zapobiedz należy przez wczesne zastosowanie rozszerzadła Oberländera.

Heineman w Berlinie przystosował do wziernika Nitze-Oberländera uniwersalny aparat elektryczny, służący do oświetlenia wziernika, do przyżegań cewkowych, galwanizacji, farydizacji, galwanofarydizacji i do elektrolizy. W ten sposób przez oświetlony wziernik stosować można prąd elektryczny, przyżegania lakun i przetok, rozszerzać kieszonki Morgagniego, *elektryzować mięśnie cewki w enuresis nocturna* i t. d., mięśnie prącia lub krocza w nerwicach, i t. d. Do rękoczynów wewnątrz cewki służy cienki, na końcu gumą obciążony elektrod, który wprowadza się przez oświetlony wziernik pod kontrolą oka. Drugi przewodnik stawia się na kroczu, kości krzyżowej, spojeniu łonowem lub lędźwiach. Metodę tę dosyć dawno stosuje też Guyon i Pousson (Gaz. heb. des sc. med. Bordeaux 1893). Za pomocą wziernika udało się nawet fotografowanie cewki. Wykonał je najprzód Oberländer, potem Kollman za pomocą specjalnie ku temu zbudowanej soczewki Zeissa, oraz mikrofotograficznego aparatu D-ra Aarlanda (Lipsk).

Kilka słów o przebiegu epidemii cholery azyatyckiej

w roku bieżącym

w Warszawie i pobliskich jej okolicach.

Podał Dr. med. **Władysław Świątecki**,
ordynator oddziału dla cholerycznych przy szpitalu JezDz. us.

Od 19 listopada roku zeszłego aż do końca stycznia 1894 r. nie słyhać było o zachorowaniach na cholere ani w mieście ani w pobliżu Warszawy, aż oto 30 stycznia na Pradze w dwóch domach,

oddalonych od siebie, zapada równocześnie po kilka osób i te z objawami cholery przewożą do oddziału. W ciągu paru dni z domu № 16 na ul. Olszowej przybyli Marya, Adolf i Maryan Miedyńscy żona i dwóch synków stolarza, Paulina Kowalska ich służąca, oraz Ewa Pel, wyrobница, wszyscy zamieszkali w jednym mieszkaniu, wreszcie Władysława Rudnicka, mieszkająca przy matce, wyrobnicy. Przy domu tym stał w tym czasie stójkowy Mikołaj Kauczewski, zachodził do Miedyńskich i pił ze studni miejscowej wodę *). Z mieszkania swego na ulicy Targowej № 33 oddany został do szpitala Pragskiego, a stąd przewieziony do oddziału naszego. Drugim ogniskiem staje się dom № 16 na ul. Folwarcznej, z którego przywieziono Stanisława Krzyckowskiego, wyrobника, Pelagię Krzyckowską żonę stróża, oraz Annę i Rozalię Proczyńskie, wyrobnice; wszyscy zamieszkiwali jedną izbę i należeli do jednej rodziny. Prócz tego 5/II. z domu przytułku i pracy na ul. Petersburskiej przybyła chora na cholere Józefa Kazimierska, szwaczka. Przypadek to zupełnie odosobniony, nie mający związku z tantymi.

Tegoż dnia z Warszawy przybył stróż domu № 27 na ul. Smocznej Urbański Michał i w krótkce zmarł na cholere. Wybuch ten cholery miał miejsce w czasie od 30 stycznia do 5 lutego włącznie. Ogółem bakteryologicznie stwierdzonej cholery było 13 przypadków, z których zmarło 5, wyzdrowiało 8 osób. Prócz tego były dwa przypadki cholera nostras, przywiezione z ul. Stawki i Ogrodowej. W wypróżnieniach tych chorych laseczników przecinkowych nie wykryto. Oba zakończyły się wyzdrowieniem.

Mimo usilnych badań w tym kierunku nie udało się wykazać, skąd zaraza została zawleczoną na Pragę. Również prócz przypadku, dotyczącego policyanta, gdzie zarażenie się na ul. Olszowej zdaje się nie ulegać wątpliwości, nie wyjaśniono związku wzajemnego pomiędzy temi dwoma ogniskami i pojedynczym przypadkiem na Pradze i zachorowaniem w Warszawie.

Energiczne zastosowanie środków policyjno-lekarskich stłumiło poczynającą się epidemię.

Przerwa trwała przeszło miesiąc. Naraz 13 marca równocześnie zapada na cholere 3 ludzi, zdaje się, nie mających ze sobą styczności i mieszkających zdala od siebie: Mendel Baumgart krawiec z ul. Pańskiej № 39, Abracham Lewek kowal z ul. Sliskiej № 50 obaj izraelici, oraz Stanisław Bilski stróż domu № 25 przy ul. Pawiej. Wszyscy trzej przybyli do Oddziału w stanie beznadziejnym daleko posuniętego okresu zamartwiczege i niebawem zmarli. Sekcyje dokonane przez Dr. Przewoskiego potwierdziły rozpoznanie kliniczne cholery **). Przed

*) Badanie wody dokonane przez kol. Janowskiego nie wykazało obecności lasecznika cholerycznego.

***) Wogóle w naszym Oddziale ro zpeznanie cholery robi się na podstawie danych epidemiologicznych, przebiegu klinicznego, oraz bakteryologicznego badania wypróżnień (Dr. Jakowski i Janowski), a względnie sekcyi (Dr. Przewoski).

zachorowaniem Lewka zmarła w mieszkaniu jego córeczka wśród objawów ostrego niezytu kanału pokarmowego.

I tym razem, dzięki środkom zapobiegawczym ze strony władz odnośnych, przypadki powyższe pozostały sporadycznymi. Izraelici wogóle niechętnie pomagają w zbieraniu wywiadów, to też dane epidemiologiczne co do tych przypadków zostały nie wyjaśnione.

Po dwutygodniowej przerwie, z nadejściem świąt Wielkiej Nocy, kiedy to po długim poście lud nasz popełnia nadużycia w pokarmach i napojach, przygotowany został grunt do nowego wybuchu cholery. Tym razem dość znaczna epidemia zapala się w osławionej już z dwu lat poprzednich Ochocie, pobliskiej wsi za Jerozlimskimi rogatkami. Najpierw zapada na cholere żona miejscowego wyrobnika. W czasie jej choroby przybywa do nich z miasta Maryanna Skrzypek, służąca z ul. Żelaznej № 44, bawi tam czas jakiś, a po powrocie do Warszawy dostaje biegunki i wymiotów i dnia 27/III przywożą ją w stanie bardzo ciężkim do oddziału cholerycznego. Chora z Ochoty umiera, udzieliwszy zarazy swemu mężowi, który w stanie okresu zamartwiczego cholery dostaje się również do Oddziału. Odtąd prawie codziennie z Ochoty przybywają tu chorzy na cholere, i wieś ta do 24/IV. dostarcza mi 34 chorych; wszyscy oni pochodzą z kilku domów obok siebie stojących i mających jaknajgorsze warunki higieniczne.

Najbiedniejsza klasa wyrobników mieści się tam w wielkiej ciasnocie, brudach i nędzy. Na cholere zapadają kolejno członkowie różnych rodzin, zamieszkujących domy Grabskiego, Bińkowskiego, Rawicza, Nusa i Rotsztajna, istne ogniska zarazy.

Epidemia cholery w Ochocie niewątpliwie przybrałaby daleko groźniejsze rozmiary, gdyby nie energiczna działalność kolegi Kajetana Szezeniowskiego, któremu polecony został nadzór lekarski nad tem ogniskiem zarazy i sąsiednimi wioskami. Taktownem obejściem się z tymi biedakami, wyjednywaniem odpowiedniego wynagrodzenia za zniszczone przy dezynfekcyi rzeczy i t. p. środkami zjednał on sobie zaufanie mieszkańców Ochoty, którzy, niechętnie narazie patrzący na wojskowego doktora, potem przestali się kryć z chorymi, co dało możność niezwłocznego wysyłania chorych do oddziału, a pozostałych przy zdrowiu do domu izolacyjnego.

Kilku chorych przeżyło cholere na miejscu, przyczem parę przypadków zakończyło się tam śmiercią. Do oddziału przybywali z Ochoty chorzy w następującym chronologicznym porządku, dającym pojęcie o przebiegu epidemii: 27/III—1, 31/III—3, 1/IV—2, 2/IV—2, 10/IV—2, 11/IV—1, 13/IV—1, 14/IV—1, 21/IV—5, 22/IV—5, 23/IV—5 i 24/IV—5. Do punktu więc kulminacyjnego doszła epidemia w Ochocie pomiędzy 21—34/IV. Szereg przybywających chorych zakończył sam lekarz, który z nadmierną gorliwością i zaparciem się pełnił swoje ciężkie obowiązki. Kolega S, uległ, jak żołnierz w boju, ze strasznym wrogiem i o mało życiem nie przypłacił swojej pożytecznej działalności. Na szczęście wyzdrowiał.

Na skutek przedstawień ze strony kol. S. odnośne władze przedsięwzięły szereg odpowiednich środków zaradczych w celu poskromienia szerzącej się zarazy; Oprócz dokładnej dezynfekcji mieszkań i rzeczy, zapieczętowania podejrzaných studzien, oraz izolowania ludzi, którzy mieli styczność z cholerycznymi, urządzono tam herbaciarnię i garnkuchnię, gdzie najbiedniejsi, a szczególnie dzieci, najbardziej zapadające na cholere, dostają zdrowe i obfite pożywienie.

Urządzono też na miejscu rodzaj oddziału cholerycznego na kilku (7) chorych, w którym chorzy dostają pomoc ambulatoryjnie i leczą się na miejscu. Podobno oddział ten, zaimprovizowany na prędcie, miał już kilku chorych. Od 24 kwietn. do obecnej chwili do mego oddziału przybyło z Ochoty tylko 4 chorych.

W czasie epidemii w Ochocie w sąsiedniej wsi Wola około 15 kwietnia zachorował i umarł na cholere wyrobnik, którego chorą córeczkę przywieziono do oddziału, jak również i krewną; ta ostatnia odwiedziwszy ich dom w tym czasie, zaraziła się cholera i wkrótce w oddziale zmarła. Mała wyzdrowiała. Potem przybyło z Woli jeszcze 7 chorych.

Niewątpliwie w związku przyczynowym z opisaną epidemią w Ochocie stoją niektóre przynajmniej przypadki zachorowań warszawskich. Prócz 1) Maryanny Skrzypek, wyżej już wspomnianej, a która najniewątpliwiej zaraziła się w Ochocie, przybyli do oddziału; 2) Marcin Augustyniak, stróż domu Nr. 35 w Alejach Jerozolimskich (przybył 27/III); 3) Barbara Borowska, wyrobница z Pragi, ul. Ząbkowska Nr. 1 (7/IV); 4) Michał Caliński, strażak z Nowego Światu Nr. 6 (10/IV); 5) Feliks Micewicz, dorozkarcz z ul. Ogrodowej Nr. 44 (18/IV); 6) Aniela Perkowska szwaczka z ul. Ś-to Jańskiej Nr. 27 (18/IV); 7) Paweł Rakowiecki krawiec z ul. Przemysłowej Nr. 31 (23/IV); 8) Onufry Czaplński wyrobnik z ul. Stawki Nr. 43 (24/4); 9) Ruchla Iberman zamieszkała przy dzieciach przy ul. Karmelickiej Nr. 3 (24/IV); 10) Stanisław Cieśliński wyrobnik z ul. Wolskiej Nr. 57 (25/IV); 11) Wojciech Inerowicz rzeźnik z ul. Miedzianej Nr. 14 (26/IV); 12) Agnieszka Zaborowska wyrobница z ul. Pawiej Nr. 81 (4/V); 13) Franciszek Zaborowski wyrobnik, mąż poprzedniej, mieszkał tamże (6/V); 14) Jakób Kiczygin woźny sądu okręgowego, zamieszkały na placu Krasińskich Nr. 1 (4/V); 15) Julia Wierzbicka służąca z ul. Sliskiej Nr. 22 (7/V); 16) Marya Stacherczak służąca z ul. Milej Nr. 24 (9/V); 17) Matylda Ruzzkowska, służąca z ul. Furmańskiej Nr. 4 (8/5); 18) Józefa Ratyńska, zamieszkała przy córce, właścicielce warsztatu szewckiego przy ul. Długiej Nr. 41 (9/V); 19) Maryanna Drednik, służąca z ul. Żelaznej Nr. 48 (9/V); 20) Michał Łęski, wyrobnik z ul. Moskiewskiej Nr. 3 (12/V); 21) Marcin Mękina, flisak, rodem z Galicyi, zachorował na tratwie na Wiśle (14/V); 22) Szymon Ofiara, były dorozkarcz z ul. Browarnej Nr. 20 (14/V); 23) Jan Nawrocki, robotnik fabryki Handkego z ul. Łuskiej Nr. 25 (14^oV); 24) Władysława Uzyczek, żona tapicera z ul. Pańskiej Nr. 86 (15/V); 25) Jan Sikorski flisak z ul.

Olszowej Nr. 8 (15/V); 26) Józefa Kalinowska służąca z ul. Hożej Nr. 11 (15/V); 27) Fryderyk Merbel, stelmach z ul. Grzybywskiej Nr. 78 (16/V); 28) Andrzej Koryś, robotnik fabryki z ul. Stawki Nr. 4 (18/V); 29) Józefa Łebkowska, córka szewca z ul. Miedzianej Nr. 7 (16/V); 30) Staś Łebkowski i 31) Antoś Łebkowski, bracia ostatniej; 32) Konstancja Łebkowska, żona szewca z ul. Miedzianej Nr. 7 (17/V); 33) Maciejewska Maryanna, córka mularza z ul. Stawki Nr. 45 (20/V); 34) Franciszka Maciejewska, matka poprzedniej z ul. Stawki Nr. 45 (21/V); 35) Julian Wdowiński *) rewirowy VIII cyrkułu z ul. Sosnowej Nr. 3 (21/V); 36) Grzegorz Hild, wyrobnik z ul. Rybaki Nr. 5 (22/V). W liczbie chorych i odnotowanych z okolic Warszawy jest kilka osób przychodzących.

Prócz wymienionych przybyło jeszcze kilka osób z objawami, wzbudzającymi podejrzenie na cholere, z ostatecznym rozpoznaniem atoli wstrzymuję się do wyniku badań bakteriologicznych.

Jak widzimy, cholera w Warszawie nie ustaje wcale, ale codziennie prawie w różnych punktach miasta ktoś na nią zapada. Większość chorych przywożą w stanie beznadziejnym.

Wogóle w roku bieżącym do oddziału cholerycznego przy szpitalu Dzieciątka Jezus przybyło chorych na cholere azyatycką do chwili obecnej (23 maja).

	Przy- było.	Zmar.	Wy- zdrow.	Pozo- zostaje.
od 30/I—5II z Pragi i Warszawy	13	5	8	—
13/III z Warszawy	3	3	—	—
od 27/III—23/V z Ochoty	38	17	20	1
„ z Woli	9	5	1	3
„ z Warszawy i Pragi	36	17	12	7
Z Pruszkowa, wsi Koło i Izabelin	3	2	—	2
Razem	102	49	41	12

W liczbie zmarłych jest: 1) 12 osób, które przywieziono w stanie konania; dalej 2) położnica, która piątego dnia po porodzie dostała cholere; 3) dziecko 8-dniowe w stanie bardzo ciężkim; 4) jeden przypadek powikłany ostrem zapaleniem otrzewny z wysiękiem; 5) reszta przypadków zaś przybyło w stanie daleko posuniętego okresu zamartwiczego, gdzie puls, mimo wszelkich starań i zabiegów leczniczych, nie dał się powrócić. Jeden tylko przypadek dotyczył dziewczyny 13-letniej, która przybyła w stanie względnie znośnym, z dobrze rozwiniętym tętnem; mimo wątego składu ciała i lichego odżywienia chora była dość silną, oddawała moc i wogóle na razie rokowanie było pomyślne. Mimo to 8-go dnia choroby wśród objawów mózgowych zmarła. Jeden zaś chory dostał ciężkiej recydywy i zmarł na drugi dzień.

*) Chorobę jego poprzedziła śmierć 7-o miesięcznej córeczki, która zmarła na cholere w domu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Medycyna wewnętrzna i Choroby nerwowe.

115. P. SCHARAD. **Kliniczna i doświadczalna moczówka cukrowa pochodzenia trzustkowego.** (*Ueber den klinischen und experimentellen Diabetes mellitus pancreaticus*). Zeitschrift für klinische Medicin, Band 24, Heft 1 n. 2, S. 108—129.

U 22-letniego chorego, który w młodzieńczych latach swoich popełniał liczne wybryki in Baccho et Venere, wystąpiły objawy moczówki cukrowej. Przy zastosowaniu antydjabetycznej diety ilość cukru w moczu zmniejszyła się o $\frac{2}{3}$, jednakże całkowity cukier z moczu nie zniknął, jednocześnie zaś stan ogólny pogorszył się (utrata 2800 gramów na wadze). Ilość dobową moczu, ciężar właściwy tegoż, zawartość cukru i ilość wypitych dziennie płynów w miarę rozwoju choroby stopniowo się zmniejszały, natomiast wręcz odwrotnie działało się z mocznikiem; pomimo tego, że chory spożywał dużo pokarmów, zawierających azot, wydalał jednakże bardzo mało mocznika (średnio 25 grm. w przeciągu 24 godzin); gdy choroba zbliżała się ku końcowi, zwiększyła się ilość dobową mocznika (przeciętnie 42—58 grm. dziennie), co było bezpośrednim wynikiem rozpadu zawartych w tkankach białkanów. Pod koniec 3-go (ostatniego) roku choroby wystąpiły objawy gruźlicy płucnej i nareszcie przyłączyła się krwawa biegunka, która po 7 dniach trwania położyła kres życiu chorego. Ze środków lekarskich stosował autor *tran przez 6 tygodni, lecz bez żadnego skutku*, natomiast zauważył autor *dotatni wpływ antypiryny*: chory zyskiwał na wadze i stan ogólny ulegał znacznej poprawie; również korzystny wpływ wywierała *kodeina*. *Syzygium jambolanum* okazało w bardzo słabym stopniu dodatni wpływ na przebieg choroby. Badanie pośmiertne wykazało rozległe zmiany w obydwóch płucach i wrzody dyzenteryczne w kiszce grubej; *trzustka zmniejszona 3—4 razy*; pod drobnowidzem widać było miejscami komórki trzustki, wypełnione grubo-ziarnistym pigmentem; jądro w nich po większej części barwiło się prawidłowo (zwyrodnienie pigmentowe); zarówno komórki pigmentowo-zwyrodniałe, jak i prawidłowo zabarwione były miejscami w stanie silnego zaniku i przedstawiały się w postaci bryłek o nieprawidłowej postaci, bez jądra z bładą protoplazmą; miejscami widać było zdrowe komórki, w niektórych zaś rozpoczynający się zanik. Zrąziki gruczołowe w niektórych miejscach całkiem prawidłowe, w innych—wstanie zani-

ku; niektóre miejsca charakteryzowały się silnym rozrostem tkanki łącznej.

W drugiej części pracy przytacza autor wyniki doświadczeń swoich, mających na celu wywołanie moczówki cukrowej przez częściowe, lub też całkowite usunięcie trzustki. *Po częściowym usunięciu trzustki* zwierzęta prędko się poprawiały, żyły długo i po kilku tygodniach zdawały się być zdrowi. Wskutek ropienia (przy pierwszych doświadczeniach nie operował autor z zachowaniem warunków antyseptycznych, a wiadomo, że zarówno ludzie, jak i psy, dotknięte moczówką, bardzo źle znoszą wszelkie ropienia) i utraty łąknienia traciły one początkowo na wadze, wkrótce jednak zyskiwały na niej; pojawiło się duże łąknienie oraz pragnienie i, jako skutek tego, polyuria. Ilość mocznika przewyższała prawidłową, ilość zaś wydzielanego (z moczem i kałem) azotu była większą, niż zawarta w pokarmach. Miał więc autor do czynienia *ze zwyczajną moczówką*; cukru w moczu nigdy nie udało mu się wykryć; w 3 miesiące potem polyuria i polyphagia nieznacznie się zmniejszyły. Po zastrzyknięciu parafiny do ductus Wirsungianus oraz podwiązaniu przewodu obocznego i jednoczesnym usunięciu pionowej części trzustki kał stał się podobnym do syropu i zawierał do 30% tłuszczu; jeżeli autor przewód oboczny zostawił niepodwiązany, to takiego zaburzenia w trawieniu nie było. *Po całkowitem usunięciu trzustki* (która to operacja jest bardzo trudną) 20% zwierząt żyło mniej niż 24 godzin, u tych zaś, które żyły dłużej (najdłużej żyły zwierzęta 2 tygodnie—ogółem 5%) pojawiała się stała glycosuria (8—12, a w jednym przypadku nawet 16%), polyuria i pragnienie; ilość dobową moczu wynosiła 1—2 litry, ciężar właściwy 1040—1060, ilość wydzielanego mocznika wynosiła 3—4%; wypróżnienia były stale płynne i zawierały tłuszcz; ilość azotu w kale i moczu stale przewyższała ilość wprowadzonego do ustroju; zwierzęta szybko traciły na wadze (w przeciągu tygodnia do 3½ kg.); często udawało się autorowi wykryć w moczu aceton, bardzo często kwas aceto-octowy; zawartość cukru we krwi była zawsze wysoka (0,2—0,3%); w niektórych przypadkach wykrył autor w części wątroby, wziętej natychmiast po śmierci, zwiększoną ilość cukru i zmniejszoną glikogenu. Wiele ze zwierząt, które służyły do doświadczeń, były po operacji głodzone; cukromocz więc nie był zależny od spożywania węglowodanów, lecz był skutkiem wycięcia trzustki. Ze przy otrzymanej drogą doświadczalną moczówce cukrowej brak niektórych jej objawów, to jest to, zdaniem autora, zależne od tego, że na skutek tak ciężkiej operacji moczówka cukrowa ma daleko szybszy przebieg, niż u człowieka. Celem przekonania się, czy w moczówce cukrowej pochodzenia trzustkowego cukromocz powstaje wskutek nadmiernego tworzenia się cukru, czy też wskutek zmniejszonego rozkładu tegoż we krwi, wywoływał

autor u zwierząt cukromocz (za pomocą usunięcia trzustki, lub też otrucia florydzyną) i następnie po podwiązaniu moczowodów badał różnice, tyżące się procentowej zawartości cukru we krwi, przyczem okazało się co następuje: u psa, u którego usunięto część trzustki, (a więc pies posiadał część trzustki funkcjonującą) ilość cukru we krwi po podwiązaniu moczowodów nietylko nie powiększyła się, ale nawet zmniejszyła; gdy psu takiemu za-trzyknął autor 1,0 Phloridini, to ilość cukru we krwi nie powiększała się i pozostawała taką samą, nawet po podwiązaniu moczowodów, podczas gdy zauważyć było można wybitny cukromocz. Inaczej rzecz się miała u psów, pozbawionych całkiem trzustki: już w 3 godziny po podwiązaniu moczowodów ilość cukru we krwi podwajała się, a w 18 godzin była 6 razy większą; jednocześnie istniał ostry cukromocz. Na zasadzie powyższych doświadczeń przychodzi autor do wniosku, że trzustka powoduje rozpad cukru w ustroju i reguluje w ten sposób zawartość cukru we krwi; brak trzustki wywołuje cukromocz.

Józef Winiarski.

116. Prof. SCHECH. **O włóknikowem zapaleniu krtani.** (*Ueber Laryngitis fibrinosa*). Wiener Medic. Presse Nr. 40. 1893.

Nader rzadkie to cierpienie krtani, odpowiadające w zupełności włóknikowemu zapaleniu oskrzeli, polega na tworzeniu się w pewnych odstępach czasu błon wrzekomych wewnątrz krtani, powodujących napady silnej duszności. Choroba przebiega bez gorączki i jest przewlekłą.

Przypadek taki spostrzegął autor i opis jego przedstawia swoim słuchaczom. Kobieta 48-letnia przed rokiem dostała chrypki i kaszlu, po tygodniu wystąpił napad gwałtownej duszności, grożący uduszeniem, lecz ustąpił z chwilą, gdy chora wykrztusiła z kaszlem białawą błonę. Po kilku dniach względnego spokoju zjawiła się znowuż duszność, która również przeszła, gdy chora wykaszlała podobną błonę. Mimo leczenia stosowanego przez lekarza chorej choroba nie ustępowała. Prof. Schech, do którego zwróciła się chora jako do specjalisty, znalazł następujący obraz chorobowy. Badanie wziernikiem wykazuje znacznego stopnia obrzmienie lewej wrzekomej struny głosowej, niepozwalające ani przy oddechaniu, ani przy fonacyi widzieć prawdziwej struny głosowej. Na wolnym brzegu pierwszej widnieje gruby nalot biały, rozszerzający się ku dołowi; reszta wewnętrznej powierzchni krtani, gardzieli i nosa bez zmian, płuca również; głos bezdźwięczny, oddech stenotyczny, chora nie gorączkuje. Wspomniany nalot okazał się błoną wrzekomą, którą z trudnością udało się autorowi oddzielić i wydobyć zapomocą pincety krtaniowej. W dalszym ciągu obserwacyi chora wykrztusiła, albo sztucznie wyjęto jej z krtani, pięć takich błon, z których każda przedstawiała dokładny odlew wewnętrznej lewostronnej

powierzchni głośni, szerokość błon równała się 1 ctm., a długość wynosiła przeszło półtora. Pomiedzy odpadnięciem jednej a wytworzeniem się drugiej zwykle upływał dzień jeden; zwiększając się stopniowo nowopowstała błona drugiego lub trzeciego dnia wywoływała napad gwałtownej duszności, ustępujący natychmiast po odpadnięciu błony.

Wszelkie zabiegi lecznicze w postaci wzięwań (5% karbolu, kreoliny, wody wapiennej, olejku terpentynowego), albo pędzłowań (rozczywnami karbolu, sublimatu lub kreozotu w glicerynie), pozostawały bez dodatniego wpływu na przebieg choroby.

Wtedy autor po zdjęciu błony tuszował chore miejsce 10% *lapisem*, a następnie energicznie wcierał wacikiem proszek *jodoformu*. Po dwóch dniach takiego leczenia przestały się wytwarzać błony wrzekome, a obrzęk fałszywej struny głosowej zaczął się zmniejszać, wreszcie po dłuższym stosowaniu tych zabiegów chora wyzdrowiała. Najdłużej utrzymywało się unieruchomienie prawdziwego lewego więzadła głosowego.

Badanie mikroskopowe owych błon wykazało, iż przeważnie składały się z włóknika i znacznej ilości leukocytów; na poprzecznych przekrojach błon wśród podłoża włóknikowego widać było liczne kolonije streptokoków i stafilocoków. Autor przypuszcza, że te mikroby są właśnie przyczyną wytwarzania się opisanych błon wrzekomych. Za tem przemawiałoby i to spostrzeżenie autora, że, gdy przy zdejmowaniu błon z lewej strony uszkodził nieco prawą strunę głosową, to w miejscu tem zaczęły się tworzyć takie same błony jak na lewej.

Badań bakteryjologicznych ze szczepieniami na zwierzętach nie robiono.

Dr. Wł. Świątecki.

117. Ch. FÈRÈ. **Le sommeil paroxystique.** (*La Sem. Méd. Nr. 59. 1893.*)

Wogóle potrzeba snu występuje stopniowo; towarzyszy jej szereg zwiastunów: uczucie pustki w mózgu, ciężaru powiek, trudność trzymania głowy prosto i t. p. W pewnych jednak warunkach chorobowych, połączonych z zaburzeniem krwiobiegu i odżywiania, jako to: w chorobach serca lub wątroby, zaburzeniach trawienia, cukrzycy, podagrze, otłuszczeniu, hysteryi, epilepsyi, neurastenii, sen może się zjawić nagle, w postaci napadu; postać tę Gélinau nazwał *narkolepsyją*. Występuje ona po za zwykłemi warunkami snu, np. podczas jedzenia, przy zajęciu, podczas chodzenia, rozmowy—chory przerywa zdanie, stojąc, zasypia ze szklanką w rękę i po minucie budzi się jak ze snu hipnotycznego (przypadek Laségue'a). Czasem jednak występują i zwiastuny snu, jak wyżej, krok staje się niepewnym, ociężałym, jak u pijanych, mowa zwalnia się; czasem chory ledwie zdąży usiąść lub oprzeć się gdziekolwiek, gdy sen już go nadszedł. Napady snu trwają od kilku minut do kilku godzin, śre-

dnio od 10 minut do pół godziny; częstość ich bywa zmienna, wogóle zwiększa się ona z postępem czasu, tak, że gdy początkowo atak bywa np. raz na miesiąc, z biegiem choroby może dojść do 200 ataków dziennie i więcej (Gélineau, Caffé). Pora dnia nie ma wpływu. Najbliższa okoliczność może wywołać napad: chodzenie, zmęczenie mięśniowe, defekacja, trawienie, spółkowanie, lekkie wstrząśnienie moralne, niekiedy burza.

W narkolepsji cechy zwykłego snu znakomicie są spotęgowane: mięśnie są zupełnie rozluźnione, czucie znacznie osłabione, niemal zniesione, zupełny brak sennych marzeń i wszelkich tego rodzaju przejawów zewnętrznych. Zwolnienie ruchów oddechowych, które stają się mniej głębokimi, dochodzi do 10 na minutę; tony serca głucho, uderzeń 65—50 na minutę. Krótkotrwałość obserwacji nie pozwala zbadać zmian ciepłoty. Żrenice są zazwyczaj rozszerzone, odruchowo nieruchome; naczynia na dnie oka zwężone. Im dłuższy i głębszy był sen, tem dłużej trwa okres budzenia się i wyrównania czynności ruchowych, czuciowych i innych. Nocny sen narkoleptyków zwykle jest normalny. Narkolepsja nie jest samoistną formą chorobową, spotyka się we wszelkich przypadkach upośledzonego odżywiania, jako też w połączeniu z objawami osłabienia czynności mózgu, u członków rodzin nerwowych; czasem łączy się z innymi oznakami chorobliwej nadwrażliwości, tak np. sen może się pod wpływem emocji zjawić wraz z jakimś porażeniem, albo też być poprzedzony przez ogólne drgawki.

Sen paroksystyczny może być rozpatrywany jako skryta postać epilepsji; kombinacja napadów snu z tą ostatnią ważne ma znaczenie z punktu widzenia patologii. Siemens przypuszcza tu czynność pewnych ośrodków, działających hamująco. Bez względu jednak na to zdanie, powiedzieć można, że działa tu niedokrewność wskutek zwężenia naczyń, czego dowodem może posłużyć jednoczesność narkolepsji z napadami epilepsji, utraty przytomności, migreny, a nawet z t. zw. asphyxie locale kończyn (przypadek Armaingaud'a).

Snu i odrętwienia popadaczkowego zdaje się nie można utożsamiać, za czem przemawia obserwacja Hammond'a. Chory wskutek urazu poniósł utratę części kości czaszkowej; podczas napadu padaczki i następnej śpiączki skóra nad owym brakiem kości ciągle była wzniesiona; gdy stupor mijał i następował sen, z którego łatwo go było obudzić, skóra stopniowo opadała.

Gélineau wykazał istnienie narkolepsji histerycznej, i prawdopodobnie pewna liczba dawniej opisanych przypadków napadu synkopalnego i odrętwienia była właściwie narkolepsją. Ta ostatnia przejawia się też w przebiegu paraliżu postępowego, demencji, dypsomanii; niekiedy znajduje się w pewnym stosunku do chorób serca: w jednym przypadku insuffic. valv. mitralis głucho tony występowały jedynie podczas napadu snu.

Narkolepsyja częściej występuje u dorosłych, niż u dzieci (w jednym przypadku u 10-letniego); po za histeryją częściej się zdarza u mężczyzn.

Napad snu paroksystycznego może być nieco podobny do nagle występującego snu hypnotycznego, ale zbadanie somatycznych i psychicznych stron hypnozy usuwa wątpliwość. Ze środków lekarskich jeden tylko chloral może nagle sprowadzić sen. Senność u dzieci, rekonwalescentów, pod wpływem utraty krwi lub silnych emocyj nie ma w swoim przebiegu cech właściwych narkolepsyi. W postaciach, połączonych z charczeniem, rzecz wyjaśniają wywiady; to samo odnosi się do senności pijanych. Napady snu histerycznego mają stopniowy początek, trwają dłużej, połączone są z innymi przejawami histeryi. Choroba snu murzynów (*sleeping-sickness*, *Nelavan*) panuje w strefach gorących, przebiega szybko i kończy się śmiertelnie. Tak zw. „*vertige paralysant de Gerlier*“ jest chorobą epidemiczną, panuje latem, zaraża gnieździ się w oborach; cechuje się przez bóle głowy, zawroty, osłabienie członków, bóle w karku, trudność przy polykaniu, obustronne niezupełne opadanie powiek i senność. Wreszcie dokładna znajomość wymienionych wyżej momentów przyczynowych narkolepsyi i towarzyszących jej cech utrwala rozpoznanie.

Rokowanie zależy od podstawowej choroby; gorszem jest ono w chorobach organicznych układu krwionośnego, chorobach odżywiania, paraliżu ogólnym, demencji; lepszem w lżejszych nerwicach, jak histeryja, neurastenia. Wyzdrowienie następuje najczęściej stopniowo.

Sama przez się narkolepsyja jest zwiastunem w przebiegu podstawowej choroby niedobrym; w jednym przypadku władu mlecza poprzedziła ona objawy *periencephalitis*. Jako objaw, którego patologija jest jeszcze mało znana, nie wpływa narkolepsyja na metodę leczenia głównej choroby. W każdym razie środki wpływające dobroczynnie na krążenie, o ile odpowiadają wskazaniam podstawowej choroby, mogą mieć wielkie znaczenie: hydroterapija, elektryczność statyczna, ścieśnione powietrze, wdychanie tlenu.

J. Luxenburg.

118. FERGUSSON. Znaczenie rozpoznawcze i prognostyczne odruchów ścięgniętych. (*Med. Rec. 1893*).

Napięcie mięśniowe uwarunkowane jest połączeniami normalnymi z ośrodkiem nerwowym, który otrzymuje bodziec od mózdzku i zostaje utrzymywany w granicach prawidłowych zapomocą hamującego wpływu mózgu. Wszelkie zaburzenia w tym aparacie dynamicznym wywołują zmiany w mechanizmie odruchów ścięgniętych, mianowicie zmniejszenie, zniesienie lub wzmoczenie odruchów. Gdy wpływ mózgu zostaje zniszczonym skutkiem guza, zwyrodnienia lub napadu padaczkowego, wtedy

popudliwość mięśniowa oraz odruchy ścięgniste ulegają wzmocnieniu. Przy *wylewach krwawych do mózgu* odruchy zostają osłabione lub zniesione. Ten brak odruchów nie posiada znaczenia prognostycznego, ponieważ gra tu rolę siedlisko, gwałtowność i rozległość wylewu. Zazwyczaj odruchy powracają; jeśli to zaś nie następuje, należy przypuścić rozszerzenie się ucisku na mózdzek. W razie wylewu krwawego do mózdzku bywa już w początku brak odruchów oraz zwiotczenie mięśni, nawet bez objawów hemiplegii. Wzmocnienie odruchu kolanowego nie zawsze pozwala wnioskować o zstępującem, wtórnem zwyrodnieniu pęczków bocznych. W *uszkodzeniach (trauma) rdzenia* brak odruchów, zwłaszcza po upływie wielu tygodni, jest objawem niepomysłnym. Gdy zaś odruchy istnieją lub są nawet wzmożone, można spodziewać się poprawy. To samo dotyczy *Myelitis transversa*.

We wszystkich cierpieniach sfery ruchowej mózgu, które powodują utratę wpływu tegoż na rdzeń, we wszystkich cierpieniach otoczki (Capsula), kory lub piramid, bywa wzmocnienie odruchów. Im wcześniej to wzmocnienie następuje, tem rokowanie gorsze. W *sclerosis multiplex insularis* wzmocnienie odruchów nie bywa tak wydatnem. W *sclerosis rdzenia* odruchy zachowują się rozmaicie: gdy bywają wzmożone, to przypuszczamy sclerosis piramid; gdy powoli znikają, podejrzewamy albo jednoczesny bezład (*ataxia*), albo *poliomyelitis anterior*.

W bezwładzie postępowym (*paralysis progressiva*) im wcześniej występuje wzmocnienie odruchów, tem rokowanie gorsze. Gdy odruch kolanowy mało zmieniony, to zmiany w mózgu nie są rozprzestrzenione; gdy brak odruchu, to istnieje jednocześnie zajęcie rdzenia (słupy tylne wewnętrzne lub rogi przednie); wówczas rokowanie bywa gorsze. W uszkodzeniach mózgu (*contusio*) im większe wzmocnienie odruchów (po przejściu *schock'u*), tem uszkodzenie jest większem, zatem rokowanie złe.

Rdzeń. W razie pierwotnego lub wtórnego zwyrodnienia pęczków bocznych i piramid, odruchy bywają wzmożone. Jeśli zaś odruchy bywają zniesione, dowodzi to, iż łańcuch odruchowy został przerwany w częściach rdzenia ruchowych lub czuciowych. Gdy siedlisko choroby mieści się w pęczkach tylnych (wiąd), cierpienie dotyka zakończeń czuciowych; gdy w rogach przednich, wtedy następuje przerwanie koła w części ruchowej. Im prędzej zatem następują zwyrodnienia we wszystkich tych częściach rdzenia, tem wcześniej występuje zniesienie odruchu kolanowego. W razie zapalenia w rogach przednich, powrót odruchów jest oznaką pomyślną, gdyż dowodzi, że zniszczenie komórek w nich nie postępuje. Przy jednoczesnem cierpieniu pęczków bocznych i rogów przednich (*sclerosis lateralis amyotrophica*) odruch bywa wzmożony po zachorowaniu piramid, zmniejszony zaś w razie zwyrodnienia rogów przednich. Jeśli zwy-

rodnienie dotyka ośrodka odruchu kolanowego (na wysokości korzeni IV pary lędźwiowej), odruch bywa zniesiony. W bezwładzie ataktycznym Gowers'a zwyrodnienie dróg piramidalnych powoduje wzmożenie, zwyrodnienie zaś pęczków tylnych zmniejszenie odruchu. Tu więc zachowywanie się odruchu kolanowego jest bardzo ważnem.

W *neuritis multiplex* odruchów brak, jeśli zajęte są sprawą chorobową nerwy, biorące udział w powstawaniu tych odruchów, z braku jednak odruchów ścięgniętych nie wolno jeszcze wnioskować o istnieniu *neuritis multiplex*. R.

119. Dr. DINKLER. **O znaczeniu i działaniu rtęci w wiaździe rdzenia.** (*Ueber Berechtigung und Wirkung d. Quecksilbercur bei Tabes dorsalis. Berl. Klin. Woch. 1893. 15.*)

Autor w dosyć obszernej swej pracy powraca do nieraz już poruszanego w literaturze pytania, czy leczenie rtęciowe powinno być stosowane u tabetyków. Przedewszystkiem stara się autor na zasadzie zdania powag naukowych wyprowadzić wnioski, jakie ma znaczenie przyczynowe przymiot przy powstawaniu wiaźdu i przytacza, że w wielu bardzo przypadkach *Tabes* rozwija się na tle przymiotowem. Dinkler zgadza się ze zdaniem Erb'a, że wszystkie te przypadki wiaźdu, w których rtęć pomaga są przymiotowego pochodzenia, i że ztąd nie wynika jeszcze by przypadki, w których merkuryjusz nie oddaje usług poczytywać za swoiste, rozwijające się bez tła przymiotowego. Ze ostatnie zdanie Fournier-Erb'a ma rację bytu, wynika z tych licznych badań anatomo-patologicznych, gdzie znajdowano wiele wybitnych zmian bez zaprzeczenia przymiotowego pochodzenia, gdzie jednak stosowana rtęć i jod nie wywierały dodatniego skutku. Wielu autorów i lekarzy praktyków odrzuca przeciwpzymiotowe leczenie tabetyków, utrzymując, że ono dobrych rezultatów nie przynosi. Autor stara się zbić podobne twierdzenie i przytacza zdanie Rumpf'a wypowiedziane na zjeździe w Strassburgu, że zastosowanie ogólnej faradyzacji wraz z leczeniem rtęcią zazwyczaj sprowadza znaczną poprawę w stanie zdrowia chorego. Rumpf jest zdania, że wiaźd rozwija się przeważnie u tych syfilityków, u których wtórne objawy występowały w bardzo słabem natężeniu, gdzie przeto specyficzne leczenie prowadzone było niedbale i tem tłómaczy sobie dobre wyniki, otrzymywane przy stosowaniu rtęci i jodku. Hammond i Schulz również przemawiają za Hg. i KJ. Eisenlohr zgadza się ze zdaniem Fournier'a i Rumpf'a i zastrzega się, że ujemne wyniki stosowania rtęci i jodku, obserwowane u niektórych osobników, nie powinny nas zrażać do stosowania podobnej terapii w każdym nowym przypadku. Benedikt i Strümpel również przemawiają za stosowaniem specyficznego leczenia. Francuzka szkoła z Fournier'em, Dieulafoy'em i Gaucher'em na czele energicznie przemawiają za

rtęcią w wiąździe. Tylko prof. Tarnowski jest przeciwnikiem podobnego leczenia. Według zdania tego badacza każdy przypadek wiądy zjawia się na tle nabytej lub wrodzonej predyspozycji do chorób nerwowych. Przymiot przeto pada na grunt już przygotowany i podrywa odżywianie tej tkanki, która i bez tego skazana jest na cierpienie. Użyte przeto przeciwkítówe leczenie rtęcią musi z konieczności poderwać jeszcze więcej odżywianie óśrodkowego układu nerwowego i, co za tem idzie, musi szkodzić a nie pomaga choremu. Dinkler nie zgadza się ze zdaniem Tarnowskiego, gdyż ostatni zamiast wiadomego czynnika nozologicznego stawia jakiś nieokreślony i nieznaný nam czynnik, co w rezultacie sprawy nie rozświetla. Dla wykazania, że merkurjalne leczenie ma racýję bytu, autor tej pracy przytacza 71 przypadków, obserwowanych przez siebie na klinice prof. Erb'a, w których Hg. i KJ. były stosowane i cały ten materyjał ze względu na otrzymane wyniki dzieli na 3 kategoryje: do 1-ej zalicza te przypadki, w których poprawa była widoczna i znaczna; do 2-ej te, kiedy polepszenie stanu chorego było mniej wyraźne i wreszcie do 3-ej zalicza te przypadki, w których absolutnie żadnej poprawy zauważyć nie było można. Na 71 opisanych przez autora przypadków, 58 należy zaliczyć do 1-ej kategoryi, 11 do 2-ej i 2 do 3-ej. W końcu swej pracy autor wyprowadza taki mniej więcej wniosek: rtęci nie powinniśmy uważać jako specyficzny środek w walce z wiądem, użycie jej jednak w wielu bardzo przypadkach przynosi niezbite dowody swej skuteczności, a nigdy prawie nie jest szkodliwe.

A. Rychliński.

120. Prof. FLECHSIG. **Nowa metoda leczenia padaczki.** (*Ueber eine neue Behandlungsmethode der Epilepsie. Neurol Centr. 1893. 7.*)

Autor zestawia wszystkie znane metody lecznicze padaczki i przychodzi do wniosku, że żadna z nich nie daje dobrych rezultatów. Najlepsze wyniki otrzymywał znany psychiatra z mięszanej terapii omawianego cierpienia za pomocą makowca i bromu. Metoda jego polega na stopniowem zwiększaniu dawki makowca; pierwsza dawka równa się 0,05 + 2-3 pro die i co kilka dni powiększa się o 0,25—0,35, aż dojdziemy do 1,00 pro die. Kiedy w ciągu 6 tygodni dojdziemy do tej największej dawki, wtedy należy odrazu przestać podawać makowiec i przejść do znacznych dawek bromu (7,5 pro die). Taką dawkę utrzymujemy przez 2 miesiące i następnie stopniowo zmniejszamy do 2,00 pro die. Przejście nagłe od makowca do bromu autor uważa za ważny czynnik leczniczy i utrzymuje, że w tym przejściowym okresie napady drgawkowe zupełnie ustają. W czasie przyjmowania makowca drgawki od czasu do czasu zjawiać się mogą, chociaż natężenie każdego napadu jest mniejsze. Autor sądzi,

że makowiec jest w danym przypadku czynnikiem, przyspasia-
biającym grunt do efektowniejszego działania bromu.

Na potwierdzenie swojego mniemania Flechsig przytacza
liczne obserwacje kliniczne, pomiędzy którymi i przypadki po
10-letnim istnieniu padaczki zostały uleczone. W żadnym przy-
padku metoda proponowana przez autora nie pozostała bez mniej
lub więcej dodatniego rezultatu dla cierpiących na padaczkę.

K. Rychliński.

121. Dr. J. BRENER i S. IREND. **O psychicznym mechanizmie
powstawania histerycznych objawów.** (*Neulog. Centralbl. Nr.*
1—2. 1893.)

Ponieważ z wywiadów bardzo trudno dowiedzieć się od
chorego, co wywołało u niego chorobę, gdyż albo nie chce nau-
myślnie wyjawić przyczyny, albo, co bywa częściej, rzeczywiście
jej nie zna, więc wyżej wymienieni autorowie dla dowiedzenia
się szczegółów o nieprzyjemnych momentach, wywołujących tak
powszechne dziś cierpienie układu nerwowego postępowali w ten
sposób, że usypiali chorych i w okresie snu, kiedy chory spełnia
wszelkie polecenia usypiającej osoby, dowiadywali się o przyczy-
nie choroby. Na zasadzie wielu spostrzeżeń wyprowadzają oni
wniosek, że w przeważającej liczbie przypadków histeryję wy-
wołuje „psychiczny uraz“, a ztąd idąc dalej wynika, mówią au-
torzy, że histeryja i t. zw. urazowa nerwica są cierpieniami ana-
logicznymi, przynajmniej pod względem patogenezy. W dalszym
ciągu swych spostrzeżeń B. i J. przyszli do wniosku, że leczyć
skutecznie histeryję za pomocą hypnozy można tylko wtedy, je-
żeli zdołamy wywołać w umyśle uspiętego jasne wspomnienie
tych okoliczności, które spowodowały wybuch choroby wraz
z tym efektem na chorego, jaki towarzyszył tym okolicznościom.
Wspomnienie samo nie jest wstanie wyleczyć chorego, do tego
potrzeba, by cały proces psychiczny, jaki się odbywał wtedy
w umyśle jego, był do szczegółów powtórzony.

Ciż sami autorzy wreszcie przekonali się, że to rozdwoje-
nie świadomości, o którym często napotykaemy w opisach kla-
sycznych przypadków histeryi, napotyka się w większym lub
mniejszym stopniu w każdym przypadku. Stan taki świadomości
nazywają autorzy „stanem świadomości podobnym do hypno-
tycznego“ i zaliczają do zasadniczych objawów nerwicy.

K. Rychliński.

122. Dr. HERMANN SCHLESINGER. **O klinicznych postaciach sy-
ringomyelii.** (*Neurol. Centralbl. 1892. Nr. 3.*)

W ostatnich czasach bardzo często rozpoznawana bywa
syringomyelia, chociaż anatomo-patologiczna strona tego cierpie-
nia w wielu przypadkach przedstawia dużo stron ciemnych,
w klinicznych zaś przejawach jest tak różnorodna, że jak to wi-

dać z opisów różnych autorów, jedne przypadki tego cierpienia brane były za amjotroficzną boczną sklerozę, inne uważane były za histeryję, zapalenie rdzenia lub za skombinowane cierpienie różnych części mlecza pacierzowego. Według autora *) przy t. zw. chorobie Morvan'a w mleczu znajdujemy takie same zmiany, jak przy syringomyelii, co naprowadza na myśl, że pierwsza z tych chorób jest tylko odmianą drugiej. Dalej autor przypuszcza, że t. zw. choroba Raynaud'a, (trofo-neurotyczne zmiany), akromegalija i cierpienie opisane przez Marie'go i nazwane przez niego „osteo-arthropatie hypertrophiant pneumique“, są tylko odmianami syringomyelii. I pemphigus, mówi autor, ma pewien związek ze zmianami w mleczu syringomyelicznego charakteru.

Tak zwane utajone postaci syringomyelii, które odkrywamy tylko po śmierci, które jednak za życia niczem nie zdradzały swej obecności, według autora są bardzo problematyczne, utajenie ich zależy według niego tylko od zbyt powierzchownego badania. Szczegółowe badanie zawsze może naprowadzić w takich przypadkach na myśl o syringomyelii.

Wreszcie Schlesinger, powołując się na bardzo sumienną pracę Hoffmann'a o syringomyelii, przypuszcza, że gliomatyczny proces w szarej substancji mlecza może dać 2 różne obrazy chorobowe, tak pod względem klinicznym, jak i anatomicznym.

K. Rychliński.

123. BRISSAUD. Choroba Litte'a i wiąd rdzenia. (*Semaine Medicale* Nr. 12, 1894).

Autor wykład swój rozpoczyna od choroby Lettle'a, której istotę określa mniej więcej w sposób następujący: Jest to paraplegija skurczowa wrodzona wszystkich czterech kończyn z przeważnym udziałem kończyn dolnych, właściwa dzieciom, przed czasem urodzonym, odznaczając się więcej skurczem aniżeli porażeniem; nie komplikują jej konwulsyje, ani też zaburzenia w sferze intelektualnej; poddaje się jeżeli już nie zupełnemu wyleczeniu to przynajmniej stopniowej poprawie. Wszystkie te cechy autor stara się wyraźnie zaznaczyć, demonstrując ośmioletniego chłopca, cierpiącego na chorobę Little'a. Chłopiec ten wogóle czuje się dobrze, odżywiania niezłego, jest tylko nieco zamały na swój wiek, co zależy od niedostatecznego rozwoju lub też od zatrzymania się rozwoju kończyn dolnych. Chodzić o własnych siłach nie może, lecz musi być podtrzymywany przez dozorczynię; pozostawiony samemu sobie traci zupełnie pewność ruchów; tułów jego pochyla się ku przodowi, ręce wyciągnięte również naprzód; przywołany idzie powoli, ostrożnie, z trudnoś-

*) Wcześniej takie same zdanie wypowiedział Hoffmann. (Przyp. refer.).

cią i niezgrabnie podnosząc nogi. Golenie jego są wydłużone i odsunięte jedna od drugiej; wielkie palce zwrócone na wewnątrz; kolana i uda zgięte ściśle przylegają do siebie; całe kończyny są sztywne, stawy wskutek skurczu mięśni z trudnością zginają się pod wpływem ruchów biernych. Ruchy zwrotne całego ciała są bardzo utrudnione, w tym celu dziecko musi przełożyć jedną nogę przez drugą, z powodu zaś wielkiej ich sztywności, udaje mu się to z nadzwyczajnym wysiłkiem; zwykle zaś usiłowania te kończą się upadkiem. Sztywność kończyn dolnych pozostaje nawet w czasie siedzenia; siedząc na odpowiednim do swego wzrostu krześle, dziecko nie jest w stanie stopami dotykać ziemi. Odruchy ścięgniste i mięśniowe nadzwyczaj wzmożone. Ruchy kończyn górnych są również wolne, niezgrabne, co zależy również od sztywności. Ręce wskutek wzmożonego napięcia mięśni znajdują się w ciągłym ruchu. Odruchy mięśniowe kończyn górnych wzmożone. Ten sam stan sztywności charakteryzuje tułów i szyję. Twarz o bezmyślnym uśmiechu nosi wyraz starczy; ciągle kurczenie mięśni twarzowych; czaszka o typie długogłowym, czoło „olimpijskie”. Sfera inteligencji nie przedstawia żadnych zбочzeń; wymowa niewprawna, artykulacja słów utrudniona, język porusza się niezręcznie, oczy nieco zezują. Jednym słowem jest to sztywność wszystkich mięśni, przeważnie zginaczy, której nie towarzyszą żadne zmiany troficzne, ani czuciowe. Chłopiec ten urodził się w pierwszej połowie siódmego miesiąca ciąży i dzięki tylko nadzwyczajnej troskliwości rodziców zachowany został przy życiu; do 3-go roku karmiony był wyłącznie mlekiem, które wprost do ust mu wlewano, gdyż łykać nie umiał. W 3-m roku życia począł prawidłowo przelykać, inteligencja poczęła się w nim budzić, począł wydawać pierwsze dźwięki i wykonywać pierwsze ruchy. Wtedy to wystąpiła ta sztywność, która teraz stanowi zasadniczy rys całego obrotu chorobowego. W każdym razie rodzice widzą teraz znaczną poprawę w stanie dziecka. Jako przyczynę cierpienia w danym przypadku i w ogóle w chorobie Little'a należy, zdaniem autora, przyjąć przedwczesne przyjście na świat. Autor opierając się na własnym doświadczeniu, nie zgadza się wcale z Fournierem, który jako przyczynę tej choroby podaje syfisy rodziców, który powoduje poronienia, w razie zaś utrzymywania noworodka przy życiu pozostawia charakterystyczne ślady w postaci czoła olimpijskiego, długogłowości, i t. p.

Że dziecko nie donoszone podlega chorobie Little'a, przyczyna tego tkwi w tem, iż noworodek taki pozbawiony jest tych warunków dodatnich odżywczych, w które obfitował w łonie matczynem. Ponieważ system nerwowy centralny kończy swój rozwój w ostatnich tygodniach ciąży, wtedy bowiem wyodrębniają się i rozwijają drogi, zwane pod nazwą pęczków piramidalnych, przeto dziecko niedonoszone zjawia się na świat bez

odpowiedniego aparatu nerwowego, dzięki zaś odżywianiu upośledzonemu zewnątrzmacicznemu rozwój tego aparatu odbywa się znacznie powolniej, aniżeli w łonie matki. Że kończyny dolne szwankują w tych razach więcej aniżeli górne, należy to tem tłómaczyć, iż ośrodek dla ruchów kończyn dolnych znajduje się w lobus paracentralis jego najwyższym punkcie, gdzie bieg krwi jest najwolniejszy, sieci żyłne największe, gdzie odżywianie jednym słowem odbywa się w gorszych warunkach, aniżeli w jakimkolwiek innym oddziale centralnego systemu nerwowego. Mamy więc w chorobie Little'a do czynienia nie z degeneracją, lecz z brakiem odpowiednich dróg nerwowych; brak ten jednak powoli się wypełnia, drogi piramidalne się tworzą; z tego powodu i stan chorego z czasem się polepsza, tak, że mamy wszelką rację mówić jeżeli już nie o zupełnem jego wyleczeniu to przynajmniej o stopniowej poprawie.

W roku 1875 i 1876 prawie jednocześnie Erb i Charcot opisali nową postać chorobową, który pierwszy nazwał paraplegia spinalis spastica, drugi zaś tabes dorsalis spasmodica. Choroba ta o przebiegu nader powolnym i postępowym charakteryzuje się sztywnością i niedowładem nóg, wzmożeniem odruchów ścięgnistych, clonusem stopy, brakiem zaburzeń czuciowych i troficznych. Zwieracze nie są wyraźnie dotknięte. Niekiedy stanowi skurczowemu kończyn dolnych towarzyszy sztywność rąk w znacznie jednak mniejszym stopniu. Choroba ta stoi w wyraźnym przeciwieństwie z chorobą Little'a pomimo zupełnej analogii objawów klinicznych. Jest ona chorobą postępującą, w której objawy chorobowe stopniowo się wzmagają, gdy tymczasem w chorobie Little'a objawy te powoli słabną. Pierwsza jest chorobą wieku dojrzałego, druga zaś jest wrodzoną i występuje w wieku dzieciennym. Jak poucza historia chorego, przedstawianego przez autora, pierwsza rozwija się w wieku dojrzałym bez żadnych widocznych przyczyn u ludzi zupełnie normalnych, zrodzonych prawidłowo i we właściwym czasie, druga jest chorobą dzieci niedonoszonych. Chwilę powstawania pierwszych objawów sztywności u ludzi, dotkniętych tabes dorsalis spasmodica, trudno dokładnie oznaczyć, zwykle jednak lekkie ślady tego zaburzenia istnieją od dawien dawna, w każdym jednak razie sztywność nie jest tu wrodzoną, jak to ma miejsce w chorobie Little'a. Pod względem anatomo-patologicznym nie może tu być mowy o zatrzymaniu w rozwoju, lecz o degeneracji pęczków piramidalnych. Myśl pierwszą o degeneracji tych dróg nerwowych wypowiedział Erb. Zdanie jego było potwierdzone przez Struempella, Minkowsky'ego, Kraft-Ebinga, Unverrichta i innych. Pierwsze badania więc, wykazujące, że w przypadkach z dyagnozą tabes dorsalis spasmodica znajdowano zmiany, właściwe sclerosis lateralis amyotrophica i sclérose en plaques, są dowodem tylko mylnego rozpoznania autorów nie obeznanych jesz-

cze z nową postacią chorobową. Oprócz degeneracyi pęczków bocznych w opisywanej chorobie spotykano się również z zwyrodnieniem pęczków Golla jak również prostych pęczków mózdkowych, czego nigdy nie zauważono w chorobie Little'a. Ciekawym jest niezmiernie fakt, że tabes dosalis spasmodica niekiedy występuje jako choroba o typie familijnym. Tak Struempell opisał dwa przypadki, w których choroba ta występowała dziedzicznie i u dwóch członków jednej rodziny. Mamy więc w tem cierpieniu jakieś zбочzenie troficzne, pewne osłabienie w odpowiednich oddziałach dróg nerwowych, które mogą być przekazywane z pokolenia na pokolenie.

Oprócz choroby Little'a w wieku dziecięcym zjawiają się inne jeszcze cierpienia tegoż samego typu, jako to ogólna sztywność, hemiplegia skurczowa podwójna, wrodzona ogólna płasawica, podwójna atetozia. Wszystkie te cierpienia występują u dzieci we właściwym czasie urodzonych pod wpływem trudnego i nieprawidłowego porodu lub asfiksyi noworodka. Pomimo jednak różnych z chorobą Little'a przyczyn pierwsze z tych cierpień możnaby zaliczyć do jednej z nią kategorii i nadać toż samo miano ze względu na jedność objawów klinicznych. Inaczej jednak rzecz się ma z pozostałemi cierpieniami, które, mając z chorobą Little'a parę wspólnych objawów zupełnie zresztą różnią się od niej tak pod względem klinicznym jak i anatomo-patologicznym, są bowiem spowodowane zmianami w korze mózgowej pod wpływem bądź trudnego i długiego porodu, bądź asfiksyi noworodka. Co ważniejsza cierpienia te spotykamy nieraz u członków jednej i tejże rodziny, czego nie widzimy w przypadkach choroby Little'a. Autor skłonny jest przyjąć dla tych ostatnich postaci przymiot jako moment etjologiczny, który dla choroby Little'a stanowczo odrzuca. *J. Sz.*

II. Choroby weneryczne i skórne.

124. E. Boix. O porażeniu obwodowem nerwu twarzowego w drugim okresie przymiotu. (*Arch. général. de Médecine. 1894. Fevrier.*)

Hemiplegia facialis, spotykana dosyć często w trzecim okresie przymiotu, staje się zjawiskiem nader rzadkiem ku końcowi drugiego, a prawie wyjątkowem w początkach cierpienia, t. j. w okresie pierwotnego owrzodzenia i pierwszej wysypki, Autor przytacza najpierw 17 przypadków zaczerpniętych z literatury, dwa przypadki Gilbert'a, drukiem wcale nie ogłoszone, wreszcie jeden własny. We wszystkich porażenie występowało bardzo wcześnie, mianowicie w pierwszych trzech miesiącach cierpienia,

zjawiało się w towarzystwie innych objawów właściwych tym okresom choroby, lub nawet poprzedzało pierwszą wysypkę i zawsze łatwo ustępowało pod wpływem swoistego leczenia. Własne spostrzeżenie autora dotyczy zdrowego dotąd, 35-letniego mężczyzny, który przy swych zajęciach (kopacz) ulegał ciężkim nieraz urazom: miał złamane prawe ramię, lewą gołęń i kilka żeber; w pewnej katastrofie on jeden ocalał z liczby 9-ciu, zasypanych przez ziemię, miał wreszcie dotąd bliznę nad lewym uchem w kierunku ku wierzchołkowi głowy po uderzeniu nogą przez konia. Chory nieumiarkowanie pił i palił. W trzecim miesiącu od chwili zarażenia się przymiotem przy badaniu znaleziono: eruptionem maculo-papulosam trunci syphiliticam, adenopathiam universalem, anginam erythematosam, paralysim facialem sinistram; uczucie smaku i dotyku ze strony chorej całkowicie zachowane, skurcz źrenic bez zmiany, słuch nieco przytępiony. Pod wpływem swoistego leczenia (wcierania szaruchy, jodek potasu 4 gr. dziennie) wszystkie objawy, acz powoli, ustąpiły.

Rozpatrując przyczyny, jakie mogą bezpośrednio wywołać paralsin facialem w pierwszych okresach przymiotu, przychodzi autor do przekonania, że ani przypuszczenie ucisku mechanicznego, ani teoria bezpośredniego wpływu zarazka przymiotowego na nerwy, ani wreszcie dziedziczne usposobienie nie wystarcza do wyjaśnienia rzeczy wobec rzadkości będącego w mowie objawu przy nader znacznem rozpowszechnieniu podstawowej przyczyny, t. j. przymiotu. Autor stawia natomiast przypuszczenie, że paralysis facialis, występujący we wczesnych okresach przymiotu, jest dowodem, że u chorego rozwijają się w tych razach jednocześnie objawy właściwe trzeciemu okresowi cierpienia (tertiarisme précoce), i na poparcie tego przytacza przypadek Gilbert'a, w którym chory zmarł w czwartym miesiącu od chwili zarażenia się przymiotem, był dotknięty paralysi n. facialis, a sekcja wykazała u niego meningitidem cerebralem gummosam.

Fr. G—yć.

125. Dr. KOPP. **Rokowanie w chronicznym tryprze.** (*Archiv für Dermatologie und Syphilis. Z. I, r. 1894.*)

Na zasadzie swych badań autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Absolutnie dobre rokowanie w zastarzałym tryprze nie może być postawione. Niektóre przypadki okazują się opornymi dla każdego rodzaju leczenia i pozostają na czas dłuższy, a nawet nieokreślony, nieuleczalnymi.

2) Znaczna liczba stosownie leczonych przypadków zastarzałego trypra bywa zupełnie wyleczona. Jako sposoby leczenia należy tu polecić: leczenie stosownymi instrumentami i lapisem.

3) Nawet w tych przypadkach, w których wyciek z ka-

nału zupełnie ustaje, a wszelkie dolegliwości chorego zostają zniesione, nie można uważać chronicznego trypra za doszczętnie wyleczonego. Zastosować to правило należy szczególnie przed wstąpieniem chorego w związki małżeńskie. W tym przypadku należy robić bardzo częste badania drobnowidzowe nitek, pojawiających się w moczu, względnie wycieku (jeżeli się pojawił). Lecz i tym badaniom, wypadającym w duchu pomyślnym dla rokowania zdrowia chorego (brak gonokoków), należy przypisywać tylko względną wartość.

4) Znaczenie badania drobnowidzowego w zastarzałym tryprze można jeszcze powiększyć, wywołując sztuczne podrażnienie błony śluzowej kanału moczowego i badając wydzielinę na gonokoki.

5) Próbný coitus, przedsięwzięty z możliwą ostrożnością dla uniknięcia nowego zarażenia, nawet w przypadku jeśli nie sprowadzi zaostrzenia byłej choroby, nie może mieć decydującego znaczenia w znaczeniu doszczętnego uleczenia byłego trypra.

6) Przy pozwoleniu byłemu choremu na wstąpienie w związki małżeńskie wszystkie wyżej wymienione punkty należy mieć na uwadze, pomimo tego absolutne zapewniania chorego o wrzekomem jego zupełnem powrocie do zdrowia należy zupełnie odrzucić.

7) Trzeba przypuścić, że w zastarzałym tryprze ograniczone zakaźne ogniska, umiejscowione w błonie śluzowej cewki są punktem wyjścia nawrotów trypra; ponieważ w tym względzie najbardziej podejrzanymi są gruczoly i kieszonki w części opuszkowej i krokowej cewki należy spodziewać się, że z wydoskonaleniem metody endoskopii i leczenie przewlekłego trypra miejscowo a nie na ślepo, jak to ma miejsce dotychczas, będzie bardziej dokładnem.

Wł. Kopytowski.

126. Dr. J. SCHÜTZ. Przyczynę do leczenia wilka. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis. Zeszyt I, r. 94*).

Zastosowanie transplantacyi Thiersch'a do leczenia wilka, należy uważać za myśl bardzo szczęśliwą. Zrazu wyniki leczenia są zadawalniające, w następstwie jednak nawroty choroby są częste; autor wskutek tego poleca swoją metodę leczenia wilka, która jakoby ma daleko więcej zabezpieczać chorego od recydyw, aniżeli wszystkie dotychczasowe sposoby. Opisuje ją w następujący sposób:

Po zachloroformowaniu chorego wszystkie miejsca skóry, dotknięte wilkiem, starannie się wyskrobuje, a dno owrzodzeń i brzegi skóry nacina się gęsto. Po zatrzymaniu krwotoku, wyskrobane miejsce kilka razy pendzluje się nasyconym na zimno spirytusowym roztworem chlorku cynku, do którego dodaje się parę kropli kwasu solnego; pendzlowanie to jest bardzo bolesne; bóle zazwyczaj trwają około sześciu godzin; po pendzlo-

waniu rana zabarwia się na biało, a wkrótce dno jej i brzegi silnie obrzmiewają; stosując bezustanku okłady z kwasu bornego, otrzymujemy po upływie kilku dni oczyszczenie dna owrzodzenia. Dla następnego zniszczenia pozostałych w dnie rany gruczołków gruczolniczych autor poleca 25% maść na waseline z kwasu pyrogallusowego; opatrunek zmienia się trzy razy na dobę. Maść stosuje 4 dni, po upływie tego czasu owrzodzenie zabarwia się na nowo i jest bardzo bolesnem. Następuje znowu peryjod stosowania okładów z kwasu bornego do oczyszczenia owrzodzenia i jeszcze dwukrotne peryjodyczne stosowanie kwasu pyrogallusowego w maści po dni cztery, względnie trzy, z następnem stosowaniem okładów z kwasu bornego.

Dokończenie leczenia owrzodzeń osiąga się za pomocą zwykłego opatrunku jodoformowego lub plastra rtęciowego.

Blizny, powstałe przy tym sposobie leczenia, mają być gładkie, miękkie, nawroty choroby rzadkie. *Wł. Kopytowski.*

XI-ty Zjazd międzynarodowy lekarski w Rzymie.

(Sprawozdanie specjalne Kroniki Lekarskiej).

Kiedy na ostatnim zjeździe w Berlinie Virchow zakomunikował obecnym propozycję Baccellięgo, ażeby następny zjazd międzynarodowy lekarski odbył się w Rzymie, wiadomość ta powszechnie wywołała zadowolenie. Termin zjazdu tego, XI-go z kolei, naznaczonym został, jak zwykle, za lat 3, t. j. na jesieni 1893 r., z powodu jednak pojawienia się w owym czasie w różnych punktach Europy epidemii cholery, termin ten odroczoneo do wiosny roku następnego. Ostatecznie więc XI-ty międzynarodowy zjazd lekarski odbył się w Rzymie w czasie od 29 Marca do 5 Kwietnia r. b.

Zjazd ten w szeregu innych odznaczył się przedewszystkiem niebywałą dotąd liczbą uczestników, o wiele przewyższającą najliczniejsze nawet z poprzednich zjazdów, jak tego dowodzi następujące zestawienie:

I-szy	w Paryżu	w r. 1867	liczył 1,206	uczestników.
II-gi	w Florencyi	„ 1869	„ 377	„
III-ci	w Wiedniu	„ 1873	„ 671	„
IV-ty	w Brukselli	„ 1875	„ 412	„
V-ty	w Genewie	„ 1877	„ 365	„
VI-ty	w Amsterdamie	1879	„ 630	„
VII-my	w Londynie	„ 1881	„ 1,181	„
VIII-my	w Kopenhadze	„ 1884	„ 1,264	„
IX-ty	w Waszyngtonie	1887	„ 3,000	„
X-ty	w Berlinie	„ 1890	„ 5,737	(7,056 zaś wraz z damami, oraz nielekarzami).

Ostatni zaś zjazd w Rzymie zgromadził około 8,000 uczestników ¹⁾, samych dam zebrało się przeszło 1,000, co tłumaczyć się daje chęcią ujrzenia wiecznego miasta i jego osobliwości.

W powyższem zestawieniu uderzyć nas musi stałe, z małymi wyjątkami (Kopenhaga, liczniejsze zaś zgromadzenie się na 1-szym i 3-im kongresie, t. j. w Paryżu i Wiedniu, należy przypisać jednoczesnym wystawom powszechnym), zwiększanie się liczby uczestników która podczas zjazdu w Londynie jednego z najlepszych pod względem organizacji przewyższyła już 3,000, a dwójnasob zaś powiększyła się na przedostatnim wzorowym pod każdym względem zjeździe międzynarodowym w Berlinie.

Jeżeli obecny zjazd w Rzymie przewyższył poprzednie pod względem liczby uczestników, to jednak pod względem samej organizacji, w ogóle zaś pod względem naukowym nie dorównał żadnemu. Niejest bynajmniej moim zamiarem w niniejszem sprawozdaniu poddawać krytyce stronę zewnętrzną ostatniego zjazdu, zastrzegam sobie zresztą co do tego parę uwag na końcu, postaram się natomiast przede wszystkim uwzględnić stronę naukową zjazdu.

Jak już wspomniałem, pod względem ilości ostatni zjazd przedstawił się imponująco. Jak zwykle większą część uczestników stanowili sami Włosi. Z obcych narodowości najpokaźniej wystąpili Niemcy, (900), którym bezzaprzeczenia zjazdu międzynarodowe lekarskie zawdzięczają zarówno ilościowe, jak i czynne największe poparcie. Mniej liczebną zaś okazała się Anglia (około 700 członków, licząc w to i kolonie. Również 700 uczestników dostarczyła Austria i Węgry, mniej więcej tyluż Francya, po 200 zaś Hiszpania, Rosyja, Szwajcarya i Stany Zjednoczone ²⁾), wreszcie 500 lekarzy przybyło z Portugalii, Szwecyi i Norwegii, Australii, Holandyi, Belgii, Turcyi, Rumunii, Serbii, Grecyi, Meksyku, różnych rzezcpospol. południowej Ameryki, Japonii, a nawet wyspy Borneo i Fidja miały swoich przedstawicieli.

Z przyjemnością notujemy fakt, że i nasi lekarze w dość pożątej (przeszło 60 osób) liczbie, na ostatnim wystąpili zjeździe, z tych połowa prawie z samej Warszawy.

Jakkolwiek i na obecnym zjeździe nie zbywało na wybit-

¹⁾ Cyfry ściślej w ogóle nigdzie doszukać się nie mogłem, nawet w sprawozdaniu swojem podczas inauguracji kongresu prof. Maragliano jej nie podaje, ograniczając się na zapewnieniu głośownem, że liczba obecnych uczestników wyższą jest niż na poprzednich zjazdach, lista zaś urzędowa wykazuje takie niedokładności, że na niej opierać się nie można. Niektóre pisma podają liczbę uczestników zjazdu Rzymskiego na 7,612.

²⁾ Rzeczą godną zastanowienia jest to nieliczne zgromadzenie się lekarzy amerykańskich, którzy na zjeździe berlińskim np. zajmowali liczebnie pierwsze miejsce.

nych przedstawicielach świata lekarskiego z różnych krajów, że wymienię tu tylko Virchow'a, tego niestrudzonego pracownika na polu naukowym, stanowczo największego propagatora w ogóle zjazdów lekarskich, to jednak każdego uderzyć musiała nieobecność nazwisk, które przywykliśmy na poprzednich zjazdach widywać. Mam tu na myśli przede wszystkim Pasteur'a, Koch'a Lister'a ¹⁾ i wielu innych powag, których obecność najwięcej przyczynia się do naukowego znaczenia zjazdu. Te same braki zauważyliśmy we wszystkich prawie sekcjach (anatomia patologiczna, laryngologia etc.).

Tem, być może, tłumaczyć sobie należy fakt, że jakkolwiek pod względem ilości prac (2,870) Rzym prawie w czwórnasob przewyższył nawet zjazd Berliński, to jednak pod względem jakościowym prace, zarówno na ogólnych, jakoteż i sekcyjnych posiedzeniach przedstawiane, nie zawsze stały na doniosłości nauki, zamieszczając częstokroć rzeczy znane, lub czeze komunały.

Komitet organizacyjny zjazdu stanowili:

1) Prof. Bacceli — znakomity uczony, jednocześnie minister oświaty, jako prezes.

2) Prof. Bizzozero, D'Antona i Durante — jako wiceprezesi.

3) Prof. Maragliano — jako sekretarz generalny, wreszcie

4) Prof. Pagliani, również minister, twórca obecnej wystawy higienicznej — jako skarbnik.

Oprócz tego w organizacyi zjazdu pomocnymi były 115 komitetów z różnych miast włoskich, oraz 35 komitetów prawie ze wszystkich krajów świata całego ²⁾.

32 państw i 425 różnych instytucyj naukowych wysłało na zjazd swoich przedstawicieli.

Jak i na poprzednich zjazdach (począwszy od IV-go w Brukselli) posiedzenia naukowe dzieliły się na 1) ogólne — tym razem w ilości 4,

¹⁾ Lister nieobecność swoją wytłumaczył listownie, podając za przyczynę smutny los, jaki go dotknął (śmierć żony).

²⁾ Oto lista prezesów komitetów narodowych: Susini (Argentyna), Sydney Jones (Australia), Nothnagel (Austria), Thiry (Belgia), De Alvarenga (Brazylia), Pusculieff (Bulgaryja), Barros Borgono (Chili), Lange (Dania), Pasza Machmond (Egipt), Munoz (Equator), Cornil (Francya), Virchow (Niemcy), Bomford (Indya), Paget (Anglia), Stokes Irlandyja), Koch (Luksemburg), Galea (Malta), Lavista (Meksyk), Lamache (Norwegija), Stoks (Niderlandy), Cybulski (Polska), De Sonsa Martins (Portugalia), Severeano (Rumunia), Paszutin (Rosyja), Garbia Gonzales (Salvador), Graingez Stewart (Szkocya), Subbotich (Serbia), Callega y Sanchez (Hiszpania), Jacobi (Stany Zjednoszone i Kanada), Holmgren (Szwecya), Kocher (Szwajcaryja), Funaro (Tunis), Van Mikingen (Turcyja), Csatory (Węgry) i Rodliger (Wenezuela).

na Berlińskim było ich 3, odbywały się one w umyślnie na to przygotowanym pomieszczeniu, w tak zwanem Eldorado, położonem na via Genova, oraz na 2) sekcyjne, których siedliskiem był wspaniały, imponujący, choć nie wykończony jeszcze budynek, a raczej szereg łączących się ze sobą budynków, tak zwana poliklinika Humberta I-go, mieszcząca się po za murami miasta. Wszystkich sekcji było 19, a więc o jedną więcej niż w Berlinie.

I. Anatomia (prezes Todaro w Rzymie), II. Fizjologia (Mosso z Turynu), III. Ogólna patologia i anatomia patologiczna (Bizzorero z Turynu); IV. Eksperymentalna i terapeutyczna farmakologia (Semmola z Neapolu); V. Wewnętrzna Medycyna (Bacceli z Rzymu); VI. Pedyatria (Blasi z Rzymu); VII. Psychiatria, neuropatologia i kryminalna antropologia (Lombroso z Turynu); VIII. Chirurgia i ortopedia (Durante z Rzymu); IX. Akuszeria i ginekologia (Pasquali z Rzymu); X. Laryngologia (Massei z Neapolu); XI. Otologia (De Rossi z Rzymu); XII. Oftalmologia (Reymond z Turynu), XIII. Odontologia (Coulliana z Medyolanu), XIV. Wojskowa medycyna i chirurgia (Cipolla z Rzymu); XV. Hygiena (Pagliani z Rzymu); XVI (nowa) inżynierja sanitarna (Pagliani); XVII. Dermatologia i Syfilidologia (de Amreis z Neapolu); XVIII. Medycyna sądowa (de Crecchis z Neapolu), wreszcie XIX. Hydrologia i klimatologia (Vinaj z Turynu).

Program zjazdu był następujący:

28 Marca we Środę o 10-ej rano uroczyste otwarcie wystawy międzynarodowej medycyny i higieny. Wieczorem przyjęcie kongresistów wraz z damami w pałacu wystawy.

29 Marca we Czwartek rano: inauguracya kongresu w teatrze Constanzi—po południu posiedzenie sekcji w poliklinice w celu ich reinstalowania. Wieczorem defilada galowych ekwipaży. Obiad komitetu wykonawczego.

30 Marca w Piątek — od 8 do 15 (t. j. 3-ej po poł.) posiedzenia sekcyjne—po południu 1-sze posiedzenie ogólne w Eldorado. Wieczorem zaś przedstawienie galowe w teatrze Constanzi.

31 Marca w Sobotę—rano posiedzenie sekcyjne, po południu drugie posiedzenie ogólne.

1 Kwietnia t. j. Niedziela przeznaczona na wycieczki w okolicę Rzymu (zamki), po południu koncert w teatrze Constanzi, oraz wycięgi welocypedystów.

2 Kwietnia w Poniedziałek, w rannych godzinach dalszy ciąg posiedzeń sekcyjnych, po południu 3-cie posiedzenie ogólne, po południu przyjęcie w Kwirynale, wieczorem zaś promenada archeologiczna.

3 Kwietnia we Wtorek, rano prace sekcyjne, po południu 4-te posiedzenie ogólne, wieczorem przyjęcie na Kapitolu.

4 Kwietnia we Środę zakończenie prac sekcyjnych, po południu ostatnie (5-te) posiedzenie ogólne, wieczorem bankiet sekcji, illuminacya pomników wewnątrz Romy — wreszcie

5 Kwietnia t. j. we Czwartek, o 9-ej rano zakończenie zja-

zdu, w południe, lunch w Thermach Karakalli, wreszcie zabawa kwiatowa Mocolatti (illuminacja charakterystyczna).

Jak zwykle, staraniem komitetu wydawany był w 4-ch językach (włoskim, francuskim, niemieckim i angielskim) dziennik zjazdu (Giornale Ufficiale dell XI congresso medico internazionale), w którym codziennie pomieszczane były wszelkie informacje, dotyczące zjazdu, a więc wyliczenie odczytów, opis zabaw etc.

O godz. 10^{1/2} rano we Czwartek 29 Marca odbyło się uroczyste otwarcie w teatrze Constanzi w obecności króla Humberta i królowej Małgorzaty. Pierwszy zabrał głos prezes ministrów Crispi, wyrażając radość z tak licznego zgromadzenia się przedstawicieli nauki. Mówca kończy swą krótką, lecz piękną, głosem doniosłym wypowiedzianą mowę, zapewnieniem, że goście znajdą w Rzymie drugą ojczyznę. Następnie przemawiał twórca obecnego zjazdu prof. Baccelli (po łacinie), nadmieniając, że drugie już w krótkim czasie obchodzi Włochy święto narodowe (w roku zeszłym odbywały się w Genui uroczystości ku czci Krzysztofa Kolumba) zakończył zaś słowami: *salvete in igitur clarissimi viri*. Obie mowy przyjęto hucznymi oklaskami.

Syndyk miasta Rzymu książę Ruspoli wita gości w imieniu miasta, poczem sekretarz generalny zjazdu prof. Maragliano (z Genui) przytacza niektóre cyfry, dotyczące zjazdu, zaznaczając niezwykłą ilość uczestników, mianowicie lekarzy oraz ich dam, które łagodnie będą swoimi wdziękami ciężar naszych prac.

Virchow, prezes poprzedniego zjazdu, jak zwykle owacyjnie przyjmowany, rozpoczyna swoją przemowę wytlómaczeniem pobudek, dla których miejscem obecnego zjazdu wybrano Rzym, chciano w ten sposób oddać cześć starym tradycjom Włoch i nowemu splendorowi (zręczne pochlebstwo dla obecnego królestwa). Wyraża następnie życzenie, by kongres ten przyczynił się do podniesienia związków braterskich, związków, które powinny jednoczyć wszystkie cywilizowane kraje.

Następnie przemawiali delegaci różnych narodowości, a więc prof. Vogl w imieniu Austrii, Croeg (Belgia), Salomonsen (Dania), Hassan-Pasza Machmond (Egipt), Bouchard (Francja), Köhler (Niemcy), Mac Cormac (Anglia), Lavista (Meksyk), Laache (Norwegia), Roche (Portugalia), Severeano (Rumunia), Sklifassowskij (Rosja), Holmgren (Szwecja), Fernandes Caro (Hiszpania), Kocher (Szwajcaryja), Salik Bey (Turcja), Osatary (Węgry).

Tegoż dnia po południu zebrali się członkowie zjazdu w poliklinice w celu zainstalowania sekcji, wyboru prezydujących, ułożenia porządku obrad etc.

Prof. Baccelli zawiadamia o licznych gratulacyjnych telegramach zarówno od instytucyj naukowych (Warsz. Tow. Lek. podpisano prof. Baranowski; komitet VIII-go zjazdu Hygieny i Demografii w Budapeszcie), jako też od pojedynczych lekarzy (Czerny — prof. chi-

rurgii w Heidelbergu, usprawiedliwiający swą nieobecność chorobą, Ziemssen, Ewald, Carpentier, Rauffuss, Unverricht etc.).

Na prezesów honorowych wybrani zostali między innymi: w sekcji anatomicznej prof. Laskowski z Genewy, w sekcji fizyologicznej prof. Cybulski z Krakowa, w sekcji chirurgicznej prof. Mikulicz z Wrocławia, w sekcji psychiatrycznej dr. Rothe, w sekcji laryngologicznej Heryng i Sokołowski, wreszcie w sekcji dermatologicznej dr. Watraszewski, ostatni czterej z Warszawy.

I-sze posiedzenie ogólne, któremu przewodniczył Baccelli, odbyło się nazajutrz, t. j. w Piątek o godz. 4-ej po poł. w Eldorado. Przed rozpoczęciem obrad uroczyście wręczono Virchowowi medal złoty, wybity na jego cześć przez miasto Forli. Następnie Virchow wygłosił zajmujący odczyt o Morgagnim, znakomitym anatomie włoskim XVIII-go wieku (tytuł odczytu brzmiał: Morgagni und das anatomische Denken).

Od 28 wieków datuje się ciągły rozwój medycyny. Przez długi czas wszechpotężnie panowało patologia humoralna Galena, roszcząca sobie pretensje do tłumaczenia Hippokratesa. Na jej podwalinach wyrasta następnie na wschodzie szkoła lekarska, która pierwsza wprowadziła do medycyny element duchowy. Połączenie szkoły tej z dawną widzimy w krajach południowych, zwłaszcza we Włoszech (Salerno), gdzie obok dzieł Arabów zaczęto studyować oryginały Galena, którego przyzwyczajono się uważać za nieomylnego, co pociągnęło za sobą wstrzymanie wszelkiego postępu, zwłaszcza w kierunku anatomicznym.

Dopiero z chwilą, gdy się udało otrzymać pozwolenie kościoła na wykonywanie sekcji, zaczęły się mnożyć odkrycia: Harwey odkrywa krążenie krwi, Malpighi cyrkulacje w naczyniach włosowatych. Przejście jednak od starej do nowej medycyny, jest tylko zastugą Morgagni'ego. Z nim skończyła się hipoteza lekarska, od niego zaczyna się kierunek naukowy badań. Szukając przyczyn chorób położył podwalinę nauce o umiejscowieniach, która obecnie panuje zarówno w medycynie wewnętrznej, jakoteż chirurgii, farmakologii i fizjologii. On to nas nauczył *myśleć anatomicznie*, jego zatem za prawdziwego twórcę współczesnej patologii uważać należy.

Żegnany frenetycznymi oklaskami zszedł Virchow z mównicy, by ustąpić miejsca prof. Bouchard'owi z Paryża, który wypowiedział swoje uwagi nad gorączką („Sur la fièvre“). Utrzymuje on, że to podniesienie się ciepłoty, jakie prawie zawsze wykazują chorzy gorączkujący w dniu przybycia (lub nazajutrz) do szpitala, podniesienie, które częstokroć jest dosyć znaczne (jeden stopień) należy jedynie przypisać wpływowi systematu nerwowego. Wszystko, co dotąd wiemy z fizjologii człowieka, da się ograniczyć do tego, że jest on lepiej od natury uposażony w środki, pozwalające mu zachowywać swoją normalną ciepłotę, aniżeli podnieść ją do normy, jeżeli takowa się obniżyła. Człowiek silny przedstawia zazwyczaj nieznaczne wahania ciepłoty, podczas gdy u osłabionych rzecz się ma odwrotnie.

Podniesienie się ciepłoty zdaje się być więcej w związku z natężeniem pracy mięśniowej, aniżeli z czasem jej trwania, tak że obecnie niema wątpliwości co do istnienia gorączki mięśniowej. Istnieje również gorączka dyspeptyczna (z rzeczywistem podniesieniem ciepłoty), którą konstatujemy u wszystkich tych, u których trawienie nie jest prawidłowe, i którą można mniej lub więcej odnieść do wszystkich odmian gorączki u rekonwalescentów. Ostatecznie z całego odczytu Bouscharda zdaje się wypływać, że osławiony układ nerwowy w szczególnie wrażliwy sposób reaguje na wszystkie te momenty, które wywołać mogą gorączkę.

Wreszcie zabrał głos prof. Babes z Bukaresztu, mówiąc o zachowaniu się państwa względem współczesnych badań bakteryjologicznych (*Die Stellung des Staates zu den Resultaten der modernen Bakterienforschung*).

Po kilku odnośnych danych historycznych mówca rozbiera stosunek lekarza do państwa, opisuje różne urządzenia sanitarne etc. Następnie przechodzi do nowych badań bakteryjologicznych, podaje przepisy ochronne, dotyczące wody, kąpieli, zakażeń powietrznych etc. ze szczególnem uwzględnieniem cholery i tyfusu. Mówca kończy swój odczyt nadzieją, że państwo odpowie swojemu zadaniu, uwzględniając rezultaty najnowszych badań bakteryjologicznych, resp. stanie się wtedy prawdziwie higienicznym.

Nazajtrz w zwykłych popołudniowych godzinach odbyło się II-gie z kolei posiedzenie ogólne, które rozpoczął prof. Foster z Cambridge. Mówca za temat obrał kwestyę organizacyi w nauce (*The organisation of science*). Zaznacza on, że głównymi warunkami istoty organizowanej są z jednej strony dyfferencyacya, z drugiej zaś—integracya. Pierwsza uczyniła znaczne postępy, gdy bowiem dawniej jeden uczoney mógł się oddać studjom wielostronnym, obecnie ograniczyć swą działalność musi na jednej nauce, lub nawet pewnej jej części. Najlepszym zaś dowodem integracyi w nauce jest obecny zjazd międzynarodowy lekarski, jednoczący w sobie tyle różnorodnych nacyj. Dwa są rodzaje badań: indywidualne i zbiorowe. Jeżeli organizacya w nauce jest rzeczą pożądaną, to narody powinny się łączyć ze sobą, a wtedy rezultaty tych badań zbiorowych będą bezwątpienia wspaniałe, wtedy bowiem ambicyja indywidualna ustąpi miejsca miłości prawdy, temu jedynemu przewodnikowi w badaniach naukowych.

V-ty z kolei odczyt, stanowczo jeden z najlepszych, wygłosił znany prof. Nothnagel z Wiednia „o przystosowaniu się organizmu do zmian chorobowych“ (*Die Anpassung des Organismus bei pathologischen Veränderungen*). Badania Darwina sprowadziły we wszystkich przejawach życia intelektualnego znaczne zmiany, kapitalne idee przezeń wygłoszone przeniknęły aż do podstaw wiedzy ludzkiej, ugruntowanej na badaniu indukcyjnem. Z tego punktu widzenia należy się zapatrywać na jeden z najcudowniejszych przejawów natury, t. j. przystosowanie się i wyrównanie, przy pomocy których ustrój mocen jest oprzeć się i przezwycięzać szkodliwości, przez sprawy chorobowe

poczynione. Każdemu z klinicystów są znane takie sprawy chorobowe, które kończą się pomyślnie same przez się. Podwiązanie krwawiącego naczynia może być najzupełniej wyrównanem przez uboczne krążenie. Zaburzenia w krwiobiegu, warunkowane wadami zastawek serca, mogą być do pewnego stopnia wyrównane przez przerost mięśnia sercowego. Brak jednej nerki wyrównywa się przez wzmożoną działalność drugiej; zniszczenie pewnej części wątroby może być zamienione tkanką łączną nowowytworzoną; przy przewlekłej marskości jednego płuca zwiększa się oddechowa powierzchnia drugiego; w zupełnym braku kwaśności treści żołądka w następstwie zaniku jego błony śluzowej, trawienie ciał białkowych może w zupełnie zadawalniający sposób odbywać się następnie w kiszkach etc. etc.

Przykłady te dowodzą, że w długotrwałych zaburzeniach wytwarzają się czynnościowo-morfologiczne przystosowania i wyrównania. Jaka jest jednak przyczyna tej kompensacji i akomodacji? według mówcy, polega ona na zwiększeniu bodźców, któremu odpowiada specyficzna nadruchowość (*hyperactivitas*). Lecz wyrównanie to jest jedynie możliwe wtedy, jeżeli bodźce równomiernie działać będą na tkanki jednakowe pod względem funkcji, w pierwszym razie przystosowanie się ustroju mieć miejsca nie może.

Tym sposobem mówca widzi w procesie kompensacyjnym jedynie konieczność natury, zależnej od nieuniknionych praw, rządzących wszystkimi organami biologicznymi.

Frenetycznymi oklaskami podziękowano mówcy za piękny jego odczyt.

Następny odczyt miał Laache z Chrystyanii „o przeroście samodzielnym serca, oraz zwyrodnieniu mięśnia sercowego“ (*De l'ipertrophie idiopatique du coeur et de la degeneration du muscle cardiaque*). Mówca zaczyna od różnych teoryj chorób serca, wykazując zasługi na tem polu przez szkołę włoską (*Sanersi i Albertini*) i francuską (*Vieusseux i Sénac*) oddane—przechodzi następnie do symptomatologii chorób serca, jako to powiększenie objętości (*hypertrophie*), które czyni zależnem od nadużyć w piwie, oraz zbytniego zmęczenia intelektualnego, warunkowanego walką o byt — kilka uwag nad lezeniem tego cierpienia (zaleca metodę *Oertel'a*) kończą ten wykład.*)

III-cie posiedzenie ogólne odbyło się dopiero w dniu 3-m Kwietnia, przemawiał na niem prof. *Bizzozero* z Turynu „o wzroście i regeneracji ustroju“ (*accrescimento e rigenerazione nell'organismo*). Badania nad regeneracją fizyologiczną pozwalającą dzielić tkanki na 3 grupy: niestałe (np. nabłonek powierzchniowy etc), o elementach stałych (tkanki kostne i chrząstkowate etc.), wreszcie tkanki stałe, których rozwój powstrzymany jest w bardzo wczesnym okresie życia płodowego (mięśnie prążkowane i nerwowe). Co się tyczy regenera-

*) Porównaj artykuł *Fabiana*, umieszczony w zeszłym roczniku „*Kroniki*”.

cyi patologicznej, rozróżniamy pod tym względem: 1) tkanki o elementach zarówno stałych jak i niestałych, w których czynność ogólna wywołuje wytwarzanie nowych elementów (hyperplasia) i 2) tkanki, nie wykazujące prawa prawdziwej hyperplasyi (mięśnie prążkowane i tkanka nerwowa).

Wykazawszy sposoby rozwoju i regeneracyi tkanek, mówca zwraca uwagę na niezbędnosc badania wpływu bądź to cyrkulacyi, bądź nerwów, bądź wreszcie komórkowych elementów tkanek na rozwój i kierunek tych spraw. Mówca wspomina o badaniach Morpingo i Penso, wykonanych w jego laboratorium, które wbrew twierdzeniu Cohnheima, jakoby w pewnych tkankach (łączonej, kostnej i chrząstkowej) przekrwienie samo wystarczało dla wywołania nowotworzenia—wykazały przeciwnie, że przekrwienie to sprzyja jedynie proliferacyi *już rozpoczętej*. Co się tyczy kwestyi wpływów nerwów na odżywianie, a zwłaszcza na proliferacyę elementów, to, według mówcy, dotychczasowe badania nie są w stanie wykazać istnieniu troficzných włókien.

Dowodzenie autora w powyższym zajmującym odczycie zawarte dadzą się streścić w sposób następujący: ponieważ żadne zaburzenie w krwiobiegu i unerwieniu nie jest dostatecznem do wywołania jakiegokolwiek proliferacyi, takowa więc może być wytłomaczoną tylko za pomocą teoryi Virchow'a, mianowicie jako następstwo bezpośrednio działającego na elementy—momentu drażniącego. Naczynia i nerwy stanowią tylko „medium”, jeden *tylko element zawsze żyje*, odczuwa drażnienie i nań reaguje.

Na temże posiedzeniu przemawiał w dalszym ciągu prof. Danilewsky z Petersburga „o istocie substancyi głównej protoplazmy, oraz o jej zmianach przyżyciowych” (La substance fondamentale du protoplasme et ses modifications par la vie).

Zasadniczą podstawą wszelkich objawów życiowych bez wyjątku jest substancja protoplazmy, jeśli rola jej plastyczna jest widoczną w rozwoju zarodka, nie można tego powiedzieć odnośnie do objawów życiowych. Najbliższym zaś pomocnikiem jest protoplazma, która stanowi całość, a nie proste połączenie części składowych; jeżeli ona żyje działa jak całość, nie pozwalając widzieć pojedynczych części podczas czynności życiowych. Ponieważ białko jest główną częścią składową protoplazmy, a różne jest w różnych częściach i postaciach teje protoplazmy, bardzo łatwo zrozumieć, że rodzaj białka wpływa na charakter życiowej działalności i że objawy życia zależą od własności podstawowych i rodzaju funkcji protoplazmy z jednej, a budowy chemicznej białka z drugiej strony. Molekuła białkowa składa się z grup atomowych, tworzących „serye”. Im więcej jest bogatą w różnorodne grupy atomów, tem większy jest jej udział w życiowych objawach protoplazmy i vice versa. Porównawcze studia nad białkiem organizmów wyższych i niższych wykazują, że molekuła (cząsteczka) białkowa całkowita wyższej protoplazmy jest wynikiem *rozwoju filogenetycznego*. W rozwoju tym molekuła białkowa wykazuje *zdo-*

ność akomodacji. Przyczyny zewnętrzne nie działają bezpośrednio na cząsteczkę białkową, lecz na *kompleks protoplazmatyczny*, którego zadaniem jest ochraniać molekułę białkową, a zarazem przenosić na nią wpływy zewnętrzne. Nowe grupy atomów początkowo stają się częścią składową całości protoplazmatycznej, w końcu jednak tworzą składową część molekuly białkowej. Protoplazmę można podzielić na 1) szklistą (hyalin) i 2) tkankową (stromique); ta ostatnia dopiero wtórnie podlega działaniu wpływów zewnętrznych, assymluje przytem trudniej, z większą za to zatrzymuje wytrzymałością. Człowiek cywilizowany używa tyle i od tak dawna alkoholu, że z pewnością można przypuścić istnienie protoplazmy alkoholizowanej u pijaków, podobnie istnieje protoplazma morfinizowana w przewlekłym zatruciu morfiną. Również nie można zaprzeczyć obecności arsenu w protoplazmie arsenofagów, którzy faktycznie bez niego nie mogą egzystować. Tym sposobem kompleks protoplazmy i białka może się przystosować do różnorodnych wpływów, ich fundamentalna budowa, oraz własności charakterystyczne nie są niewzruszone, odnowa ich jednak następuje z trudnością. Odczyt ten zakończył 3-cie posiedzenie ogólne.

W dniu następnym (4-go Kwietnia) rozpoczął IV-te i ostatnie posiedzenie ogólne prof. Stokvis z Amsterdamu, konferencyą o „stosunku chemii do farmakoterapii“ (La chimie en rapport avec la pharmacotherapie et la matiere medicale).

Mówca zwraca uwagę, że rozwój najmłodszej gałęzi chemii, t. j. teorii chemicznej jest dla lecnictwa farmakologicznego niezmiernie doniosłości. Badania znakomite Piet'a i innych wykazały, że najniezbędniejsze dla życia czynniki, t. j. woda i ciepło, są równie warunkiem sine qua non dla każdej akcji chemicznej. Funkcyja chemiczna jest po prostu rodzajem życia molekularnego, działaniem nieskończenie małych ilości substancyj leczniczych i taktycznych na życie, że substancyje zupełnie nierozpuszczalne mogą wywierać na ustrój działanie, że jedna i ta sama substancya może działać stosownie do ilości bądź pobudzająco, bądź też depressyjnie etc.—wszystko to zawsze było dotąd tłumaczone wpływem siły (energii) życiowej.

Teorya chemii ucząc nas, że objawy tejże natury znajdują się w chemii nieorganicznej, wszędzie, gdzie mamy do czynienia z rostworem, ucząc nas dalej, że rostwór jakiegokolwiek substancyi przedstawia zawsze chemiczne molekuly w czynności, najzupełniej fakty powyższe tłumaczy. Teorya ta objaśnia jeszcze najzupełniej nie tylko działanie soli czyszczących i moczopędnych, lecz wykazuje między innemi, że i działanie t. zw. katalityczne (fermentacye), wchodzi w zakres chemii nieorganicznej. I odnośnie do farmacyi chemia jest niemniej ważną. Przedewszystkiem co się tyczy krystalizacyi zwykłej, np. w alkaloidach, te byłoby błędem wierzyć, że daje ona gwarancyję czystości chemicznej przetworu. Mówca kładzie nacisk na konieczność porozumienia się ze strony wszystkich ludów cywilizowanych nad sposobami konstatowania tożsamości chemicznej przetworów che-

micznych, noszących jedno miano. Przez wynalezienie nieznanych dotąd ciał chemicznych (alkaloidów etc.), chemija oddała również nieocenioną przysługę farmacyi. Bakteryologija wreszcie i chemija biologiczna daje na usługi lekarza produkty hodowli bakteryj, lub narządów zwierzęcych. Mówca dowodzi, iż powodzi nowych środków, które w ostatnich czasach zauważyć można, nie jest winną ani chemia, ani bakteryologia, lecz po prostu lekarze sami, którzy nie uwzględniają zasadniczych prawideł sztuki leczniczej. Nie należy odrzucać ani starych środków, ani przyjmować nowych jedynie dla tego, że nowe, nie należy się dać pociągnąć starej maksymie Celo'a: „In ancipite morto plus valet anceps remedium quam nullum”.

Po tym zajmującym odczycie wstąpił na mównicę Jacoby z New Yorku. „Non nocere” oto oryginalny tytuł, jaki mówca ten swojej nadał pracy.

Mówca zaznacza, że zarzuty, czynione stanowi lekarskiemu co do nieodpowiedniego (nadmiernego lub niedostatecznego) dozowania środków lekarskich, jakoteż nadużyć w operowaniu, są do pewnego stopnia słuszne. Również i t. zw. metoda wyczekująca, zwłaszcza w chorobach zapalnych i infekcyjnych, jest częstokroć oznaką naszej niewiedomości. Wreszcie szkodliwym jest zbyt obfite lub niedostateczne odżywianie: cukier mleczny zbyt obficie dzieciom podawany, może być dla nich szkodliwym etc. Mówca przytacza cały szereg przykładów na poparcie swoich wywodów, przykładów, przeważnie z dziecięcej zaczerpniętych praktyki, między innymi słuszną zwraca uwagę, że zbyt małe dzieci nie należy męczyć pedzłowaniem w gardle, w różnorodnych jego cierpieniach. Wreszcie bardzo interesujący odczyt wygłosił Kocher ze Szwajcaryi (Bern) „o ulepszeniach pocisków z punktu widzenia humanitarnego“ (L'amélioration des projectiles au point de vue de l'humanité). Postaram się go nieco obszerniej streścić.

Najnowsze doświadczenia, zwłaszcza przez Schyerminga z polecenia pruskiego ministerjum wojny, dokonane nad współczesną bronią palną, wykazują prawdziwe spustoszenia, tych ostatnich na ustrój ludzki. Czyż w obec tego mamy oczekiwać nowych jeszcze w tym kierunku udoskonaleń, a raczej życzyć, by najnowsza broń palna była humanitarna, t. j. by absolutnie oszczędzała życie. Wszak celem wojny wśród cywilizowanych narodów nie jest bynajmniej wymordowanie możliwie największej ilości nieprzyjaciół, lecz poprostu chodzi tu o uczynienie ich niezdolnymi do walki, jak to niegdyś czyniła broń ostra, jakkolwiek niestety i w tych razach możliwą jest śmierć wskutek obrażenia ważnych dla życia organów. Obecna natomiast broń palna jest po prostu wybuchową. Mówca w celu objaśnienia działania wybuchu na ustrój ludzki, dzieli wszystkie tkanki na 3 kategorie: 1) elastyczne, 2) tkanki w ciecz bogate i 3) ścisłe (rigides).

Co się tyczy pierwszych, to nawet współczesna broń palna nie ma działania wybuchowego, a przynajmniej pierwotnego. O wiele już znamiennejszem jest działanie wybuchu na tkanki, obfitujące w płyny.

Działanie hydrostatycznego ciśnienia może być wykazane na naczyniach blaszanych, wewnątrz pustych lub wypełnionych materiją w mniejszym lub większym stopniu zawierających wodę.

Następnie mówca rozpatruje działanie pocisków na ciała o powierzchni śliskiej, przy czem z całą stanowczością można określić, czy mamy tu do czynienia z następstwem schoku, czy też nadmiernej szybkości pocisku. Wreszcie demonstrowuje działanie pocisków na kości suche i świeże. Mówca mógł się przekonać, że przy znacznej szybkości pocisków ma miejsce utrata siły żywej w znacznie większym stopniu niż przy średnim natężeniu szybkości. Utrata ta przytem jest znacznie większą w pociskach dużego kalibru.

Ostatecznie więc, ponieważ uniknąć rozerwań (dechirures) nie można, gdyż takowe zależą od zwiększenia szybkości, należy więc postarać się z punktu widzenia humanitarnego złagodzić stopień owych rozerwań przez zmniejszenie powierzchni dotkniętej, to zaś otrzymać można: a) przez zmniejszenie kalibru, b) przez niedopuszczenie zmiany formy pocisków (zwiększając ich konsystencyę), c) przez zwiększenie rotacyi, a to w celu niedopuszczenia skośnych przeniknięć.

Rezultaty ze stalowym napierśnikiem wykazują, że: 1) niema przytem ani rozerwania mięśni, ani płuc, 2) obrażenia na kościach są o wiele mniejsze. Najważniejszą atoli zasługą tego sposobu jest zmniejszenie się rozmiarów ran.

Odczyt Kocher'a zakończył seryję (XI-tu) ogólnych odczytów.

W tymże dniu Dr. Dobrzycki z Warszawy na oddzielnem posiedzeniu przemawiał w kwestyi urzędzenia na przyszłych zjazdach międzynarodowych lekarskich oddzielnej sekcji dla prasy lekarskiej. Projekt jednomyślnie przyjęto. Również na jednym z posiedzeń sekcyjnych, na wniosek prezydującego dr. Blasi z Rzymu i sekretarza dziennika pedyatrycznego Masiniego z Genui uchwalono utworzenie międzynarodowego Towarzystwa pedyatrycznego. Między innymi kol. Malinowski z Warszawy został wybrany do komisji, mającej na przyszłym kongresie przedstawić statut Towarzystwa.

Obecnie wypada mi rozpatrzyć rzeczywistą najważniejszą stanowczo część prac zjazdowych, mianowicie te, które na posiedzeniach sekcyjnych były wygłaszane, prace mniejszej lub większej doniosłości, nad którymi częstokroć niezwykle interesujące toczyły się debaty.

Ilość tych prac, jak już wspominałem we wstępie, była kolosalna, z tych lwia część przypadła w udziale, jak zwykle, miejscowym lekarzom, z których niektórzy odczytywali po kilka, kilkanaście, nawet kilkadziesiąt (30) prac.

Że nie zawsze jakość odpowiada ilości, nie potrzebuje chyba dodawać, również nie ulega wątpliwości, że ta kolosalna ilość komunikatów bynajmniej nie przyczyniła się do powodzenia naukowego zjazdu.

Chciałbym tu jednocześnie zwrócić uwagę na pewną, zdaniem mojem, niewłaściwość, która nadzwyczaj rażąco wystąpiła na ostatniem zjeździe, a którą bezwarunkowo należałoby na przyszłość usunąć: mam

tu na myśli odczytywynie prac, uprzednio już drukiem ogłoszonych. Również i kazuistyczne, zwłaszcza nie przedstawiające większego interesu, przypadki, nie nadają się, zdaniem mojem, na zjazdy międzynarodowe lekarskie.

Wszystko to wprawdzie powiększa znakomicie ilość komunikatów, stanowi jednak niepotrzebny balast, wpływa przytem ujemnie na powodzenie prac rzeczywiście wartościowych, które po prostu giną w powodzi innych, najczęściej miernych.

Za najodpowiedniejsze dla zjazdów międzynarodowych uważamy prace więcej ogólnej treści, poruszające kwestyje zwłaszcza na czasie będące, które ze względu na swoją żywotność są w stanie zainteresować szersze koło słuchaczy, pobudzając ich do wypowiedzenia swoich w tym kierunku uwag. Takie prace, takie dyskusyje najczęściej zarówno dla prelegenta, jakoteż dla słuchaczy, przynieść mogą korzyści, resp. przyczynić się do wyświeetlenia danej kwestyi. Wreszcie wszelkie prace eksperymentalne, kliniczne, bakteryjologiczne lub anatomo-patologiczne, poparte zwłaszcza odnośnemi demonstracyjami, również bardzo chętnie bywają słuchane. Chciałbym tu jeszcze poruszyć jedną kwestyę. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że na posiedzeniu naukowym zjazdów międzynarodowych lekarskich wpływa niezwykle ujemnie wielojęzyczność, ta istna wrażeń Babel, dzięki której zarówno wygłoszane prace, jako też dyskusyje nad nimi tworzą chaos, z którego mało kto jakąś korzyść wynieść potrafi.

Jeszcze pół biedy, jeżeli zjazd międzynarodowy odbywa się w 3-ch urzędowych językach (francuskim, niemieckim i angielskim), o wiele jednak gorzej się rzecz ma, jeżeli dołączyć wypadnie jeszcze jeden, miejscowy język, jak to np. było na ostatnim zjeździe, jak to będzie również na przyszłym.

A przecież zdaje się nic łatwiejszego, jak temu zaradzić przez wprowadzenie jednego normalnego urzędowego języka, w którym by prace i dyskusyje się toczyły. Takim językiem mógłby być np. francuski. Nie ja jeden takie desideratum stawiam, czyni to również Schwalbe w jednym z ostatnich numerów *Deut. Med. Woch.* Że do tego kiedyś dojdzie, ja ani chwili nie wątpię, a wtedy bezwarunkowo międzynarodowe zjazdy lekarskie o wiele więcej odpowiadać będą swemu celowi, będą o wiele pożyteczniejsze.

Rzecz prosta, że wobec tak olbrzymiej liczby odczytów w różnych sekcjach, ani mowy być nie może o streszczeniu ich na tem miejscu, tem więcej, że wiele z pomiędzy nich pod względem treści nie wytrzymuje najlżejszej krytyki, więcej zaś wartościowe prace będą z biegiem czasu w streszczeniu, pojawią się na szpaltach „Kroniki“. Zresztą, przyznać muszę, że nawet i materyjału by brakło, gdyż w jednym źródle, z którego mógłbym czerpać, t. j. w dzienniku zjazdowym, z wyjątkiem tytułów odczytanych prac, oraz nazwisk lekarzy, biorących udział w dyskusyi, brak jest choćby najpobieżniejszego streszczenia tych prac. Ograniczę się więc tu tylko

na podaniu tytułów naszych prac, z których niektóre potrafiły wzbudzić wśród obcych wielkie zainteresowanie.

W sekcji anatomicznej prof. Laskowski (z Genewy) demonstrował rzeczywiście znakomity własny atlas anatomiczny, który znalazł powszechne uznanie. W fizyologicznej prof. Cybulski (z Krakowa) demonstrował „Mikrokocymetr”, oraz z dr. Zanietowskim „nowy przyrząd do drażnienia mięśni i nerwów”, wreszcie z docentem Becke'm „zjawiska elektryczne w korze mózgowej małp i psów”. W dziale patologii ogólnej: prof. Bujwid (z Krakowa) „Metoda Pasteur'a i zmiany w komórkach nerwowych przy wściekłości”, oraz prof. Gluziński również z Krakowa „W sprawie patologii krwotoków płucnych”. W sekcji medycyny wewnętrznej. Mayzel z Warszawy „O oznaczeniu kwasu moczowego”, zaś w pediatricznej Malinowski „O zakażeniach mieszanych u dzieci”.

Najliczniej reprezentowana była laryngologia: Heryng przedstawił referat „o wskazaniu i leczeniu suchot krtani”, który wywołał ożywioną dyskusję, oraz odczytał (z demonstracją preparatów) rzecz „o iniekcjach płynów barwnych do płuc zwierząt i jam gruźliczych”. Sokołowski miał zajmujący odczyt „o przerostowym zapaleniu okolicy podgłośniowej”, Sędziak: „Przyczynę do etiologii t. zw. angina follicularis”, Przedborski (Łódź) „o skurczu histerycznym krtani”, wreszcie Tymowski z San Remo: „o znaczeniu elektrolizy w laryngologii”.

W sekcji chirurgicznej: Barącz (ze Lwowa) mówił „o chirurgii kiszek”; prof. Kosiński: „wyniki 800 laparotomii, dokonanych w szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie”; Stankiewicz: „o ranach postrzałowych pęcherza”. W sekcji okulistycznej: prof. Wicherkiewicz z Poznania mówił „o wrodzonych brakach dróg łzowych”; w sekcji dermatologicznej: Watraszewski „o działaniu kuracji merkurjalnych w okresach przymiotu czasowo (pozornie) ubiegłego.” W sekcji ginekologicznej prof. Mars (z Krakowa) demonstrował „plastyczne wzory operacyj ginekologicznych”, wreszcie w sekcji higieny: prof. Bujwid mówił „o filtrach”.

Dzień 5-ty kwietnia był dniem zakończającym prace zjazdowe. Prof. Baccelli, który pierwszy głos zabrał, z przyjemnością zaznacza, że powodzenie zjazdu przeszło pod każdym względem wszelkie oczekiwanie. Dziękując uczestnikom za przyczynienie się zarówno pod względem ilościowym jakoteż jakościowym do tego powodzenia, oznajmia, że na miejsce następnego XII-go międzynarodowego zjazdu lekarskiego wybrana została Rossya *).

*) Wprawdzie Hiszpanija w osobie swego delegata senatora Caro oświadczyła gotowość przyjęcia na swojej ziemi uczestników przyszłego zjazdu, to jednak ze względu, że Rossya już na poprzednim kongresie ustąpiła pierwszeństwa Włochom, propozycja Hiszpanii pozostała bez skutku. Prawdopodobnie jednak następny XIII-ty zjazd międzynarodowy lekarski odbędzie się w Hiszpanii.

Przemawiał następnie prof. Danilewsky z Petersburga, dziękując w gorących słowach, w imieniu przedstawicieli ruskiej nauki lekarskiej, za ten zaszczyt. Poczem po kolei w imieniu swoich rządów wygłaszali mniej lub więcej gorące podziękowania organizatorom zjazdu za serdeczne, pełne grzeczności przyjęcie—przedstawiciele różnych państw, a więc: Hassan Pascha Mahmond (z Egiptu) wyrażający nadzieję, że może kiedyś i na jego ojczyznę przyjdzie kolej na ten zaszczyt; Kerschensteiner (Niemcy), przedstawiciel Japonii (po włosku); Mac Cormac (Anglia); Laache Norwegia); Skliffasowski (Rosya); Fernandez Caro (Hiszpanija); Jacoby (Stany Zjednoczone); Holmyreen (Hollandya; Salomonsen (Dania); Laarsta (Meksyk); reprezentant Venerueli, Köcher (Szwajcarya), zakończył zaś Stokvis z Amsterdamu, poczem Baccelli urzędownie zamknął zjazd.

Tym więc sposobem XI-ty międzynarodowy zjazd lekarski należy do przeszłości. Czy i o ile odpowiedział on swojemu zadaniu?

Jak wiadomo, dwojaki jest cel cel zjeżdów międzynarodowych, przede wszystkim naukowy, a więc wspólne wspólne roztrząsanie ogólnych mniej lub więcej żywotnych kwestyi, przedstawianie najnowszych zdobyczy nauki etc. Na zjeździe między innymi Lister przedstawił po raz pierwszy swoją wielkopomną metodę przeciwnilnego leczenia ran, Pasteur zaś komunikował epokowe wyniki badań nad karbunkulem, Virchow wreszcie wygłosił słynną mowę w obronie wicekcyj etc.

Drugim, podrzędnym zresztą, celem zjazdów tych jest, że się tak wyrażę, cel towarzyski, zapoznanie się przedstawicieli różnych narodowości, zazwyczaj uprzednio z nazwiska doskonale sobie znanych, wspólne przyjemne przepędzenie czasu na zwiedzaniu osoblności danego miasta i okolie etc. Co się tyczy pierwszego punktu, t. j. strony naukowej ostatniego zjazdu, to starałem się powyżej kwestyję tą rozwiązać. Wspomniałem mianowicie, że jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że i w Rzymie wiele wygłoszono cennych odczytów, zarówno ogólnej, jakoteż i czysto specjalnej treści, to jednak w porównaniu z poprzednim — mam tu na myśli przede wszystkim zjazdu Berliński i Londyński—obecny zjazd, zdaniem mojem, pod tym względem nie może się z nimi porównać. O jednej z przyczyn tego faktu, mianowicie o niedopisaniu pierwszorzędnym firm naukowych, wspominałem już powyżej. Z drugiej zaś strony mniejsze zainteresowanie się stroną naukową ostatniego zjazdu, znajduje swoje wytłomaczenie w wyborze samego siedliska kongresu — Rzym, owe wieczne miasto, przedstawiające tyle pamiątek, tyle rzeczy godnych widzenia; przytem ta mnogość uczestników, z których wielu towarzyszyły damy, wszystko to nie mogło nie wpływać ujemnie na główny cel zjazdu, nie więc dziwnego, że po raz pierwszy cel towarzyski wyłonił się na pierwszy plan.

Czy cel ten również na ostatnim zjeździe został osiągnięty? Zdaniem mojem—tak. Wprawdzie w prasie lekarskiej, a także perjodycznej, pojawiły się zaraz po ukończeniu kongresu artykuły, niesłycha-

nie ostro krytykujące całą organizację ostatniego zjazdu, ba nawet zarzucające, jak to np. czyni jeden z korespondentów Deut. Med. Woch., komitetowi czyni wprost niemoralne, to jednak dziś, kiedy już upłynęły pierwsze chwile rozgoryczenia, po bliższym zastanowieniu przyjść musimy do przekonania, że zarzuty te do pewnego tylko stopnia mają słuszność. Nie zapominajmy o okolicznościach łagodzących— Rzym stanowczo nie był przygotowany na taki potop przyjezdnych, nie więc dziwnego, że komitet stracił poprostu głowę. Nie zapominajmy również, że Włosi wogóle najniższych nie posiadają zdolności organizatorskich, w czem np. celują Anglicy. Komitet robił wszystko co mógłoby powodzenie zjazdowi zapewnić, by obecnym pobyt w wiecznym mieście uprzyjemnić. Że zaś Rzymscy koledzy nie byli znowu tak niegościnni względem swoich gości, jak im to powszechnie zarzucają, świadczą o tem przedewszystkiem przyjęcia, w których uczestniczyły pewne grupy lekarzy i ich damy, a więc t. zw. sekcyjne (między innymi laryngologów; urządzono dwa takie, odznaczające się niezwykłą serdecznością, przyjęcia przez komitet laryngologiczny, jakoteż przez kolegów rzymskich), dalej przyjęcie przez Baccelle'go dla kilkudziesięciu wybitniejszych uczestników wydane; dalej śniadanie wyprawione w poliklinice przez komitet prasowy dla członków korespondentów zagranicznych etc.

Dalekim jestem od twierdzenia, że wszystko na ostatnim zjeździe odbyło się jak należy, bynajmniej, przyznając, że i tu były plamy, nawet o wiele większe niż na poprzednich zjazdach, nie należy jednak być, zdaniem mojem, zbyt wymagającym, ale należy uwzględnić okoliczności łagodzące. W tym mniej więcej duchu przemawia autor ostatnich korespondencji w tem samem Deut. Med. Woch., gdzie poprzednio autor, kryjący się pod inicjałami E. E., taką bezlitością pomieścił krytykę zjazdu.

Dodam tu jeszcze tylko, że dla nas specjalnie zjazd Rzymski pozostawi niewątpliwie jaknajmilsze wspomnienie.

Jan Sędziak.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Wł. Janowski. Przyczyny powstawania ropienia w świetle pojęć współczesnych. Przegląd Chirurgiczny T. I, zeszyt III.

W obec braku w literaturze podręczników patologii i chirurgii ogólnej zasługuje na wielkie uznanie wyżej pomieniona praca kol. Janowskiego, jako dająca nam dokładny obraz pojęć współczesnych o tym, tak obszernym, a zarazem jednym z najważniejszych, dziale patologii. Jak z istoty rzeczy samej wynika, praca ma kompilacyjny charakter, na każdym kroku znać jednak, że kompilację tą podał samodzielny badacz i doskonały znawca tej kwestyi. Nie możemy tu wchodzić w szczegóły tej obszernej (200 str., XLII spisu literatury)

i bogatej w treść pracy, co najwyżej możemy sobie pozwolić na naskikowanie w najogólniejszych słowach stanowiska, jakie w tej kwestyi autor zajmuje.

Ropienie nie jest niczem specyficznem, jest to tylko wyższy stopień zapalenia, które może nastąpić na skutek różnej natury, bądź chemicznych, bądź uorganizowanych bodźców, nb. zawsze w pewnych tylko warunkach. Ropienie pod wpływem chemikaliów, nie mając najmniejszego znaczenia w praktyce, ma znaczenie doniosłe w patologii, ponieważ jest jednym z faktów niezbiecie dowodzących, że i bodźce uorganizowane działają li tylko na skutek składu swego chemicznego (proteiny bakterji). Wywoływanie ropienia nie jest monopolem tylko t. zw. ropotwórczych bakterji (stapylococcus i streptococcus pyogenes); cały szereg innych chorobotwórczych, działających w innym sensie, lub nawet całkiem zwykle niewinnych bakterji może mieć ten sam skutek, nb. zawsze tylko w pewnych warunkach. Ponieważ i ropotwórcze bakteryje nie działają zawsze i wszędzie bezwzględnie ropotwórczo, a dla wywarcia swej działalności także potrzebują pewnych, mniej lub więcej dających się określić warunków, to ztąd właśnie wynika brak ich specyficznego, wyróżniającego je od innych drobnostrojów, charakteru.

Stosownie do warunków, zawartych bądź w naturze lub ilości wziętej do szczepienia kultury, bądź polegających na właściwościach zarażanego organizmu, bądź wreszcie w sposobach samego szczepienia (tk. podskórna, bł. surowicza lub bezpośrednio do krwi), każdy niemal z mających działanie ropotwórcze pasożytów może wywołać mniej lub więcej niewinne, ograniczone cierpienie miejscowe, lub też ciężkie objawy ogólne w postaci ropnicy lub posocznicy.

Stosunek ten miejscowego ropienia, resp. wywołujących je bakterji, do zachorzeń ogólnych znajdujemy u kol. Janowskiego obrobiony znakomicie, co wysoko stawia jego pracę pod względem praktycznym. Oprócz t. zw. specjalnie ropotwórczych kokków własności wywoływania ropienia (w pewnych tylko zawsze warunkach) kol. Janowski przyznaje jeszcze, jak wyżej wzmiankowaliśmy, kilkunastu innym pasożytom (strept. erysip, pneumoc. Fraenkel - Weichselbauma, bac. typhi, gonococc, b. coli etc.), nie uważając naturalnie tej listy za zamkniętą. Zakażenia mieszane znalazły także u kol. Janowskiego należyte uwzględnienie zarówno z praktycznego, jak i teoretycznego punktu widzenia. Jako szczególnie ważną zaletę pracy odnotować musimy ściśle na każdym kroku odróżnienie tego, co już za fakt dostatecznie ustalony przyznać należy, od tego, co jeszcze w danym punkcie potwierdzenia, nawet dalszych wyjaśnień, potrzebuje.

Z tego względu praca kol. Janowskiego nie jest bez wartości nie tylko dla lekarzy praktyków, ale i dla chcących na danym polu pracować eksperymentalnie, gdyż wskazuje im liczne temata do prac.

Na zakończenie podnieść musimy wielką jasność, zwięzłość i potoczność wykładu. Dawno nie mieliśmy w rękach książki, któraby tak łatwo czytać się dała. Wylizać pewnych małych niedokładności

(np. Pfeffer zamiast Pfeifer, Paryż zamiast Lyon), lub błędów korektorskich (których zresztą jest niewiele), uważamy za małąstkę w obec wyżej wymienionych zalet pracy; co do niedomówień lub niejasności wykładu, które rzeczywiście by wartość rzeczy obniżały, to nie znajdujemy ich w całej pracy prawie wcale. Z braku tych wad okazuje się, że kol. Janowski musi znać swój przedmiot doskonale, skoro umiał go wszędzie tak jasno i zrozumiale przedstawić. Pod tym względem możemy autorowi jedną tylko wytknąć usterkę: oto, dla czego na str. 356 (50-ta w odbitce) mówiąc o mechanizmie ropienia nie wyjaśnił bliżej, w jaki sposób ropotwórcze bakteryje wywołują zmiany w śródbłonku naczyń tkanek, w które przeniknęły. Przy omawianiu mechanizmu ropienia wyjaśnienie takie byłoby bardzo na miejscu, tem bardziej, że te właśnie zmiany w śródbłonku, wywołując zakrzep w naczyniach i nekrozę w tkance, są, według kol. Janowskiego, punktem wyjścia całej sprawy ropnej. Jak już wyżej nadmieniliśmy jest to jedyne w całej pracy kol. Janowskiego niedomówienie i głośno wyrażone twierdzenie.

Zakończyć musimy niniejsze sprawozdanie komplementem pod adresem wydawcy Przeglądu Chirurgicznego, który tak pięknymi pracami zaznacza pierwociny swej wydawniczej i redaktorskiej działalności.

Praca kol. Janowskiego wyszła i w osobnej odbitce (skład główny u Wendego, cena rs. 2 kop. 50).

W tych dniach wyszedł i przekład niemiecki u G. Fischera w Jenie.
Dzierżawski.

Bączkiewicz. Leczenie dyfterytu u dzieci. Odczytów klinicznych serya VI, zeszyt 4. Warszawa 1894.

W obec niezwykłej częstości u dzieci i w obec niedość jeszcze ustalonych pojęć odnośnie do racjonalnego leczenia tego cierpienia, ogłoszenie przez Redakcję Gazety powyższego odczytu kol. Bączkiewicza, uważać należy za bardzo szczęśliwy pomysł tem więcej, że, jak to poniżej przekonamy się, autor wywiązał się ze swego zadania ze wszechmiar zadawalniająco.

Po krótkich uwagach nad etylogią błonicy, na podstawie najświeższych prac z dziedziny bakteriologii, zaznaczywszy specyficzność Klebs-Loefflerowskiego lasecznika, jakoteż udział ropnych drobnoustrojów w sprawach dyfterytycznych infekcyi, autor przechodzi ad medias res, t. j. do leczenia dyfterytu u dzieci.

Dwa główne cele ma przed sobą lekarz w leczeniu tego cierpienia: 1) powstrzymanie (hamowanie) rozwoju samej sprawy, oraz 3) zabezpieczanie od zakażenia wtórnego—to ostatnie drogą ustawicznego i dokładnego odkażania jamy ustnej i gardzielowej. Co się tyczy punktu pierwszego, to autor słusznie zwraca uwagę na szkodliwość metody, niestety bardzo u nas jeszcze rozpowszechnionej, mianowicie pędzlować środkami antyseptycznymi. Wszak błona rzekoma jest prosto objawem reakcyjnego zapalenia, czemś w rodzaju samo-

obrony ustroju. Przez forsowne usuwanie takich błon, ułatwiamy po prostu wdzieranie się innych pasożytów, mianowicie ropnych, wywołujących wtórną infekcję (forma septyczna dyfterytu). Wreszcie niezapominajmy, z jakimi to technicznymi trudnościami połączonym jest usuwanie błon u małych dzieci, u których główną zasadą w leczeniu powinno być „nie męczyć“, jak to między innymi słusznie zaznacza prof. Jacoby, znany pedyjatra z New-Yorku, na ostatnim zjeździe w Rzymie w odczycie, zatytułowanym „non nocere“. Inne metody stosowania środków antyseptycznych, jako to płókania (u starszych dzieci), lub szprycowanie (u małych), dalej bardzo skuteczny i łatwy nawet u najmniejszych dzieci dający się wykonać rękoczyn, tj. wdmuchiwanie (insuflacja) proszków (np. jodoformu), wreszcie wziewanie (inhalacja) lub rozpylanie (pulweryzacja), wszystko to najzupełniej jest wystarczającym przy leczeniu dyfterytu u dzieci.

Nie indyferentnym jednak jest, jakie środki antyseptyczne stosować będziemy i w jakim stężeniu

Kwas karbolowy, a więcej jeszcze sublimat, jak to słusznie autor zaznacza, stanowczo nie nadają się przy leczeniu dyfterytu, zwłaszcza u małych dzieci, w słabych bowiem rozczywnach nie posiadają dostatecznych własności antyseptycznych, w zbyt silnych zaś, jak to jest powszechnie w użyciu, zbyt silnie niszcząco na tkanki działają, przynosząc więcej szkody, niż pożytku małym pacjentom. Odnośnie do sublimatu nie należy również zapominać o możliwości zatrucia, jak to autor w jednym przypadku miał sposobność zauważyć.

Preparaty iodowe (jod, jodoform) posiadają wszystkie zalety (z wyjątkiem smaku), dzięki którym, według autora, zasługują na jaknajwiększe zastosowanie w praktyce dziecięcej. Przedewszystkiem jod w słabych już stężeniach wywiera dostateczne działanie antyseptyczne, przytem, jako preparat lotny, dokładniej przeniknąć może we wszystkie zagłębienia, niewidzialne dla oka, w których bardzo często umiejscawia się sprawa błonicowa. Przytem, co również na zaznaczenie zasługuje, środek ten, tak jak go autor np. stosuje (do szklanki kwasu borowego parę kropel nalewki jodowej) bardzo dobrze bywa przez małe dzieci znoszony.

I tu jednak należy unikać zbyt silnych rozczywnów, parą odnośnych spostrzeżeń z praktyki autora objaśnia szkodliwość takowych. Następnie autor rozpatruje pokrótce najnowsze metody lecznicze, nie przesądzając ich pożyteczności, słusznie jednak zaznaczając, że więcej są one jeszcze na teoretycznych oparte dowodach, aniżeli na bezpośredniej klinicznej obserwacji.

A więc rozbiera metodę Behring'a (surowica lecznicza), dalej antydyfterynę Klebs'a, wreszcie leczenie dyfterytu za pomocą szczyptień róży.

Bardzo obszernie rozbierane są, bez kwestyi najważniejsze w leczeniu tego cierpienia, ogólne przepisy, mające na celu postawić organizm w warunkach jaknajwięcej przyjaznych do wyjścia zwycięzko w walce z bakteryjami, oraz ich produktami.

A więc na pierwszym miejscu stawia kwestyję odpowiedniego odżywiania. Mleko uważa za najodpowiedniejszy środek odżywczy u dzieci. Mięsa, a zwłaszcza wyskoku radzi unikać; ten ostatni zbyt pobudzająco działa na system nerwowy. Na dobre przewietrzanie mieszkań kładzie szczególny nacisk, zwalczając bardzo wśród naszej publiki rozpowszechniony przesąd, co do przeziębienia się. Również słusznie powstaje na zamęczanie po prostu dzieci zbyt pedantycznym wykonywaniem zaleceń lekarza (budzenie w nocy etc.), na co niestety sami lekarze nie zawsze zwracają dostateczną uwagę. Ze środków wewnętrznych zaleca natrium benzoicum, salol, najmniej zaś chininę.

Zdziwiło nas, i to jest jedyny zarzut, jaki pracy kol. Bączkiewicza możnaby uczynić, zupełne pominięcie powikłań, przynajmniej ważniejszych, jak spraw krtaniowych etc. Dla czytelnika nie byłoby obojętnem dowiedzieć się, jakie jest zdanie autora, co do wartości leczniczej intubacji, którą, jak wiadomo, jedynie tylko u nas w praktyce stosuje.

Prawdopodobnie autor nie chciał rozszerzać zbytnio rozmiarów „odezytu“, a może nie uważał za stosowne powtarzać tego, co już w innym miejscu w kwestyi intubacji wypowiedział.

Jeżeli obecnie zechcemy streścić nasze wrażenie po przeczytaniu odzytu kol. Bączkiewicza, to wyznać musimy, że jest on pisany niezwykle zajmująco, jasno, zwięźle, z uwzględnieniem przedewszystkiem strony praktycznej kwestyi, przyczem na zaznaczenie zasługuje stanowisko trzeźwe, umiarkowane, jakie autor zajmuje w ocenianiu środków, oraz metod antyseptycznych, stosowanych w ostatnich czasach zbyt gorliwie, li tylko na podstawie teoretycznych rozumowań.

Jesteśmy pewni, że każdy z lekarzy praktyków z prawdziwą przyjemnością, a zarazem korzyścią przeczyta odezyt kol. Bączkiewicza.

Jan Sędziak.

WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

127. Herman G. Klotz wypowiada następujące zdania co do istoty przymiotu:

1). Przymiot, podobnie jak to widzimy w ostrych wysypkowych chorobach, wywołują pasorzyty. Objawy miejscowe pierwszego i drugiego okresu powstają właśnie pod bezpośrednim ich wpływem.

2). Ogólne objawy, towarzyszące okresowi wylegania i drugiemu okresowi choroby, należy przypisać wpływom specyficznych toksyn.

3). Pasorzyt ten bywa usunięty z ustroju, lub też ginie w nim po pewnym czasie; dzieje się zaś to albo dzięki swoistemu leczeniu, albo pod wpływem pewnych chemicznych produktów, wydzielonych przez same pasorzyty, albo wreszcie z prawa wrodzonych ich

własności. Być również może, że ten pierwszy rodzaj pasorzyta przechodzi w jakąś inną odmianę, lub też daje z siebie nowy gatunek.

4). Nowopowstałe tą drogą pasorzyty mogą pozostawać w ustroju przez nieograniczenie długi czas w stanie ukrycia lub uspienia, dopóki jakaś uboczna przyczyna nie pobudzi ich do czynnego życia.

5). Ten nowy pasorzyt wywołuje objawy właściwe trzeciemu okresowi choroby, ale wyłącznie objawy o charakterze cierpienia miejscowego, gdy przeciwnie — przewlekłe cierpienia organów wewnętrznych, tabes, paralysis, i t. p. powstają pod wpływem toksyn, wyprodukowanych przez pasorzyta z pierwszego okresu.

6). Nowopowstały pasorzyt daje się również przeszczepić i wywołuje wtedy odrazu miejscowe objawy, właściwe trzeciemu okresowi choroby.

7). Wobec tego można przypuścić, że zmiany u chorego, które przypisujemy trzeciemu okresowi, mogą powstać odrazu wskutek bezpośredniego przeniesienia odpowiedniego zarodka, bez poprzedzających dwu pierwszych okresów. Jest to wprawdzie dotychczas kwestya, ulegająca z wielu stron stanowczemu zaprzeczeniu, przemawia wszakże za takim przypuszczeniem, zdaniem autora, dziwna mnogość przypadków, w których chorzy zgoła nie wiedzą o dwu pierwszych okresach choroby, a to dla tego prawdopodobnie, że tych okresów zgoła nie przechodzili ¹⁾.

Fr. G—yć.

128. Wrzekome zwięzienia cewki moczowej. Tompson (powaga w tych kwestiach) nie przyznaje, żeby mogło powstać zwięzienie cewki wprost wskutek skurczu mięśni, inni twierdzą przeciwnie. A. Peyer (Allg. med. C.-Zeit.) przytacza 4 przypadki z własnej praktyki, w których były rozpoznane przez lekarzy zwięzienia cewki tam, gdzie ich w istocie nie było. Zdaniem autora w tych razach mamy do czynienia z podrażnieniem cewki, wywołanem rzeźączką lub też nadużyciem płciowem. Przy tych warunkach bardzo łatwo może wystąpić skurcz mięśni, zwłaszcza zwieracza cewki (musc. compress. urethrae) i doprowadzić nawet do zupełnego zatrzymania moczu. Ażeby w przypadkach takich uniknąć błędów i poznać istotny stan rzeczy, należy przedewszystkiem uwzględnić wywiady: jeżeli zwięzienie powstało bez poprzedzającej rzeźączki, jeżeli mocz chorego nie jest mętny i nie zawiera masy nitek, jeżeli sam chory neurastenik albo wyniszczony nadużyciem uciech płciowych, to prawdopodobnie mamy do czynienia tylko ze skurcem mięśni. Tacy chorzy, dodaje autor, nie są zwykle w stanie oddać moczu w obecności innych osób. Przy użyciu sondy, należy uspokoić chorego, polecić przed badaniem kąpiel ciepłą, następnie użyć odrazu sondy grubszej. Jeżeli przy wkładaniu nb. delikatnem i powolnem napotkamy przeszkodę, należy chwilę przeczekać i dopiero wtedy próbę znowu powtórzyć. Znieczulenie wreszcie ogólne lub miejscowe będzie najlepszą pomocą przy rozstrzygnięciu wątpliwości.

Fr. G—yć.

1) Porówn. Giedroyć „Istota przymiotu“ Kron. Lek. r. 1893

129. R. Hirsch ogłasza przypadek otrucia się wskutek wewnętrznego użycia chloroformu: 39-letni chory, potator, dotknięty pleuropneumonia dextra, przez pomyłkę, zamiast przepisanego mu lekarstwa, wypił 2 łyżki linimenti Chloroformii (= Chloroformium — Ol. olivarum ana), co odpowiada 18,0 g. chloroformu. W 2—3 minuty potem chory upadł nieprzytomny na ziemię; stan bezprzytomności trwał 8 godzin i tylko pod dwoma względami różnił się (nieznacznie) od tego, jaki zauważyć się daje przy zwyczajnej narkozie: 1) kompletny brak było okresu pobudzenia, którego jednak należało się spodziewać u potatora i 2) wystąpiły objawy silnego zastoju żylnego (wybitna sinica warg i policzków), co zmusiło H. do wykonania upustu krwi. Otrucie to, które zresztą zakończyło się pomyślnie, wywołało obostrzenie pleuropneumoniae. W moczu białka ani cukru H. nie wykrył. Chory twierdził, że przy połykaniu nie miał uczucia nieprzyjemnego ani palenia w ustach (był przytem przyzwyczajony do mocnych trunków). Notowanych w literaturze przypadków otrucia przez użycie wewnętrzne chloroformu zebrał H. do 30. (Zeitschr. f. kl. Med., B. 24, H. 1 u. 2, S. 190—201).
J. W.

130. Drgawki u małych dzieci ze względu na niespodziewane wystąpienie, gwałtowne objawy i przerażenie, jakie wywierają na rodziców, należą do przypadków nagłych, niecierpiących zwłoki, które każdy lekarz leczyć powinien. Ze względu na gwałtowność przypadku niema czasu w poszczególnym razie na odsyłanie do specjalisty, ani terapeutyczne refleksyje, dla tego też uważamy za stosowne powtórzyć za G. de Hopitiaux (Nr. 23 z r. z.) wskazania, jakim Simon przy napadzie drgawek u dzieci zadość uczynić radzi, a które wyróżniają się wielką jasnością i ścisłością:

1). Opróżnienie kanału pokarmowego: $\frac{4}{5}$ drgawek u dzieci zależą od niestrawności. Podczas samego napadu trudno dziecku dać na wymioty, lub przeczyszczenie, dla tego na razie trzeba ograniczyć się obfitą lewatywą z letniej wody, z dodaniem oliwy, gliceryny, soli, co się ma pod ręką. Po przejściu drgawek należy dać na wymioty.

2). Uspokoić system nerwowy. Ponieważ trzeba działać prędko, należy dać do wdychania eter, albo nawet chloroform. Po zwróceniu przeczyszczającej lewatywy należy dać enemę z chloralu (0,50 na 60,0 wody) z dodaniem kilku kropli traie moschi; 0,50 chloralu dla dzieci od 3 do 6 miesięcy, 9-cio miesięcznym chloralu 0,75, jednorocznym do 1,0. Nie należy całej ilości wlewać odrazu, a małemi porcjami, aby te były napewno zatrzymane i zrezorbowane. Następnie można dać co godzinę lub co pół godziny po łyżeczce następującą miksturę:

Natrii bromati 1,00
Trae moschi gtt. XX
Syrupi aetheritel. sulph. 8,00 (1 cz eteru na 16 cz.
syrupu, 1 cz. alkoholu i 2 cz. wody).
Syrupi flor. aurantior 30,00
Aquae tiliae 100,00.

Jednocześnie z lawatywą i miksturą, podawać dalej eter lub chloroform, jeżeli zachodzi potrzeba.

3). Rewulsja na skórę w napadach szczególnie uporczywych. Kąpiele z gorczycą, wezykatorja na kark.

4). Wskazania przyczynowe: tu należy wymiarkować, czy po za niestrawnością lub zatwardzeniem niema innej jakiej przyczyny, od której mogłyby zależeć drgawki, jak to: ranki, oparzenia, ciała obce w nosie lub w uchu, zatrzymanie moczu, przepukliny, zatrzymanie jądra w kanale pachwinowym, etc. Najważniejsze są drgawki mocznicowe. W razie takich, trzeba zastosować środki następujące: 1) bańki na okolicę nerek; 2) sucha wanna; 3) pijawki za uszami 4) w formach ciężkich i uporczywych, nie bacząc na anemię, upust krwi.

Lekarz podczas napadu nigdy nie powinien chorego opuszczać i pieczę nad nim powierzać rodzinie, która jego rozporządzenia zawsze poprzekręca.

Przy takim postępowaniu skutek zawsze będzie pomyślny, exclusive drgawki (ultimes) agoniczne w ciężkich chorobach kanału pokarmowego, chorobach infekcyjnych lub asfiktycznych (krup, bronchopneumonia).

Po skończonym napadzie należy się obawiać powtórzenia, szczególnie w moczniccy, o ile nie nastąpi wkrótce obfite wydzielanie moczu.

Dz.

131. Glicerynę do opatrunków zaleca Dr. Fedoroff, (Mercredi Méd. Nr. 7. 1894), a to ze względu na wielkie jej własności hydrofilne, przy zupełnej nieszkodliwości pod względem toksycznym. Jak wykazuje doświadczenie żadne antiseptica nie są w stanie ochronić rany w zupełności od drobnostrojów; Flark i Laur znajdowali drobnoustroje zarówno pod opatrunkami anty — jak i aseptycznemi, przemywanie ran płynami antyseptycznemi coraz bardziej ulega zapomnieniu. Dobry odpływ wydzielin z ran lub ropni jest najpierwszym warunkiem dobrego i prędkiego zagojenia. Z tego to względu właśnie gliceryna jest niocenioną, gdyż posiadając wielkie własności hydrofilne, dobrze wsysa wydzielinę. Stosuje F. glicerynę w postaci zmaczanych w niej kompresów lub tamponów z gazy wyjałowionej. Otrzymywał dobre wyniki zarówno w operacjach, mogących się zagoić per primam, jak i w sprawach ropnych. Opatrunki glicerynowe zaleca również i w sparzeniach.

Dz.

132. Dr. Alfonsi zaleca siarczan chininy do gojenia ran septycznych. Autor używał w tym celu 1⁰/₀ roztworu. Rany szybko się oczyszczały i goiły prędzej aniżeli pod sublimatem lub jodoformem. Również dodatni wpływ wywierała chinina na rany nie septyczne. (Journ. de Méd. № 37, 1894).

H. K.

133. Leczenie gruźlicy stawów sposobem Biera było w d. 5 listopada przedmiotem dyskusji w berlińskim Towarzystwie chirurgów z powodu demonstracji Zellera (D. M. Woch. 9. 94). Zeller jest gorącym zwolennikiem sposobu Biera. Bardeleben zachowuje się wyczekująco,

a Rother, niezaprzecząc możliwości dobrych wyników w pewnych przypadkach, ostrzega, że w innych konstrykcja może się przyczynić do ostrego zropienia stawu, co raz obserwował. *Dz.*

134. **Pilokarpinę przy zapaleniu płuc** krupowem podskórnie stosował Sziklai z bardzo dobrym rezultatem w 40-tu wypadkach — zaleca również i do wewnątrz razem z antypyryną. Skraca i łagodzi przebieg. (Wien. Med. Presse 1894 № 4). *K. Wisłocki.*

135. **Pasożytnicze pochodzenie płasawicy** (chorea), przypuszczane dotychczas teoretycznie, znalazło wreszcie potwierdzenie. Dr. Giuseppe Pianese znalazł w krwi płasawicznch chorych lasecznika, który, zaszczerpiony królikom, daje typowy obraz płasawicy. (Revue de Méd. 1894, № 7). *K. Wisłocki.*

136. S. Bernheim (z Paryża) poleca przeciw nocnym potom u suchotników zastrzykiwanie podskórne następującego płynu:

Rp. Acidi salicylici	2,0
Aqu. destil	10,0
Spir. vini	6,0
Glycerin. neutr.	4,0

zastrzyknięcie w ilości 2 c. sz.=0.2 kwasu salicylowego, należy robić bezpośrednio przed pójściem do łóżka. Powtarzanie zastrzyknięć w ciągu 4—5 dni wystarcza do zwalczenia najbardziej opornych potów. (W. Pr. 19). *(H.)*

137. Dr. Liégois podnosi znaczenie wysokich dawek będzwinian sodu przy zapalnych cierpieniach gardzieli połączonych z bólem i utrudnieniem łykania. Dzieciom należy dawać 5.0, dorosłym 10.0 do 15.0 grm. dziennie. Dobre działanie widział też L. przy Laryngitis crouposa, za to żadnego w dyfteryie. W połączeniu z tanniną okazuje dobre usługi w morbus Brighti.

Rp. Natrii benzoici	
Tannini ana 5.0	
Extr. Gentianae 9.3 ut. p. № 100	
3 razy dziennie po 2 pigułki.	

Podawany w małych dawkach kwas będzwinowy przeistacza nierozpuszczalne sole moczanowe na rozpuszczalne sole kw. hippurowego i sprzyja ich wydalania się na zewnątrz. Liegois uważa też omawiany kwas za pierwszorzędną środek pobudzający wydzielanie się żółci. Zapisuje go w tym celu w następującej postaci:

Rp. Natrii benzoici	
Natr. salicylici	
Pulv. r. Rhei ana 6,0	
Pulv. nucum vom. 2.0	
Mfp. div. in p. aeq. № XX	

S. 2 razy dziennie po 1 proszku. (D. M. W. 10) *(H.)*

KRONIKA MIESIĘCZNA.

— Kolonije letnie mają na rok bieżący 1,800 kandydatów do wysłania. Sympatyczna instytucja odwołuje się do całego ogółu o poparcie jej w tak pożytecznem usiłowaniu (składki i ofiary, o ile można w połowie czerwca na ręce skarbnika, dyrektora Czajewicza, Włodzimierska 21). W jednym z N-rów przeszłego roku zaznaczyliśmy, jakie stanowisko powinni by w tej kwestyi zająć lekarze, dziś podajemy tylko powyższe przypomnienie do wiadomości Sz. kolegów, uważając ich za naturalnych niejako protektorów i popularyzatorów zadania Kolonji Letnich.

— Na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. w d. 15 maja miało miejsce uroczyste odsłonięcie portretu sekretarza stałego Towarzystwa prof. Brodowskiego, przeznaczonego uchwałą Towarzystwa do zawieszenia w sali posiedzeń. Odpowiednią przemowę miał prezes prof. Baranowski. Portret pendzla Badowskiego wiernie odtwarza rysy szanownego profesora.

— Współpracownik nasz kol. Steinhaus został zaproszony przez komitet organizacyjny tegorocznego (8-go) zjazdu międzynarodowego higienistów i demografów do opracowania i przedstawiania w sekcyi bakteriologii chorób zakaźnych referatu w kwestyi pasorzytniczej teorii pochodzenia raka. Zjazd odbyć się ma w Peszcie w pierwszych dniach Września b. r.

— Kol. Ludwik Krauze otrzymał stopień doktora medycyny w Jurjewie (Dorpacie) po obronieniu rozprawy pod tytułem: „w kwestyi tracheotomii przy prostym i dyfterytycznym krupie u dzieci.“

— W roku 1893 było, według dat urzędowych, w Warszawie 690 lekarzy (w tem 314 na służbie rządowej), 49 weterynarzy, 61 dentystów, 413 felerzerów, 72 uczniów, 22 masażystów, 215 akuszerek, 47 aptek (Zdrowie 1894, III).

— Koledzy Wł. Garliński i M. Kępiński otworzyli przy ulicy Bielańskiej Nr. 18 specjalny zakład dla chorych na oczy. Oplata wynosi w oddzielnych pokojach wraz z opłatą lekarską od 2 do 4 rs., w salach wspólnych po 1 rs. 50 kop., operacyja oplaca się oddzielnie. Oprócz tego przy zakładzie istnieje będzie ambulatoryjum za opłatą 30 kop.

— W tegorocznym sezonie kuracyjnym powstał nowy zakład leczniczy w Otwocku staraniem miejscowego lekarza kol. Geislera. Leczenie wodą, kumysem, dyetetyką, masażem. Konsultantem zakładu jest kol. Chełmoński, w chorobach kobiecych porad udziela kol. Staniszewski.

— Dwudzieste pierwsze sprawozdanie Towarzystwa opieki szpitalnej dla dzieci w Krakowie roku 1893 przedstawia dane, dotyczące działalności i rozwoju dwóch instytucyj, pozostających pod kierunkiem prof. Jakubowskiego. I. W szpitalu Św. Ludwika dla dzieci

(120 łózek) w ubiegłym roku leczono dzieci starszych 1035 (1—11) i ssawców 268), ambulatoryjnie 4,912 dzieci, ośpę szczepiono 59 dzieciom. Średni czas pobytu jednego chorego wynosił 27 dni. II. W lecznicy dla dzieci skrofulicznych w Rabce udzielono pomocy 78 dzieciom! Liczny napływ kandydatów do rzezczonej lecznicy wywołał potrzebę jej powiększenia, na co, dzięki staraniom Towarzystwa opieki szpitalnej, otrzymano subwencyję z funduszków krajowych. W ciągu roku bieżącego w lecznicy w Rabce zbudowany będzie nowy pawilon.

— Radca tajny i honorowy leibmedyk, dr. J. Bertenson, został mianowany rządowym komisarzem kaukaskich wód mineralnych, z pozostawieniem w godności honorowego lejbmedyka i członka rady komitetu weterynaryjnego.

— Osoby, udające się do wód Kaukaskich, korzystać mogą ze znacznych ulg na kolejach, które od zwykłej opłaty ustępują 30%. Opłatę należy jednak składać z góry na drogę tam i z powrotem. Warszawa wymieniona jest również pomiędzy stacyami, na których bilety ulgowe będą (od 27 kwietnia do 31 października) wydawane (J. R. M. G. 15).

— Jak donosi Wracz (№ 14) w Departamencie Lekarskim wysadzona została komisya w celu opracowania projektu o *licencyjantach*, t. j. o lekarzach o niższym stopniu ogólnego i specjalnego wykształcenia dla prostego ludu. Należy się spodziewać, mówi wspomniane pismo, że projekt ten, mogący wywrzeć ogromny wpływ pod każdym względem na medycynę i lekarzy w państwie, nie przejdzie na rozpatrzenie do wyższych sfer rządowych, zanim nie orzekną o nim kompetentne osoby i instytucyje. Należałoby opracowany projekt ogłosić drukiem, aby prasa oraz wszystkie Towarzystwa lekarskie mogły wyrazić o nim swe zdanie. Byłoby grzechem rozstrzygać i przeprowadzać tak ważne sprawy jedynie na drodze kancelaryjnej.

— Dr. Sotolongo z Hawany podaje przypadek wyleczenia 9-dniowego dziecka z feźca salicylanem sodu. Zwykłe środki: brom, chloral pozostały bez skutku. Autor podawał salicyl dwa razy na dzień po 0,1. (La Sem. Mid).

— Zmarł Dr. Cresco, były profesor fakultetu paryskiego; wykładał chirurgiję, oftalmologiję. Dzięki jego staraniom otwartą została katedra historyi medycyny przy fakultecie med. paryskim.

— Profesor szkoły weterynaryjnej we Lwowie dr. H. Kadyi został mianowany zwyczajnym profesorem fakultetu lekarskiego we Lwowie.

— Prof. radca tajny Virchow otrzymał od króla włoskiego wielką wstęgę orderu Maurycego i Wawrzyńca.

— Z inicjatywy pewnego posła pruskiego minister oświaty zaprosił kilku profesorów, aby mieli dla izby panów i izby poselskiej odczyty w ważnych kwestyjach, dotyczących higieny publicznej. Pierwszą lekcję miał prof. Finkler z Bonn „O roli higieny z punktu widzenia ekonomji politycznej“, drugą prof. Fraenkel z Marburga

„Usługi bakteriologii w kierunku praktycznym.“ Lekcyje te cieszyły się wielkim powodzeniem, asystowało wielu ministrów i wyższych urzędników wojskowych i przedstawicieli wyższej administracji. Zapowiedzianą jest jeszcze lekcyja prof. Rubnera z Berlina „O zasadach budownictwa i urządzania szpitali“, poczem ma nastąpić zwiedzanie szpitali: Charité i Urban.

— Pogrzeb Brown-Sequard'a, zgodnie z życzeniem zmarłego, odbył się bez zwykłych ceremonij i pompy. Trumnę odprowadzili wybitniejsi przedstawiciele nauki, prasy i administracji, nie było jednak ani jednej mowy, ani jednego wianka.

— Ks. Kneipp wezwany do Rzymu w celu leczenia Ojca Świętego, nazaczył mu zimne okłady na kolana i na kark. Następstwa tego leczenia były jednak (jak donosi Medical Record) bardzo niefortunne: dostojny chory silnie się przeziębził i kolana mu obrzękły; cudowny pater Kneipp musiał ze wstydem opuścić wieczne miasto. Większy zapewne wstyd, pisze Wracz (17), był stąd dla tych, którzy, zajmując wysokie stanowisko, obowiązujące do poważnego wykształcenia i poważnego traktowania rzeczy, mogą wierzyć tego rodzaju cudownym lekarzom i powierzać im lekkomyślnie zdrowie i życie.

— Dr. L. Pfeiffer, asystent instytutu higienicznego w Monachium i prywat-docent uniwersytetu powołany został na stanowisko profesora higieny do Rostoku na miejsce zmarłego Uffelmana.

— Dr. Arenderli (Correspondbl. f. Schw. Cer. Nr. 23, 1893) podaje losy połkniętej szpilki. 11-tygodniowe dziecko połknęło szpilkę, która, bez żadnych przypadłości, po 25 godzinach wyszła wraz z wolnym stolcem. Szpilka miała 22 Mm. długości. Autor przypuszcza, że szpilka musiała być połknięta główką naprzód; w ten sposób przebyła cały przewód pokarmowy i w skutek tego wypadek ten żadnych złych następstw za sobą nie pociągnął.

— Komissya Kazańskiego Uniwersytetu złożona z profesorów Dogiela, Zaseckiego i Lewaszowa wysadzona w celu orzeczenia o działaniu t. zw. ziół Kuzmicza (ephedra vulgaris) wydała następującą opinię: 1) w jagodach ephedrae vulgaris znajduje się silnie działający alkaloid (ephedrin); 2) siarczan tego ciała rozszerza żrenicę, wywołuje znaczne zwolnienie czynności serca, z początku podnosząc, następnie zniżając siłę pojedynczych skurczów, obniża ciśnienie krwi, przez zmniejszenie napięcia naczyń. Infuso-decoctum jagod (zbieranych w Samarskiej gubernii) działa w taki sam sposób; 3) W ostrym i przewlekłym gościecu działanie infuso-decocti ephedrae nie sprawdza się, a w każdym razie ustępuje wiele znanym dotąd środkom (Natr. salicyl.).

Komissya orzeka wogóle, że lecznicze działanie ephedrae, środka mało znanego, a bynajmniej nie obojętnego, nie odpowiada ogromnej jego popularności, która zależy jedynie od różnego rodzaju reklam. Polecać środka tego Komissya nie może. (Wracz. 15).

Niedawno jedno z naszych pism codziennych wspominało o wy-

mienionej komissyi, zaznaczając, jakoby zdanie jej uzasadniało sławę tego cudownego środka.

— Pod redakcją Verneuil'a, Bouchard'a, Chauveau i wielu innych zaczęło wychodzić w Paryżu pismo p. t. *Revue de la Tuberculose*. Pismo wychodzi co kwartał, i zbierać ma w postaci oryginalnych artykułów lub referatów wszelki materyjał, dotyczący gruźlicy zarówno chirurgicznej jak i wewnętrznej pod względem klinicznym, eksperymentalnym i higienicznym. Cena pisma rocznie wynosi 12 fr., z przesyłką pocztową 15.

Rocznik z r. 1893 zawiera str. 400.

— Pierwszy termin VII-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie został zmieniony, odbędzie się od 23 do 26 lipca. Celem zapewnienia mieszkań przyszli uczestnicy zjazdu mają się zwracać do wydziału gospodarczego pod adresem dr. Madurowicza (ulica Wałowa 31) lub dr. Dunikowskiego (Uniwersytet). Wkładka dla członków wynosi zlr. 10 (na ręce podskarbiego d-ra Bylińskiego we Lwowie). Wkładka daje prawo do bezpłatnego otrzymywania: a) egzemplarza Pamiętnika Zjazdu, b) biletu wstępu na wystawę, c) biletu na przedstawienie w teatrze, d) udziału w bankiecie, e) medaljonika pamiątkowego.

PRZEGLĄD PRAC ORYGINALNYCH,

pomieszczonych w pismach polskich

w miesiącu Kwietniu 1894 r.

1. *S. Sterling*. Laborde'a zabieg ożywiania pozornie zmarłych (Med. Nr. 11).
2. *W. Biegański*. Uwagi nad dusznicą bolesną (Med. 13, 14, 15, 16).
3. *N. Groszlik*. Przyczynki do fizjologii zrazów czołowych (Med. 13, 14, 15, 16).
4. *W. Sękowski*. W sprawie operac. leczenia wrodz. całk. zarośnięcia błony dziewiczej (Med. 17).
5. Dr. med. *A. Kozerski*. Nowy skaryfikator (Med. 17).
6. *W. Dąbrowski*. Dalsze spostrzeżenia nad działaniem błękitu metylenowego w zimnicy (Gaz. Lek. 14).
7. *K. Rychliński*. Przypadek t. zw. Dystrophia musculorum progressiva (Gaz. Lek. 14).
8. *A. Wizel*. Przypadek amaurezy historycznej powstałej w przebiegu choroby usznej (Gaz. Lek. 14).
9. *A. Chelmoński*. Stanik hydratyczny (Gaz. Lek. 14).

10. Dr. med. *A. Elsenberg*. Przypadek gumatów syfilitycznych mięśni krtani. (Gaz. Lek. 15).
11. *J. Sędziak*. Rozpoznawanie skrytych postaci ropotoków zatok bocznych nosa (Gaz. Lek. 15).
12. *Pisarzewski*. Przypadek t. zw. obrzęku histerycznego prawego ramienia i symetr. zgorzeli obu kończyn dolnych (ch. Raynaude) (Gaz. Lek. 16).
13. Dr. med. *H. Higier*. Polyneuritis et poliocme phalito-myelitis anterior (Gaz. Lek. 17 niesk.).
14. *Pruszyński*. Posocznica w następstwie ropnego zapalenia miedniczek nerkowych i nerek (Gaz. Lek. 17).
15. *Fr. Chłapowski*. Choroba Stokes-Adama (Now. Lek. 3, 4, nieskoń.).
16. *W. Epsztein*. Przyczynek do kazuistycznych porodów bliźniąt (N. Lek. 4).
17. *Wlazłowski*. Zakażenie ropne noworodka in utero ze strony matki i zarazem przyczynek do teorii zapatrzenia się ciężarnych (Now. Lek. 4).
18. Dr. *R. Trzebicky*. Ile jelita cienkiego można resekować (Prz. Lek. 14).
19. *Rościszewski*. Kilka uwag o chirurgicznym leczeniu gruźlicy przy równoczesnym stosowaniu kąpeli w solankach jodowo-bromowych (Przegl. Lek. 13, 14).
20. Prof. *Rydygier*. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej. (Przegl. Lek. 13, 14).
21. *A. Beck*. O fizjologii odruchów. Wykład habilitacyjny. (Przeg. Lek. 15).
22. Dr. *Uhma*. O pęcherzycy (Przeg. Lek. 15, 16).
23. *T. Mayzel*. Przyczynek do leczenia kiły wstrzykiwaniami oleju szarego (Przeg. Lek. 16).

1. S. Sterling. Laborde'a zabieg ożywiania pozornie zmarłych. Podczas prac laboratoryjnych zauważył Laborde (1892), że zwierzęta zachloroformowane i pozornie zmarłe wracają do życia, jeżeli kilkakrotnie wyciągniemy im język, ująwszy koniec tegoż przez chustkę. Laborde podaje następujące objaśnienie tego faktu: pociąganie za język drażni bezpośrednio nerwy czuciowe końca i nasady języka (między innymi n. laryngeus super); owe podrażnienie drogą układu nerwowego odruchowego przechodzi na nerwy ruchowe, a głównie nerw błędny; podrażnienie ostatniego pobudza do ruchu przeponę brzuszną.

Zabieg Laborde'a stosowany był przez akuszerów francuskich przy ratowaniu noworodków pozornie zmarłych i dawał dobre wyniki.—Sterling zastosował metodę Laborde'a w wypadku, gdzie niska izba niepozwoiliła mu cucić dziecko metodą Szultzego. Zachęcony dobrym rezultatem stosował tę metodę jeszcze dwa razy — raz z wynikiem ujemnym, drugi raz z dodatnim, i poleca ją uwadze akusze-

rów. Do wykonania jej potrzebne są kleszczyki, któremi należy energicznie wyciągnąć język i powtarzać pociągania rytmicznie mniej więcej 20 razy na minutę. Zabieg Laborde'a zalecony został we Francji oficjalnie dla wojskowych przy ratowaniu topielców.

2. Wł. Biegański. Uwagi nad dusznicą bolesną (Stenokardie, Angina pectoris). Na zasadzie faktów klinicznych autor odrzuca teorię Pary'ego i Traubego, według której dusznica bolesna występuje z powodu nagłego osłabienia czynności lewej komórki serca. Za prawdopodobniejszą uważa teorię powstawania dusznicy Huchard'a; według tego ostatniego napad ma powstawać wskutek miejscowej niedokrwistości mięśnia sercowego na ograniczonej do zakresu zajętej tętniczki przestrzeni. Nie odrzucając pewnego związku przyczynowego, zachodzącego między sprawami miażdżycowymi w tętnicach wieńcowych serca i w aorcie, a dusznicą bolesną, Biegański dowodzi, że stwardnienie tętnie nie jest bezpośrednią przyczyną dusznicy bolesnej, że pomiędzy temi dwiema sprawami, anatomiczną i kliniczną, znajduje się pośrednie ogniwo a mianowicie układ nerwowy serca. Przyjęcie tego poglądu usuwa potrzebę dzielenia dusznicy bolesnej na *angina pectoris vera* i *angina pectoris nervosa s. pseudo angina*. Mianowicie, że i dusznica bolesna prawdziwa i rzekoma właściwie są przejawem cierpienia splotu nerwowego serca; cała różnica polega na tem, że w dusznicy prawdziwej przyczyna, wywołująca cierpienie splotu nerwowego, znajduje się w aorcie lub w tętnicach wieńcowych, w rzekomej zaś postaci przyczyna leży w samych włóknach nerwowych, w samym splocie, a nie w otaczających tkankach. Tym sposobem możemy mówić o dusznicy bolesnej wskutek stwardnienia tętnic wieńcowych, o dusznicy bolesnej aortalnego pochodzenia, o tej że samej sprawie wskutek zatrucia tytoniem, o stenokardii historycznej i t. d. Dla udowodnienia swych twierdzeń autor przytacza szczegółowe historie trzech swoich ważniejszych chorych na dusznicę bolesną.

II. W przebiegu dusznicy autor odróżnia 4-y postaci: 1) postać poronna dusznicy bolesnej, wyrażająca się błyskawicznymi napadami, trwającymi bardzo krótki przeciąg czasu. Występują te napady przy wysiłkach, nagłych ruchach; trwają krótko. Z biegiem czasu, (od 4 miesięcy do 5 lat) przechodzi ona w postać 2) sercową — trwającą przez długi przeciąg czasu, niezależną od wysiłków. Postać sercowa może się rozwinąć i odrazu jako taka. Pierwszy jej początek zwykle ma miejsce przy zajęciu aorty i tętnic wieńcowych, jednym słowem w t. z. przez autorów dusznicy bolesnej prawdziwej, drugi zaś w postaciach czysto nerwowych; 3) Do trzeciej postaci zalicza autor odmianę poprzedzających z nieprawidłowem, nietypowem umiejscowieniem się bólu; 4) Czwartą postacią jest dusznica bolesna, powikłana osłabieniem czynności serca, rozszerzeniem serca, obrzękami płuca i kończyn dolnych, dusznością i t. p.

Rzadko spotykamy powyżej wspomniane postaci same, czyste, w przypadkach chorobowych obrazu kliniczne wikłają się dosyć często.

Co do rokowania, to B. zapatruje się nieco optymistycznie od in-

nych autorów: nie można obiecywać choremu zupełnego wyzdrowienia, nie można go uchronić od możliwych nawrotów choroby, lecz można zrobić choremu nadzieję poprawy na lata całe, równającej się czasowo prawie zupełnemu zdrowiu.

Jedyna możliwość nagłej śmierci w przypadkach ciężkich rzuca pewien cień na takie względnie pomyślne rokowanie.

Leczenie przypadków poronnych winno być głównie dyjetyczno-higieniczne; usuwać przyczyny wywołujące zmiany miażdżycowe w tętnicach;—zabronić zatem napojów wysokokowych, palenia tytoniu spożywania nadmiaru kawy i herbaty. Umiarkowana co do ilości dyjeta. Unikać wszelakiego rodzaju wysiłków, a więc sportu kołowego gimnastycznego, wiosłowego. Obok tego do wewnątrz podawać przez parę miesięcy jodek potasu.

Wyjazd na pewien czas do stacyi leczniczej dobrze wpływa na przebieg i objawy duszniczy bolesnej poronnej. Rodzaj stacyi odgrywa rolę podrzędną. Żadnych kąpiei i wód do wewnątrz nie zalecać.

W postaciach sercowych głównie w czasie napadów na pierwszym planie morfina, podskórnie w średnich dawkach. Następnie według autora, azoton sodu (Natrium nitrosum) z 2,0 na 180,0 trzy, cztery łyżki dziennie. Przeszczydła na okolicę serca (Chałubiński, Zacharin). Elektryzacje prądem stałym lub przerywanym głównie w przypadkach czysto nerwowych.

W postaciach powikłanych osłabieniem działalności serca: nadto (raz na noc) pełna dawka morfiny podskórnie, w ciągu zaś dnia narpastnica lub strofant. Kofeiny autor nie zaleca. *K. Zieliński.*

3. Dr. A. Groszlik. Przyczynki do fizjologii zrazów czołowych. W swej pracy doświadczalnej stara się autor wyjaśnić te sprzeczne zapatrywania, jakie wypowiedane są w nauce o funkcji zrazów czołowych. Przytacza najpierw autor wnioski Hitzig'a, Ferrier'a, przemawiające za wyższem przeznaczeniem omawianej okolicy mózgu, następnie wnioski Munk'a, Goltz'a, Hermann'a i innych, według których w zrazach czołowych nie mieszczą się ośrodki inteligencji, która ma siedlisko w całej korze mózgowej, zrazy zaś czołowe mają za zadanie kierować ruchami tułowia, a więc powinny być uważane za część okolicy ruchowej. Doświadczenia swoje autor prowadził w ten sposób, że obserwował szczegółowo psa, któremu wyciął zraz czołowy z jednej strony, następnie obserwował tegoż psa, któremu wyciął i drugi zraz, lecz wtedy dopiero, gdy objawy po wycięciu pierwszego zraza zostały wyrównane, i wreszcie notował objawy u psa po wycięciu jednorazowem obydwóch zrazów czołowych. Wnioski autora w pierwszym wypadku są takie: zaraz po operacji psy leżą zgięte w pałąk, nie mają żadnych zbroczeń wzrokowych i słuchowych. Na dotyk i czucie bólowe nie spostrzegało się żadnej różnicy pomiędzy jedną i drugą stroną ciała. W ruchach zwierzęcia daje się spostrzegać pewną niezręczność. Zdolność umiejscawiania wrażeń skórnych zachowana, czucie mięśniowe upośledzone z przeciwległej strony.

Zaburzenia ruchowe należą do najwydatniejszych objawów. Zabur-

rzenia w ruchach kręgosłupa, na które kładzie nacisk Munk, występują lecz nie tak jaskrawie. Boczne ruchy dowolne szyi i tułowia są ograniczone. Objawu Munk'a, że pies pozbawiony jednego zrazu czołowego kręci się dowolnie w jednym i drugim kierunku tylko gdy opisuje koło duże, na małej zaś przestrzeni kręci się wyłącznie w stronę porażoną, autor nie obserwował.

Słuch i wzrok zachowane. Autor kategorycznie zaznacza, „nie jestem w możności przytoczenia ani jednego faktu na korzyść zaburzeń czysto umysłowych, ani jednego objawu, świadczącego dowodnie o pamięci osłabionej, o zmniejszonej pojętności lub zaradności zwierząt“.

Wszystkie powyższe przytoczone zaburzenia wyrównują się z czasem i po upływie 2—3 miesięcy operowane zwierzę można uważać za zupełnie zdrowe. Jeżeli psa, który odzyskał zdrowie po wyluszczeniu jednego zrazu, poddamy operacji drugostronnej, nie spostrzegamy znowu żadnych zaburzeń wzrokowych, słuchowych i intelektualnych, upośledzenie zaś czucia skórniego i mięśniowego występuje wyłącznie po stronie przeciwległej ostatnio usuniętemu zrazowi. Z tej samej strony zjawia się niedowład mięśnie kończyn, karku i tułowia. Zboczenia wreszcie znikają podobnie jak po operacji jednostronnej.

Na zasadzie swoich doświadczeń autor wyprowadza wniosek, że zraz czołowy służy za ośrodek fizyologiczny czuciowy i ruchowy dla przeciwległej połowy karku i tułowia, resp. dla ruchów bocznych kręgosłupa.

Wyrównanie zboczeń, jakie obserwujemy u operowanych zwierząt, według autora zawdzięcza kompensacyjnej czynności pozostałych elementów nerwowych z tej samej strony, stosownych ośrodków drugiej półkuli, podstawowe zaś węzły, wbrew przypuszczeniu innych badaczy, podług autora tej ciekawej pracy, nie przyjmują żadnej roli w wyrównaniu.

K. R.

6. Dąbrowski. Dalsze spostrzeżenia nad działaniem błękitu metylenowego w zimnicy. Do dawnych swych spostrzeżeń nad działaniem błękitu w zimnicy autor dołącza 5, wogóle zatem stosował go w 11 przypadkach, z których w 10 otrzymał wyleczenie. Już po pierwszej dawce napad bywał słabszy; później napady zniknęły. Stosował autor błękit w małych dawkach kilka razy dziennie. Przebieg był prawie identyczny we wszystkich przypadkach. Badania krwi na plazmodyje dostarczyły autorowi następujących danych: Z początku znajdowano liczne plazmodyje zewnątrz ciałek krwi, różne od zwykłych kształtem i wielkością; protoplazma ich jakby poszarpana, ztąd pozorowane powiększenie, w cz. c. krwi niektóre prawidłowe inne ze zmianami jak wyżej, niekiedy niebieskie ciała ułożone w łańcuszki lub też porzrzucane—młode zabite plazmodyje. W miarę postępu leczenia ilość plasmodyj zmniejszała się, w końcu zniknęły ze krwi zupełnie. W innym przypadku widział autor dwa okrągłe twory szkliste, rozpadające się pod uciskiem. Autor wyciąga wniosek z tych badań i obserwacji klinicznych, że błękit metylenowy jest specyfikiem dla malarii. Działanie to według Ehricha i Ronna zależy od redukują-

cych błękit własności tkanek i krwi, skutkiem czego powstają leuko-produkty silnie trująco działające na pasożyty. *J. Z.*

7. K. Rychliński. Przypadek t. zw. „*Dystrophia musc. progressiva*“. Autor opisuje szczegółowo chorego, u którego na zasadzie badania postawiono rozpoznanie postępującego zaniku mięśniowego typu Erb'a. Zaznacza autor, że opisywany wypadek zasługuje na uwagę z następujących względów:

1-o. Proces zanikowy trwa przeszło 45 lat i dotąd przepony nie zajął.

2-o. Typowy chód bezładny chorego zależy od znacznego zaniku zginaczy i przemawia za ruchową teorią powstawania wogóle bezładni i nie zgadza się z czuciową teorią Leyden'a.

3-o. Skonstatowane kilkakrotnie przez R. u chorego tego zwężenie pola widzenia bez danych, upoważniających do podejrzenia histeryi, jest do tej pory nieznanym objawem. Autor sądzi, że dopiero przyszłe badania chorych tej kategorii perymetrem wykażą albo wyjątkowość tego objawu w danym wypadku, lub też znajdują go u większej liczby chorych. Wreszcie zastanawia się autor nad pytaniem, jaka przyczyna wywołuje idjopatyczną amyotrofię i wypowiada zdanie, że dotychczasowe badania układu nerwowego grzeszą niedokładnością i zwraca uwagę na możliwość ważnego udziału w powstawaniu tego cierpienia t. zw. „*faisceaux neuro-musculaires*“. *K. R.*

8. Wizel Adam. Przypadek amaurozy histerycznej, powstałej w przebiegu choroby usznej. Autor interesującej notatki badał chorą, cierpiącą od lat dwóch na napady małej histeryi, która w pierwszych dniach ostrej choroby usznej straciła nagle wzrok. Przy badaniu ogólnego stanu chorej znaleziono następujące objawy: przytępienie wrażliwości bólowej i termicznej na całej prawej połowie ciała, osłabienie smaku i węchu również po prawej stronie, osłabienie odruchu gardzielowego, bolesność obu jajników i ból głowy, zlokalizowany w jednym punkcie ciemienia. Względnie do stanu oczów, autor zauważył prawie zupełną ślepotę lewego oka, zwężenie pola widzenia w oku prawym i zmniejszoną czułość łącznic. Rozpoznawszy amaurozę histeryczną, autor poddał chorą miejscowej franklinizacji (*souffle*), pod wpływem której ślepotą ustąpiła zupełnie. Zastanawiając się nad związkiem, zachodzącym między amaurozą a cierpieniem usznym, W. przypuszcza, że to ostatnie było dla niej agent provocateur.

W. Garliński

10. Elsenberg. Przypadek gumatów syfilitycznych mięśni krtani. Na oddział autora zapisał się chory skarżący się na uciążliwą duszność. Badanie chorego wykazało liczne gumaty: na kończynach górnych, na szyi w okolicy chrząstki tarczowej i tchawicy, pod prawem uchem, na dolnej szczęce, na lewej goleni, z organów wewnętrznych—na wątrobie. Nos zapadły, obszerne zniszczenia w gardzieli, jama nosogardzielowa komunikuje się z pozostałą częścią gardzieli przez otwór w bliznowatej błonie, będącej dalszym ciągiem podniebienia, przyrosłej do tylnej ściany gardzieli.

In larynge: struny prawdziwe zaczerwienione i obrzmiałe, a z pod nich wystawały jakby dwa wałki, zwięzające głośnię (laryngitis subglottica). Autor uważa tą formę syfilisu za formę nabytą, bardzo zastarzałą. Choremu stosowano inhalacje, środki toniczne zrobiono także, 6 wcierań szaruchy po 2,0 co drugi dzień, pomimo tego zwięzienie krtani stawało się coraz większem i chory prawie po 2-miesięcznym pobycie w szpitalu zmarł.

Badanie pośmiertne wykazało, iż guz w okolicy krtani i tchawicy zajmuje przestrzeń od kości gnykowej do 10 obrączki tchawicy. Tchawica wskutek ucisku przepuszcza pióro gęsie, w kierunku ku głośni zwięzienie jest jeszcze większe. Pod strunami prawdziwymi wypuklają się do wnętrza głośni guzy, zwięzające szczelinę krtaniową.

Mięśnie: sterno-thyreoides, sterno-hyoideus, sterno-cleido-mastoideus sinister thyreo-arythenoidei zajęte przez guzy gumatyczne.

Badanie drobnowidzowe gumatów wykazało, iż tkanka, w której nacieczenie drobnokomórkowe na pierwszy plan występuje, rozrasta się, przybierając charakter młodej tkanki włóknistej z wrzecionowatymi lub owalnymi komórkami. Pośród tej tkanki spotyka się typowe komórki Langhaus'a. Włókna mięsne prążkowatości nie tracą, ulegają one prostemu zanikowi. Naczynia ulegają endoarteriitis obliterans, co powoduje nekrobiozę tkanki.

Gumaty mięśni krtani należą do bardzo rzadkich; autor wnosi, iż opisany przypadek jest może jedynym dotychczas przekonywającym o takim umiejscowieniu tychże. *S. Iwanicki.*

11. Sędziak. Rozpoznawanie skrytych postaci empyematów zatok bocznych nosa (Highmora, czołowych, sitowych i klinowych). Jest to 1-sza część pracy (druga część, mianowicie o leczeniu tych cierpień, ogłoszona była w r. z. w Przeglądzie Chirurgicznym). Autor szczegółowo rozberra objawy ogólne—wspólne dla wszystkich zatok, z których najważniejszymi są zapewne nosowe—polipy, wreszcie nerwobóle. Następnie zaś przechodzi do szczegółowej części, do różniczkowego rozpoznania ropnia w poszczególnych zatokach. Najpewniejszym jest rozpoznanie empyematu zatoki Highmora, a to dzięki próbnej punkcyi. Co się zaś tyczy prześwietlania, to ma ono tylko względne znaczenie rozpoznawcze. Jednym z trudniejszych do rozpoznania jest ropne zajęcie zatok czołowych. I tu sondowanie resp. przeszprycowanie próbne jest najważniejszą metodą diagnostyczną.

Ropnie w zatokach sitowych, oraz klinowych, dzięki pracom Grünwalda, oraz Schaeffera, nie należą obecnie do zbyt trudnych do rozpoznania. Trudną jest natomiast diagnoza empyematów kombinowanych, autor pracę swoją oparł na 54 przypadkach spostrzeganych przez siebie ropni w różnych zatokach nosa (30 razy Highmora, 9 razy czołowych, 6 sitowych, 1 raz klinowej, wreszcie 8 razy kombinowanej). *S.*

12. Gr. Pisarzewski. Przypadek t. zw. obrzęku histerycznego prawego ramienia i symetrycznej zgorzeli obu kończyn dolnych (choroba Raynaud'a). Autor opisuje zbiór nadzwyczaj ciekawych objawów, jakie

miął sposobność obserwować u jednej chorej l. 42, nieco nerwowej, lecz w ogóle zdrowej. Pod wpływem przeziębienia i moralnego wzruszenia u pacjentki kol. P. rozwinęła się ostra choroba, cechująca się silnymi bólami w stawach, do których wkrótce przyłączyły się zaburzenia naczynioruchowe, zjawiły się bowiem obrzęki przemijające na ramieniu i przedramieniu i stałe obrzęki goleni. W dolnych kończynach zjawiły się przejściowe bóle, a następnie zgorzel obu goleni prawie do kolana. Na całym ciele zauważyć można było wzmoczenie czucia za wyjątkiem miejsc dotkniętych obrzękiem, które okazywały stałą nieczułość na bodźce czuciowe. Przyłączyło się następnie porażenie prawej górnej i obu dolnych kończyn, znieczulenie dżiąseł i porażenie ich naczyń. Choroba przebiegała bez gorączki aż do zjawienia się linii demarkacyjnej na miejscach zajętych zgorzelinową sprawą i bez zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. Chora po kilku tygodniach zmarła. Autopsyi nie było. Autor porównywa przytoczone powyżej objawy z zatruciem sporyszem i na zasadzie rozumowania przychodził do wniosku, że miał do czynienia z przytoczonym w nagłówku rozpoznaniem i wypowiada przypuszczenie, że wśród nerwic pierwsze i wybitne miejsce zajmować powinien obrzęk histeryczny, ostatnim zaś ogniwem tego łańcucha jest choroba Raynand'a. *K. R.*

14. Pruszyński. **Posocznica w następstwie ropnego zapalenia miedniczek nerkowych i nerek.** Autor opisuje szczegółowo przypadek posocznicy, powstałej u młodego mężczyzny w następstwie ropnego zapalenia nerek i miedniczek nerkowych. Przypadek ten zakończył się śmiercią. Badanie pośmiertne potwierdziło rozpoznanie. Przypadek ten zasługuje na uwagę głównie z powodu wysypki pokrzywkowatej, która w przebiegu choroby wystąpiła. Wysypka pokrzywkowata przy posocznicy, powstałej wskutek obrażeń zewnętrznych, należy do objawów nader rzadkich; przypadki istnienia pokrzywki w przebiegu posocznicy, zależnej od sprawy ropnej w narządach wewnętrznych, nie były dotąd opisywane. *H. K.*

15. Chłapowski. **Choroba Stokes-Adama.** Autor opisuje przebieg choroby u 60 letniego mężczyzny, który często, bo od 10 lat cierpiał na kurcze żołądka, w rok później na częste omdlenia i zawroty w głowie, a to wszystko zjawiało się współcześnie ze znacznym zwolnieniem tętna, dochodzącem w czasie napadów do 7—8 na minutę, w przerwach do 26 na minutę. Szmerów w sercu nie skonstatowano, tony czyste, równe. Wymiary serca rozszerzone. Latem stan chorego znośny, zimą marznie, czuje się gorzej, kataru częste, wrażliwość podrażnienia—omdlenia i zwolnienie tętna. Chory mimo to szybko zawsze wracał do swego poprzedniego stanu. Dopiero w styczniu r. b. po silnem wstrząśnieniu przyszło omdlenie z krótkotrwałym powrotem przytomności, poczem śmierć śród omdlenia. Sekcja nie była robiona. Przypadek ten dał autorowi asumpt do wypowiedzenia szeregu uwag o chorobie Stokes-Adama, którą radzi zwać bradycardia chronica syncopalis. Zebrano w tym artykule wszystkie znane dotąd o tej chorobie dane i poddano je ścisłemu krytycznemu rozbiorowi, o ile pamiętam, po raz pierwszy w naszym piśmiennictwie. *J. Z.*

16. Dr. Wł. Epsztejn. Przyczynek do kazuistyki porodów bliźniąt. E. przytacza przypadek porodu bliźniętami z 6-io dobową przerwą pomiędzy jednym porodem a drugim, co należy do rzadkości. Postępowanie było wyczekujące. Przy drugim porodzie kleszcze, łożysko wyciśnięte przy pomocy metody Credégo. Połóg normalny. *Wł. Stan.*

17. Dr. Włazłowski. Zakażenie ropne noworodka in utero ze strony matki i zarazem przyczynek do teorii zapatrzenia się ciężarnych. 10-io dniowe dziecko z wieloma ropniami na kończynach i dolnej szczęce pomimo zabiegu operacyjnego zmarło po 12 dniach. Przyczyna zakażenia dziecka—na zasadzie wywiadów i badania matki—ropień na dziąśle matki. Tożsamość umiejscowienia ropnia u dziecka naprowadza na myśl o zapatrzeniu się matki (o czem sama matka wspomina). *Wł. Stan.*

18. R. Trzebicky. Ile jelita cienkiego można resekować? Kwestyja ta nie jest do dziś dnia rozwiązana ani klinicznie ani eksperymentalnie. Znane są wprawdzie przypadki Kochera i Koeberle'go, w których wycięcie 205, resp. 208 ct. jelita cienkiego chorzy znieśli dobrze i później na odżywianie nie cierpieli, nie wiadomo jednak, czy wyżej podane ilości są już kresem możliwego wycięcia, z drugiej zaś strony znany jest też przypadek Bauma, w którym (chora poprzednio już bardzo wyniszczona) po wycięciu 13,7 ctm. cienkiego jelita od postępującego wycieńczenia zmarła. Doświadczalnie kwestyja ta badana jeszcze nie była. Aby lukę tę wypełnić i dokładną dać odpowiedź na wyrażone w nagłówku zapytanie, przedsięwziął T. szereg doświadczeń na faktach, których wyniki są następujące: resekcya jelita pociąga zawsze za sobą utratę na wadze zwierząt, która tylko w przypadkach bardzo małych odcinków pozostaje w granicach wywołanych postem pooperacyjnym, gdy w przeważnej liczbie przypadków ubytek ten jest znacznie większy od ubytku przez ów post wywołanego. Ubytek ciężaru jest wprost proporcjonalny do długości wyresekowanego odcinka. Jeżeli rozmiary wyciętego jelita nie przekraczają pewnych granic, to po niejakiem czasie ciężar ciała zaczyna się podnosić i wraca do poprzedniej normy. Po wycięciu więcej jak połowy jelita cienkiego (nie licząc dwunastnicy) operacyja staje się dla zwierzęcia niebezpieczną, choć i tu niekiedy przy należytem odżywianiu można jeszcze przy życiu zwierzę utrzymać. Wycięcie $\frac{2}{3}$ części jelita czczego i biodrowego jest już operacyją wprost zabójczą, zwierzęta giną przy objawach biegunki, postępującego wyniszczenia przy nienasyconem łaknieniu. Przy jednakich innych okolicznościach wycięcie dolnych odcinków jelita czczego zwierzęta znoszą lepiej jak wycięcie odpowiedniej długości kawałków w górnej części.

Zrobiwszy zastrzeżenie co do przenoszenia rezultatów, uzyskanych drogą eksperymentu na zwierzętach, na człowieka, sądzi T. że u ostatniego, jeżeli tylko nie zachodzą jakieś powikłania, połowę jelita cienkiego resekować można; ponieważ długość jelita czczego i biodrowego u człowieka waha się pomiędzy 561 a 870 ctm., wycięcie 280 ctm. należy uważać za zabieg dozwolony. *Dz.*

19. Rościszewski. Kilka uwag o chirurgicznym leczeniu gruźlicy przy równoczesnem stosowaniu kąpiei w solankach jodowo-bromowych.

Opowiada tu autor o doświadczeniu swem, zdobytem w Iwoniczu. Materiał swój dzieli na chorych bez przetok i z przetokami. W pierwszych przypadkach, obok możliwie dokładnego, a zarazem dającego się, ze względu na kąpiele, czasowo zdejmować unieruchomienia (co daje się najlepiej osiągnąć za pomocą krochmalnej oryganiny, z dodatkiem cienkich części drewnianych), stosował także autor wstrzykiwania jodoformu z gliceryną. Przy jednoczesnem stosowaniu i kąpiei, we wszystkich prawie przypadkach występowała prędko i wybitna poprawa; poprawy nie było tylko w 2 przypadkach, w których chorzy (dzieci) byli bardzo wyniszczeni. Co do drugiej kategorii, t. j. chorych z ogniskami gruźliczemi już otwartemi, to stosował R. najprzód odpowiednie zabiegi chirurgiczne (przecinanie, skrobanie), następnie zaś codzienne kąpiele. Wpływ ostatnich bezpośrednio na rany był nie najlepszy: ziarnina w ranach pod wpływem kąpiei bladeła, bujała zbyt mocno, pokrywała się słoninowatym nalotem. Zmiany te w ranach występowały na pewno nie wskutek żadnych wpływów ubocznych (jak to za silnych antyseptyków przy opatrunkach etc.), a li tylko wskutek bezpośredniego wpływu na rany samej kąpiei, co autor stwierdził eksperymentalnie, każąc w odpowiednich przypadkach (kończyny górne) trzymać chorym rany po nad wodą. W codziennem przypalaniu ran łapsem przed kąpielą znalazł autor środek, niezawodnie chroniący rany od miejscowego niekorzystnego wpływu kąpiei. Pomimo niekorzystnego miejscowego działania kąpiei na rany, wpływ ich na przebieg gojenia był niewątpliwie znakomity. Rany goiły się nadspodziewanie prędko, co objaśnia autor korzystnym wpływem, jaki kąpiele wywierają na cały ustrój. Dz.

20. Prof. Rydygier. Z dziedziny chirurgii żołądkowo-jelitowej. W pracy tej, która stanowi wykład, wypowiedziany w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem z powodu demonstracji chorych, dotkniętych cierpieniami żołądka i kiszek i leczonych w klinice chirurgicznej w ciągu półrocza, opisuje autor treściwie spostrzegane przezeń przypadki, oraz podaje kilka uwag ogólnych. Za treść wykładu posłużył autorowi materiał następujący:

1) *Dwa przypadki ulceris ventriculi subsequente stenosi pylori*; w obu wykonał autor wycięcie odźwiernika. W jednym z tych przypadków podczas operacyi znaleziono zrost pętli kieszkowej ze ścianą żołądka; po oddzieleniu zrostu okazał się otwór w ścianie żołądka; operacyja została uwieńczoną pomyślnym skutkiem. W drugim przypadku na dnie wrzodu znaleziono dość grube naczynie zatkałe skrzepem; w 4 dni po operacyi, nastąpiła śmierć wskutek zgorzeli płuc i opadowego zapalenia lewego płuca.— We wszystkich przypadkach wrzodu żołądka, w których niema rozległych zrostów, a siły chorego są dobre, prof. Rydygier daje pierwszeństwo rezeceji odźwiernika, jako operacyi usuwającej doszczętnie źródło cierpienia. Co do techniki operacyjnej powołuje się autor na swe poprzednie prace. Do sycia używa katgut.

2) *U siedmiu chorych, dotkniętych rakiem odźwiernika, wykonał autor gastroenterostomię według metody Wölflera.* Rezekcja odźwiernika z rozmaitych powodów (obszerne zrosty, znaczne rozszerzenie nowotworu, wielkie wyniszczenie chorych) była niemożliwą. Wyzdrowienie nastąpiło w 3 przypadkach. Przyczyną śmierci u pozostałych było: raz zapaść, 2 razy zapalenie otrzewnej z powodu przedziurawienia w linii szwu (na 8 i 9 dzień po operacji); w jednym przypadku przyczyna śmierci pozostała niewyjaśnioną. Oprócz tego miał autor 4 chorych z rakiem odźwiernika, którzy nie nadawali się do operacji z powodu zbyt daleko posuniętego cierpienia. Daje to sposobność prof. Rydygierowi do napomnienia lekarzy, poświęcających się medycynie wewnętrznej aby wcześniej skierowywali swych chorych do chirurgów. Wobec znanych trudności rozpoznawczych, zdaniem prof. Rydygiera, do operacji powinny być kwalifikowane wszystkie przypadki uporczywej rozstrzeni żołądka, nie dającej się wyleczyć zwykłemi środkami, a nie wskazującej na mechaniczną przeszkodę w odźwierniku.

3) *W trzech przypadkach przepukliny udowej uwięźgniętej wykonał autor wycięcie kiszki pierwotne.* Wyzdrowienie otrzymał 2 razy, w jednym zaś przypadku nastąpiło zejście śmiertelne wskutek zgorzeli pętli doprowadzającej. Wobec przepuklin uwięźgniętych i zgorzlinowo zmienionych prof. Rydygier w ostatnich czasach, — wbrew dawniejszym swym zapatrywaniom, oddaje pierwszeństwo pierwotnej rezekcyi kiszki nad anus contra naturam, jeżeli tylko chory nie jest zbyt osłabionym i warunki miejscowe pozwalają na to.

4) *Rezekcyę kiszki autor wykonał nadto w jednym przypadku fistulae stercoralis, powstałej wskutek uwięźnięcia przepukliny (wyzdrowienie) oraz u jednego chorego z anus praeternaturalis cum prolapsu intestini.* W ostatnim przypadku linię szwu w kiszce przykryto siecią, wskutek tego jelito uległo zgięciu i nastąpiła niedrożność, która spowodowała zejście śmiertelne.

5) W jednym powikłanym przypadku (cystis et carcinoma ovarii dextri, carcinoma vesicae et S romani) prof. Rydygier wykonał wycięcie jajnika i części ściany pęcherza, oraz rezekcyę S romani. Po operacji wystąpiły objawy niedrożności; wskutek tego założono anus praeter naturam. Następnie zamknięto sztuczny odbył i otrzymano zupełne wyzdrowienie. W końcu swej pracy wzmiankuje autor o 3-ch przypadkach niedrożności jelit, nie podaje o nich jednak bliższych szczegółów.

H. K.

22. Dr. Uhma. *O pęcherzycy (Pemphigus).* Przedstawiając chorą, dotkniętą pęcherzycą, na posiedzeniu sekcji Lwowskiej Towarzystwa Lekarskiego Galicyjskiego, autor przypomina słuchaczom swym w krótkim rysie objawy, przebieg i przyczyny tego cierpienia. Mówiąc o pemphigus vegetans (pod pęcherzami buja ziarnina, nie dająca się usunąć nawet przez mocne przyżegania), opisanym przez Neumann'a, wspomina o przypadku, spostrzeganym przed rokiem w miej. scowym szpitalu. Przypadek ten przypominał, zdaniem autora, obraz

przedstawiony przez Neumann'a, pomimo to ś. p. Krówczyński, opierając się tylko na tem, że owrzodzenia powstawały u chorej na naciekach, rozpoznał syphilidem ulcerosam vegetantem. Przeciwprymiotowe leczenie, ogólne i miejscowe, oczekiwanego skutku nie wywarło.

Fr. G—yc.

Nadesłano do Redakcyi.

— *W. Janowski*: Die Ursachen der Eiterung vom heutigen Standpunkte der Wissenschaft aus. Jena G. Fischer, 1894, p. IV + 210.

— *M. A. Sadowskago*: K woprosu o rozruszenii niewospriimeczivosti liaguszki w odnoszenii Sibirskoj jazwy. Dyssert. na stop. Dok. med. Warszawa 1894.

— *Dr. F. Chłapowski*: Przypadek utajonego przebiegu wrzodu żołądkowego.

— *Dr. F. Chłapowski*: Choroba Stokes-Adama. Odb. z Now. Lek.

— *Dr. L. W. Rosenfeld*: Epidemija cholieru w 1892 godu. Żytomir 1894.

— *St. Klein*: Die diagnostische Verwerthung der Leukocyte Saml. kl. Vorträge Nr. 87,

— *L. Krauze*: K woprosu o tracheotomji pri prostom i dift. krupie w dietsk. wozrastie. Dyss. na st. dr. med. Jurjew 1894.

— *J. Sendziak*: The treatment of tuberculosis of the larynx and lungs by means of subcut. inj. of thiosinamin. Odb. z Jour. of Laryng. etc.

— *Dr. J. Sendziak*: L'etiologie de la soi-disant langue noire. Odb. z Revue de Laryngologie.

— *Dr. St. Bulikowski*: O wyborze miejscowości klimatycznych a w szczególności o Gleichenbergu Lwów 1893.

— *B. R. Gepner*: Dwa przypadki torbieli tęczówki. Odbitka z Medycyny.

— *B. R. Gepner*: O zastrzykiwaniu sublimatu pod łącznicę oka. Odb. z Medycyny.

— *M. M. Nastukow*: K woprosu ob etiologii i kliniczeskoj bakteriologii influency. Dyssert. na stop. Dr. Med. Petersb. 1894.

— *S. Sterling*: Pielęgnowanie chorych, Warszawa 1894.

— *Dr. H. F. Nattal*: Zabiegi higieniczne przy chorobach zakaźnych, przełożył S. Sterling.

— Chemiczne badanie wody, przełożył S. Sterling z opracowania przez: Zeitsch. f. Nahr. et Hygiene.

— *W. P. Żukowski*: O razwitji Anglijskoj boliezni sredi dietiej rab. nasiel. S.-Petersburga, Dyss. na st. Dr. Med. 1894.

S. Mintz: Über die chirurgische Behandlung d. Magenkrankheiten v. therap. Standpunkte aus beurtheilt. Odb. z Zeitsch. f. kl. Med. XXV.

— *A. Jaruntowski*: Zamknięte zakłady lecznicze dla chorych piersiowych. Poznań 1894.

— Tenże: Zur Insuflation von Pulvern in den Kehlkopf. Obd. z Arch. f. Laryngologie. B. 1. H. 3.

— *R. Jasiński*: Dyagnostyka chirurgiczna. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej, Warszawa 1894.

NEKROLOGIA.

— W Kastorowie pod Ziemlańskiem zmarł wychowaniec tutejszego uniwersytetu lekarz ziemski *Kazimierz Kosiewicz* w 25 roku życia, w 4-tym praktyki lekarskiej. Zmarły był przez 1½ roku ordynatorem kliniki chirurgicznej. Padł ofiarą grasującej tam ciągle epidemii duru plamistego.

— W Dorpacie (Jurjewie) zmarł profesor tamtejszej wszechnicy dr. *Aleksander Schmidt*, znany ze swych prac nad krwią i ztąd nazywany *Blutschmidt*, ulubiony nauczyciel i przyjaciel młodzi uniwersyteckiej.


— Dr. *Landowski* zmarł w Paryżu. Dr. G. Richelot poświęca mu w Nr. 47 Union Med. kilka słów, płynących z uczucia szczerzej przyjaźni i uznania.

— Dr. *Fryderyk Birnbaum*, profesor na katedrze położnictwa, zmarł w Giessen.

— Prof. *F. W. H. Dellfs*, senior wydziału lekarskiego w Heidelbergu.

— Dr. *Arnold*, profesor higieny w Lille.

— Dnia 26 kwietnia r. b. zmarł w Kaliszu dr. med. *Józef Cytwic* w wieku lat 64, do r. 1878 starszy lekarz szpitala Ś-ej Trójcy, autor prac naukowych („De noma“, O trądzie w Polsce—i in.).

 Do bieżącego zeszytu „Kroniki“ dla wszystkich prenumeratorów dodaje się broszury: „O usilnem leczeniu gruźlicy, a szczególnie suchot płucnych za pomocą węglańu kreożotu bukowego,“ „Węglań gwajakolu w gruźlicy,“ oraz prospekt „Zakładu wodoleczniczego „Czarniecka Góra“.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Ogłoszenia.

Dr. M. JAKOWSKI, b. ass. klin. dyjagn. dokonywa wszelkich rozbiórów mikroskopowych, głównie bakteryjologicznych.

Ulica Wspólna Nr. 42.

Sprzedaż win z winnic Cesarskich Apanaży.

WINA WYBOROWE
DELIKATESY,
ŚNIADANIA, KOLACJE,
Gabinety familijne
róg Widok i Marszałkow.
Telefonu Nr. 100

Emilages

W WARSZAWIE.

WINIARNIA

OSTRYGI

OSTRYGI



OSTRYGI

Towary Kolonialne i Delikatesy

„**POD BACHUSEM**”

(Warszawa, Telefonu Nr. 100)

WINA ZAGRANICZNE,

KONIAKI, LIKIERY, RUMY,

Ze składu Hurtowego win

MAURZYCY SEYDEL i S^{ka}

W WARSZAWIE.



GŁÓWNY SKŁAD

WIN GRUZIŃSKICH

z winnic Księcia Z. A. DŻORDŻADZE

w Kachety—Tyflis.

Czystość tych win stwierdzoną została analizą
profesora Struve.

Czystość win stwierdzoną zostaje analizami Magistra Nauk Przyr. N. Milicera oraz D-ra Aleksandra M. Weinberga.