

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. D-r *Czesław Otto*. Kryoskopja i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek—str. 481. II. D-r *E. Flatau*. Budowa rdzenia w świetle badań nowożytnych (dokoń.)—str. 485.

Dział sprawozdawczy: I. *Chirurgia*: 218. *Howard*. Mięsak pierwotny przełyku i żołądka—str. 494. 219. *Albeck*. Doświadczenia i badania kliniczne nad przyczyną śmierci w przypadkach zaciśnięcia jelita cienkiego—str. 495. 220. *Hildebrandt*. Spostrzeżenia nad działaniem pocisków z broni małego kalibru—str. 496. 221. *Roloff*. O ręcznym nastawianiu zwichnięć—str. 497. II. *Choroby gardła i krtani*. 222. *Hajek*. Dlaczego polipy nosowe odrastają?—str. 498. 223. *Schmidt*. Oparzenie gardzieli i krtani z zejściem śmiertelnym—str. 500. 224. *Ostman*. O poprzedzającym wewnątrznosowe zabiegi operacyjne galwanokaustycznym przypalaniu naczyń w nosie—str. 501. III. *Choroby weneryczne i skóry*. 225. *Jessner*. Kosmetyczne i lecznicze znaczenie mydeł—str. 502. 226. *Friedländer*. Przyczynek do sposobu przenoszenia się przymiotu—str. 506. 227. *Finger*. Wrzód miękki i przymiot—str. 508. 228. *Jacquet*. Wyliszenie pochodzenia zębowego—str. 509. 229. *Jackson*. O leczeniu herpes tonsurans za pomocą jodu z tłuszcz, gęsim—str. 510. IV. *Choroby kobiet i akuszerya*. 230. *Mandelberg*. Perineotomia profilakt. podczas porodu—str. 510. 231. *Kochanow*. Ciąża jajowodowa i jednocześnie ciąża wewnątrzmaciczna—str. 511. 232. *Beurnier*. Leczenie zapalenia macicy—str. 511. 233. *Amat*. Tamowanie krwotoków za pomocą żelatyny—str. 512. VI. *Wiadomości terapeutyczne*: od Nr. 234—241—str. 513. V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego—str. 514. VI. Z Tow. Lek. w Wiedniu—str. 517. *Bibliografia*—str. 518. Prof. F. Nawrocki—str. 519. *Kronika bieżąca*—str. 520. *Ogłoszenie*—str. 522.

Summaire du Nr. 12. I. D-r. *C. Otto*. La cryoscopie dans les maladies du coeur et du reins—p. 481. II. *E. Flatau*. Sur la structure de la moelle.—p. 485.

I. Z Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej prof. A. Szczerbakowa w szpitalu Dz. Jezus.

KRYOSKOPJA

i zastosowanie jej

w chorobach serca i nerek.

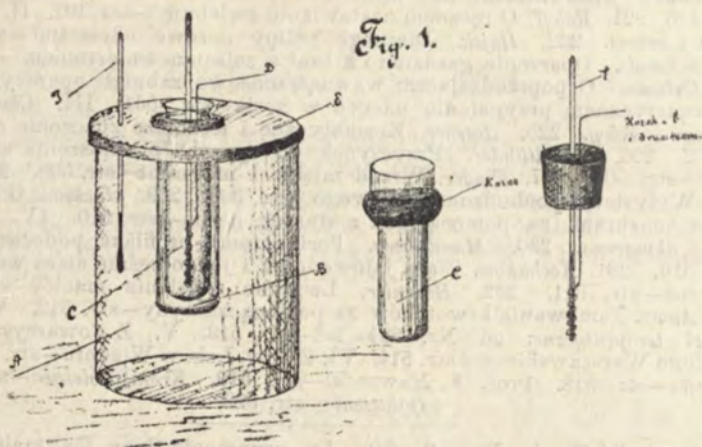
Podał

D-r Czesław Otto.

Ordynator Kliniki Terapeutycznej Szpitalnej U. W.

Kryoskopja jest metodą określania punktu zamarzania roztworów ciał stałych w wodzie. Wyznaczają jej jest Raoult, który w dzie-

le swem, wydanem w roku 1889 p. t. „*Sur les progrès de la cryoscopie ou étude du point de congélation des dissolutions*“ przytacza prawa, jakim podlegają rozczyzny ciał w wodzie przy określaniu punktu zamarzania. Przyrząd, służący do określania punktu zamarzania, nosi nazwę kryoskopu. Kryoskop Raoult'a składa się z następujących części: 1) Cylindra szklanego A, objętości około 1500 cm. sześć. 2) przykrywki E, przylegającej swobodnie do ścian cylindra A; 3) cylindra szklanego B, 4) cylindra szklanego C, 5) ciepłomierzy T i t, 6) drucika D. W przykrywce E znajdują się dwa otwory: jeden w środku, drugi z boku. W bocznym otworze pomieszcza się ciepłomierz T, a w środkowym cylinder B. Postać tego cylindra najlepiej uwydatni rysunek (fig. 1).



W górnej części cylindra C pod samem rozszerzeniem znajduje się wałek z korka, szczelnie przylegający do ścian cylindra B., zabezpieczający cylinder C od rozbicia podczas manipulowania z kryoskopem. Objętość cylindra B wynosi około 150 cm. sz. W cylinder B wkłada się cylinder C, mniej więcej tej samej formy co i pierwszy, ale znacznie mniejszy. Cylinder C przykryty korkiem z dwoma otworami; w jednym z nich pomieszczony jest ciepłomierz t z setnemi podziałkami, a w drugim drucik D, zgięty pod kątem prostym w zewnętrznej swej części, w dolnej zaś wężykowato okrążonej około ciepłomierza t. Drucik ten swobodnie porusza się w korku, przykrywającym cylinder C, tak że bez nateżenia siły można go podnosić do góry i opuszczać do dołu cylindra C. Ciepłomierz t z setnemi podziałkami jest wstawiony w korek w ten sposób, że dosięga prawie dna cylindra C. Cylinder C służy do nalewania płynu,

którego punkt zamrożenia chcemy określić; drucik D do mieszania tego gazu, a ciepłomierz t do określania punktu zamrażania. Cylinder B, w który wkładamy cylinder C, służy do napełniania spirytusem. Spirytus odgrywa tu rolę pośrednika, przenoszącego ciepłotę cylindra A do cylindra C, napełnianego płynem badanym, gdyż bez tego izolatora powietrze, jako zły przewodnik ciepła, przedłużałoby czas określania punktu zamrażania danego gazu.

Do zamrażania możemy używać lodu i soli kuchennej, eteru lub też dwusiarczku węgla (CS_2).

Oprócz kryoskopu Raoult'a mamy jeszcze b. prosty kryoskop Beckmanna. Główna różnica w obu przyrządach polega na ciepłomierzach. Kryoskop Raoult'a ma normalny ciepłomierz Celsiusza z setnemi podziałkami; ciepłomierz Beckmanna jest zastosowany do określenia nie absolutnej t° , lecz do różnicy temperatur; dlatego też posiadując się ciepłomierzem Beckmanna, należy zawsze przed każdym użyciem określić 0° za pomocą zamrażania wody przyekroplonej.

Z powodu taniości lodu, lepiej go używać, niż droższego stosunkowo eteru i dwusiarczku węgla (CS_2). Używając eteru lub CS_2 należy klosz A napełnić jednym z tych płynów do połowy i, zrobiwszy jeszcze dwa otwory w przykrywce kryoskopu Raoult'a przez jeden z nich wpuścić rurkę gutaperkową, sięgającą do dna a drugi jej koniec połączyć z balonem do pompowania powietrza. Powietrze przechodząc przez płyn, w danym ranie eter, lub CS_2 , wywołuje silne parowanie tych płynów, przez co obniża ciepłotę wewnątrz klosza A, dzięki wysokowemu bardzo szybko zamrażającemu płynowi badanemu. Drugi otwór w przykrywce służy do ulatniania eteru, lub CS_2 . Kryoskopowanie z tymi płynami jest trochę kłopotliwe i pociąga za sobą duże wydatki; oprócz tego CS_2 posiada bardzo nieprzyjemny zapach, wywołujący bóle głowy.

Najtaniej i najwygodniej u nas kryoskopować z lodem. Przy pomocy lodu, posypywanego solą kuchenną, można obniżyć ciepłotę do -18° , należy tylko nie żałować soli; im więcej jej nasypimy, tem szybciej następuje topnienie lodu, ergo szybciej obniżamy ciepłotę badanego gazu. Przy określaniu punktu zamrażania, który dla krótkości będziemy oznaczać Δ , postępujemy w następujący sposób: lodem, posłuchonym na drobne kawałki i posypanym obficie solą kuchenną, napełniamy cały cylinder A, w ten sposób, żeby cylinder B był ze wszystkich stron otoczony. Do cylindra C nalewamy płyn, którego punkt zamrażania określić chcemy, w takiej ilości, ażeby zbiornik rtęci ciepłomierza t był całkowicie w nim pogrążony. Cylinder

C napełniony płynem badanym wkładamy w cylinder B, już w pierw napełniony spirytusem tak, aby płyn badany w C był całkowicie po-
grążony w spirytusie. Przy niezachowaniu tego warunku często
podczas kryoskopowania występują powikłania, przeszkadzające pra-
cy i przedłużające całą manipulacją. Obserwacye można prowadzić
dziś w sposób dwojaki: zostawiamy kryoskop napełniony płynem ba-
danym na stole i (zajmując się równocześnie inną pracą) od czasu
do czasu obserwujemy ciepłomierz t. Z fizyki wiadomo, że ciepło-
ta rozczyńców soli w wodzie, pozostawionych w spokoju, można
obniżyć znacznie niżej zera, przyczem dany rozczyzn soli nie zamar-
znie. Wstrząśnienie jest już dostatecznem, aby wywołać zamarzanie,
przyczem rtęć ciepłomierza podniesie się do góry i stanie poniżej
zera w zależności od nasycenia rozczyynu. Temperatura, przy której
się to odbywa, będzie punktem zamarzania dla danego rozczyynu.
Prawo to ma zastosowanie i w danym razie. Gdy rtęć ciepłomierza
t już się całkowicie schowała w zbiorniku, wskazując -4° badanego
płynu, po kilku sekundach drucikiem D mieszamy kilka razy bada-
ny płyn. Utajona ciepłota badanego płynu pochłania się całkowicie,
płyn marznie, a rtęć podnosi się ku górze i staje po pewnym prze-
ciągu czasu nieruchomo na podziałce, której cyfra oznacza punkt za-
marzanie. Na punkcie zamarzania rtęć zazwyczaj zatrzymuje się
około pół minuty, poczem znów zaczyna opuszczać się ku dołowi.

Drugi sposób obserwacyi jest więcej kłopotliwy i polega na
tem, że po ustawieniu kryoskopu i napełnieniu cylindra C płynem
badanym, poruszamy go drucikiem D (platynowym lub niklowanym)
ustawicznie. Ochładzanie badanego płynu idzie tutaj równo-
miernie, gdyż przez poruszanie warstwy zewnętrzne przylegające do
spirytusu i więcej ochłodzone, niż wewnętrzne, ciągle się z sobą
mieszają, utajona ciepłota prędzej się pochłania, i w rezultacie
w krótszym przeciągu czasu określamy punkt zamarzania badanego
płynu. I w tym przypadku Hg ciepłomierza opuszcza się znacznie
niżej zera podczas poruszania drutem, i w chwili pochłaniania utajo-
nej ciepłoty, kiedy badany rozczyzn zamarza, szybko podnosi się do
góry i po pewnym przeciągu czasu staje nieruchomo na podziałce,
której cyfra oznacza Δ . Mniej więcej w pół minuty, rtęć zaczyna
znów opadać ku dołowi.

Przed rozpoczęciem badań należy zawsze wypróbować ciepło-
mierz t; używamy do tego wody przekroplonej, którą nalewamy do
C, i następnie obserwujemy Δ . Jeżeli ciepłomierz jest dobry, Hg
zatrzyma się na zerze, kiedy woda zacznie marznąć. Jeśli rtęć przy
zamarzaniu wody stanie niżej zera, to od danego wyniku, otrzyma-

nego przy określaniu Δ rozczyntu soli lub moczu, należy odjąć różnicę, otrzymaną przy sprawdzaniu ciepłomierza, albo też dodać, jeżeli woda zamarza wyżej 0. Sprawdzanie ciepłomierza należy powtarzać od czasu do czasu i niema żadnego obowiązku robić tego przy każdym badaniu, jak to stwierdziłem na podstawie bardzo licznych własnych spostrzeżeń.

(D. c. n.)

II. BUDOWA RDZENIA

w świetle badań nowożytnych.

Podał

Edward Flatau.

(Dokończenie).

Pewne znaczenie praktyczne posiadają prace, w których starano się wykazać porządek, w którym powstają i następują po sobie zwyrodnienia rozmaitych pęczków rdzeniowych. Porządek ten ustalony został dotąd prawie wyłącznie dla rdzenia u zwierząt ssących. Homén zwrócił uwagę na to, że już w 3 dni po przecięciu jednej połowy rdzenia u psa powstaje zwyrodnienie wstępujące słupów tylnych. Po upływie 4 do 5 dni stwierdzić można oprócz tego zwyrodnienie niektórych włókien słupów przednio-bocznych w kierunku zstępującym od miejsca, w którym została dokonana operacja. W 5 lub 6 dni po operacji występuje również zwyrodnienie wstępujące tych słupów, a mianowicie—drogi mózdkowej i pęczków Gowers'a. Po 15—20 dniach stwierdzić można zwyrodnienie wszystkich wogóle pęczków, które mogą ulegnąć zmianom wtórnym. Worotyński (1897) twierdził, na podstawie swych badań nad psami, że z początku wyrodnieją słupy tylne i pęczek Löwentha'a, następnie—droga mózdkowa i pęczek Gowers'a, w końcu zaś dopiero droga piramidalna boczna. Badacz ten sądzi, oprócz tego, że zwyrodnienie ogarnia pęczki owe jednocześnie na całej ich rozciągłości. W pęczkach Gol'a i Löwentha'a zwyrodnienie osiąga swego największego rozwoju w 2 tygodnie po przecięciu rdzenia, w drodze mózdkowej i pęczku Gowers'a—w 3 tygodnie, a w drodze piramidalnej bocznej degeneracja włókien nie kończy się nawet po upływie czterech tygodni. Najbardziej szczegółowe dane w tej kwestyi znajdujemy jednak w pracy Schaffera

(1895), który doszedł do następujących wniosków na podstawie doświadczeń dokonanych na kotach: w 4 dni po dokonaniem przecięciu rdzenia widzieć można pęczek zwyrodnienia w słupach Goll'a (w kierunku wstępującym), w fasciculus sulco-marginalis descendens i w fasciculus intermedio-lateralis. Na szósty dzień spostrzegamy, że zwyrodnienie ogarnia również drogę mózdkową. Po 14 dniach stwierdzić można degenerację drogi piramidalnej bocznej. Najwyższy rozwój zwyrodnienia stwierdzić można w pęczku Löwenthała już po upływie 4 dni, zaś w drodze mózdkowej i w pęczkach Goll'a—po 12—14 dniach. Zwyrodnienie zstępujące słupów tylnych (w postaci pęczka Schultze'go) daje się spostrzedz w 4 dni po dokonaniem przecięciu rdzenia. Schaffer sądzi, że porządek czasowy, w którym następuje jedno po drugim zwyrodnienie oddzielnych pęczków rdzeniowych odpowiada w zupełności porządkowi, w którym jak stwierdził Flechsig, pęczki te otrzymują swe otoczki myelinowe.

Z opisu powyższego torów wstępujących i zstępujących rdzeniowych jest widoczną wielką różnorodność ich pochodzenia, przebiegu i stosunku wzajemnego do siebie. W ostatnich czasach zdołano jednak stwierdzić pewną prawidłowość architektoniczną w układaniu się topograficznym pęczków wzdłuż rdzenia.

Schiefferdecker był pierwszym, który w r. 1876 wypowiedział zdanie co do sznurów tylnych, że te włókna które biegną z najniższych części rdzenia i co za tem mają do przebycia najdłuższą drogę, leżą zawsze najbardziej tylnie i środkowo (t. j. najbliższej fissura posterior). Następnie w 1881 r. wykazał Singer, że po przecięciu lędźwiowo-krzyżowych lub też dolnych grzbietowych tylnych korzeni u psów powstaje zwyrodnienie słupa tylnego z tej samej strony, które, im bardziej ku górze, tem bardziej przybliża się do linii środkowej (septum longitud. posticum).

To samo zwyrodnienie dla górnych grzbietowych i dolnych szyjowych korzeni tylnych potwierdził Kahler (1882). Następne lata przyniosły badania doświadczałne i patologiczno-anatomiczne Löwenthała, Wagnera, Borgherini'ego, Tooth'a, Singera, Muenzera i in. We wszystkich tych badaniach głównie albo wyłącznie tylko zwracamy uwagę na prawidłowość przebiegu włókien w sznurach tylnych i niewielu badaczy (Schiefferdecker, Singer i Muenzer, Sherrington, Hoche, Soukhanoff) poświęciło uwagę swą stwierdzeniu tej prawidłowości dla sznurów przednio bocznych. I pod tym względem znajdujemy przede wszystkim w pracy Schiefferdecker'a

uwagę, że i w sznurach bocznych układ włókien przypomina układ w słupach tylnych i tu bowiem leżą najdłuższe włókna najbardziej obwodowo i ku tyłowi.

Na podstawie prac wcześniejszych badaczy i rezultatów poszukiwań zebranych przezemnie doszedłem w 1897 r. do stwierdzenia faktu, że w rdzeniu pacierzowym wyższych ssaków i człowieka daje się ustanowić prawidłowość w przebiegu włókien, polegająca na tem, że włókna krótkie wstępujące i zstępujące biegną w otoczeniu istoty szarej, że zaś przeciwnie włókna długie dążą zawsze ku jednemu z pasów obwodowych słupów rdzenia pacierzowego. Jeżeli dany pas obwodowy zajęty jest na danej wysokości rdzenia przez inny bardziej zwarty pęczek, w takim razie inne włókna długie trzymają się tuż obok tego ostatniego. Z chwilą jednak kiedy ten ustępuje i przedstawia wolne pole w pasie obwodowym, wtedy włókna uprzednio leżące nieco z ubocza układają się na obwodzie i zachowują to położenie aż do zboczenia w istotę szarą. Ponieważ prawidłowość ta 1) zachowuje swą moc nie tylko dla słupów tylnych, ale i dla bocznych i przednich, 2) daje się ona zauważyć w włóknach wstępujących i zstępujących, 3) daje się ona stwierdzić przy pomocy wielu doświadczeń, badań anatomiczno-patologicznych u ssaków i u człowieka, a wreszcie przez podrażnienia przecięć poprzecznych rdzenia pacierzowego, zdaje się więc, że zyskaliśmy możność ujęcia tego faktu w formę prawa.

Pozwoliłem sobie nazwać je prawem ośrodkowego układu dróg długich w rdzeniu pacierzowym i pojmować drogi długie i systemy rdzenia pacierzowego w świetle prawa tego.

L i t e r a t u r a .

A u e r b a c h. Beitrag und Kenntniss der ascendirenden Degeneration des Rückenmarks und zur Anatomie der Kleinhirnseitenstrangbahn. Virchow's Archiv Bd. 124. 1891.

T e n z e. Zur Anatomie der aufsteigenden degenerirenden Systeme des Rückenmarks. Anatomischer Anzeiger. 1890.

A c h a l m e et T h é o h a r i. Dégénérescence descendante des cordons postérieurs dans un cas de myélite transverse. Gazette hebdomadaire, 1901, Nr. 1.

B a r b a c c i. Die secundären, systematischen Degenerationen des Rückenmarks. Centralblatt für allgem. Pathologie. 1891. II Bd. Le sperimentale giornale medico. 1891. (Ref. Hoche'ego. Neurol. Centralblatt 1896. p. 155).

T e n z e. Sulle degenerazioni secondarie che conseguono alla lesione

longitudinale dei midollo spinale. *Riforma medica*, 1897, Nr. 36—37 (Ref. w. Jahresbericht der Neurologie und Psychiatrie 1897).

Barth. Ueber secundäre Degeneration des Rückenmarks. *Archiv der Heilkunde* 1869.

Batten and Collier. Spinal cord changes in cases of cerebral tumours. *Brain* 1899. Winter.

Bechterew. Ueber die verschiedenen Lagen und Dimensionen der Pyramidenbahnen beim Menschen und den Thieren. *Neurol. Centralblatt*. 1890.

Tenze. Die Leitungsbahnen in Gehirn und Rückenmark. Leipzig. 1894.

Tenze. Ueber das besondere, mediale Bündel der Seitenstränge. *Neurolog. Centralblatt*, 1897. Nr. 15.

Tenze. Ueber ein wenig bekanntes Fasersystem an der Peripherie des antero-lateralen Abschnittes des Halsmarkes. *Neurol. Centralblatt*. 1901. Nr. 5.

Tenze. Das antero-mediale Bündel im Seitenstrange des Rückenmarks. *Neurol. Centralblatt*. 1901, Nr. 14.

Berdez. Recherches expérimentales sur le trajet centripète dans la moelle épinière. *Revue médicale de la Suisse romande*. 1892. 20. Mai. (Cyt. *Neurol. Centralblatt* 1892, p. 510).

Bikeles. Die Phylogenese des Pyramidenvorderstranges. *Neurol. Centralblatt*. 1898, Nr. 21.

Tenze. Zum Ursprung des dorsomedialen Sacralfeldes. *Neurol. Centralblatt*. 1901, Nr. 2.

Bischoff. Compressionsmyelitis des oberen Brustmarkes. *Wiener klin. Woche*. 1896. Nr. 37.

Blum. Ueber absteigende secundäre Degenerationen in den Hintersträngen des Rückenmarks. *Dissert. Strassburg*. 1885. Ref. w. *Neurolog. Centralblatt*. 1895.

Boyce. Beitrag zur Lehre von der absteigenden Degeneration im Gehirn und Rückenmark. *Neurolog. Centralblatt*. 1894.

Briau et Bonne. Recherches sur le trajet intramedullaire des racines postérieures. *Revue neurologique*. 1898. Nr. 10.

Bruce. The endogenous fibres in the lumbo-sacral region of the cord. *Edinburgh medical Journal*. 1897 i. *Brain*. 1897.

Tenze. Note on the upper terminations of the direct cerebellar and ascending antero lateral tracts. *Brain*. 1898.

Tenze. Ueber die nicht tabetischen Erkrankungen der Hinterstränge des Rückenmarks. *Neurol. Centralblatt*. 1900. Nr. 20, p. 981.

Bruns. Ueber einen Fall totaler traumatischer Zerstörung des Rückenmarks an der Grenze zwischen Hals- und Dorsalmark. *Archiv f. Psych.* 1893. Bd. 25.

Collier and Buzzard. Descending mesencephalic tract in cat, monkey and man. *Brain*. 1901. Summer.

Dejerine et Thomas. Sur les fibres pyramidales homolatérales et sur la terminaison inférieure du faisceau pyramidal. *Archives de phys.* 1896. 5 s. Nr. 2.

Dejerine et Sottas. Sur un cas de dégénérescence rétrograde

dans les cordons antérieurs et latéraux de la moelle. Société de Biologie. 8 Juin. 1895. (La Semaine médicale. 1895. Nr. 30).

Dejerine et Théohari. Contribution à l'étude des fibres à trajet descendant dans les cordons postérieurs de la moëlle épinière. Journal de Physiologie et de Pathologie. 1899.

Dobrotworskij. Ueber die secundären Degenerationen im Rückenmark. Obozrenje psihjatrji, 1897, Nr. 9.

Donetti. Etude sur le trajet des fibres exogènes de la moëlle épinière. Révue neurologique 1897, Nr. 7.

Dafour. Sur le groupement des fibres endogènes de la moëlle dans les cordons postérieurs. Arch. d. neurologie 1896. T. II.

Durante. Des dégénérescences secondaires du système nerveux. Paris 1895.

Tenze. Contribution à l'étude des dégénérescences propagées aux lésions en foyer de l'encephale. Révue neurologique 1898, Nr. 12.

Ferrier and Turner. Philosophical Transactions of the royal society of London. 1894. Vol. CLXXXV.

Flechsig. Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark. Leipzig 1876.

Tenze. Ueber Systemerkrankungen im Rückenmark. Arch. d. Heilk. 1878. Bd. 19.

Fraser. On the posterior longitudinal bundle and the prepyramidal tract. The Journal of. Physiol. XXVII. Proceedings of the physiol. Soc. 1901. p. IV.

Flatau. Das Gesetz der excentrischen Lagerung der langen Bahnen im Rückenmark. Zeitschrift f. Klin. Med. H. 1—2. Bd. 33. 1897 i Nowiny lekarskie. 1897, Nr. 2.

Gombault et Philippe. Contribution a l'étude des lésions systematisées dans la moelle épinière. Archives de médéc. expérim. 1894. p. 365.

Ciz sami. Notes relatives à la signification de la sclérose descendante dans le cordon postérieur et aux relations qu'elle affecte avec le centre ovale de Flechsig. Progrès médical. 1894. Nr. 15.

E. Giese. Ueber das sogenannte Flechsig'sche ovale Feld in der Lumbalintumescenz des Rückenmarks. Obozrenje psihjatrji. 1897. Nr.

Tenze. Ueber die Bestandtheile der weissen Substanz des menschlichen Rückenmarks auf Grund der entwicklungsgeschichtlichen Untersuchungen. Petersburg. Dissert. 1898. (Ref. w Jahresbericht über die Leist. auf dem Gebiete der Neurologie und Psych. Bd. II. 1898).

O. Giese. Rückemarksveraenderungen bei Compression durch einen Tumor in der Höhe der obersten Segmente. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilk. 1901. Bd. 19. H. 2—4.

Gowers. Bemerkungen über die antero-laterale aufsteigende Degeneration im Rückenmark. Neurol. Centralblatt. 1886. No. 5.

Grünbaum. Note on the degenerations following double transverse, longitudinal, and anterior cornual lesions of the spinal cord. Journ. of Physiology. 1894. Vol. 16.

Held. Ueber eine direkte akust. Rindenbahn und den Ursprung des Vorderseitenstrangs beim Menschen. Arch. f. Anatomie und Physiologie. Anat. Abtheilung. 1892.

Tenze. Die Beziehungen des Vorderseitenstranges. Abhandl. der Königl. Sächsischen Akademie. d. Wiss. 1892.

Henneberg. Ueber den centralen Verlauf des Gowers'schen Bündels beim Menschen. Neurol. Centralblatt. 1901. Nr. 7.

Heyman. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Rückenmarkscompression. Virchow's Archiv. Bd. 149.

Hoche. Ueber secundäre Degeneration, speciell des Gowers'schen Bündels. Archiv für Psychiatrie 1896.

Tenze. Ueber Variationen in Verläufe der Pyramidenbahn. Neurol. Centralblatt. 1897. Nr. 21.

Tenze. Ueber die beim Hirndruck im Rückenmark auftretenden Veraenderungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. XI. 1897.

Homén. Die histologischen Veraenderungen bei der (experimentellen) secundären Degeneration des Rückenmarks. Atlas der patholog. Histologie des Nervensystems. Lief. VI.

Jacobson. Ueber Veraenderungen im Rückenmark nach peripherischer Lähmung. Zeitschrift f. Klinische Medicin. Bd. 37. 1899.

Janischewsky. Ueber die absteigenden Bahnen in den Hintersträngen. (Obozrenje psihjatrji 1899. Ref. w Jahresbericht der Neurologie und Psychiatrie. Bd. III. 1899.).

Kahler und Pick. Weitere Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems. Archiv für Psychiatrie. 1880.

Ciz sami. Weitere Beiträge zur Pathologie und pathol. Anatomie des Centralnervensystems. Archiv für Psychiatrie. 1881. Bd. 2.

Laslett and Warrington. Observations on the ascending tracts in the spinal cord of the human brain. Brain. 1899.

Lenhossék. Der feinere Bau des Nervensystems. 1895.

Lissauer. Beitrag zum Faserverlauf im Hinterhorn des menschlichen Rückenmarks und zum Verhalten desselben bei Tabes dorsalis. Archiv für Psychiatrie 1886. Bd. 17.

Long. Contribution à l'étude des fibres endogènes de la moelle. Société de Biologie. 1898, 30 Juli.

Löwenthal. Ueber den Unterschied zwischen der secundären Degeneration des Seitenstrangs nach Hirn- und Rückenmarksverletzungen. Archiv für Psych. 1883. Bd. 31.

Tenze. Neuer experimentell-anatomischer Beitrag zur Kenntniss einiger Bahnen im Gehirn und Rückenmark. Internationale Monatschrift für Anatomie und Physiologie. 1893.

Lustig. Zur Kenntniss des Faserverlaufs im menschlichen Rückenmark. Sitzungsberichte der mathemat-naturwissensch. Classe der K. Akademie der Wissenschaften. Wien. 1884. Bd. 88.

Marie. Leçons sur les maladies de la moelle. 1892.

Marguliès. Experimentelle Untersuchungen über den Aufbau der Hinterstränge bei Affen. Monatschrift für Psychiatrie und Neurol. 1897.

Marinesco. Contribution à l'étude du trajet des racines postérieures dans la moelle. La Roumanie médicale 1899, Nr. 1.

Mayer. Zur pathologischen Anatomie der Rückenmarkshinterstränge. Jahrb. für Psychiatrie 1895.

Mellus. Motor paths in the brain and cord of the monkey. Journal of nerv. and ment. diseases. 1899. Vol. XXVI. Nr. 4.

Monakow. Experimentelle Beiträge zur Kenntniss der Pyramiden- und Schleifenbahnen. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1884.

Morat et Bonne. Les éléments centrifuges des racines postérieures médullaires. Comptes rendues de l'academie des sciences. 1897. T. 125, p. 126.

Mott. Ascending degenerations resulting from lesions of the spinal cord in monkeys. Brain. 1892.

Mott and Tredgold. Hemitrophy of the brain and its results on the cerebellum, medulla and spinal cord. Brain. Summer. 1900.

Mott. Experimental inquiry upon the afferent tracts of the central nervous system of the monkey. Brain. 1895.

Müller. Untersuchungen über die Anatomie und Pathologie des untersten Rückenmarksabschnittes. Inaugural Dissertation. Erlangen. 1898.

Münzer und Wiener. Beitrag zum Aufbau des Centralnervensystems. Neurol. Centralblatt. 1895, p. 956.

Nageotte et Ettliger. Etude sur les fibres endogènes descendantes des cordons postérieurs de la moëlle à la région lombo-sacrée. Journal de physiologie et de pathologie. 1899. Nr. 6.

Obersteiner. Anleitung beim Stadium des Baues der nervösen Centralorgane IV Auflage 1901.

Tenze. Ueber das Helweg'sche Bündel. Neurolog. Centralblatt. 1901. Nr. 12.

Oddi et Rossi. Sur les cours des voies afférentes de la moëlle épinière. Archives italiennes de Biologie. 1891.

Pavlow. Le faisceau de Monakow. Névraxe. 1900.

Pick. Ueber ein wenig beachtetes Fasersystem (von Bechterew's Olivenbündel, Helweg's Dreikantenbahn). Beiträge zur Pathologie des Nervensystems. Berlin. 1898.

Tenze. Zur Lehre von der sogenannten Kommadegeneration in den Hintersträngen des Rückenmarks. Beiträge zur Pathol. und pathologischen Anatomie des Centralnervensystems, 1898.

Pfeifer. Zwei Fälle von Lähmung der unteren Wurzeln des Plexus brachialis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1891.

Pelizzi. Sur les dégénérescences secondaires dans le système nerveux central à la suite des lésions de la moëlle et de la section des racines spinales. Archives italiennes de Biologie. 1895. Bd. 24.

Probst. Zur Kenntniss der Pyramidenbahn. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1899.

Redlich. Ueber die anatomische Folgeerscheinungen ausgedehnter Exstirpationen der motorischen Rindencentren bei der Katze. Neurolog. Centralblatt. 1897. Nr. 18.

Tenze. Beiträge zur Anatomie und Physiologie der motorischen Bahnen bei der Katze. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1899.

Tenze. Zur Verwendung der Marchi'schen Färbung bei pathologischen Präparation des Nervensystems. Centralblatt für Nervenheilkunde. 1892. p. 111.

Reimers. Ueber die Degenerationen im Rückenmark nach Durch-

schneidung der hinteren und vorderen Wurzeln. (Ref. w Jahresbericht der Neurologie und Psychiatrie Bd. I. 1897.

Rothman. Ueber die secundären Degenerationen nach Zerstörung der grauen Substanz des Sacral- und Lendenmarks. Deutsche medicin. Wochenschr. 1898 Nr. 44.

Tenze. Ueber die Pyramidenkreuzung. Archiv für Psych. 1900.

Tenze. Ueber das Monakow'sche Bündel, Neurolog. Centralblatt 1900. Nr. 1, i Archiv für Psych. 1901. Bd. X. H. 5.

Rossolimo. Ueber den centralen Verlauf des Gowers'sches Bündels, Neurolog. Centralblatt, 1898. Nr. 20.

Russel. The origin and destination of certain afferent and efferent tracts in the spinal cord. Brain. 1898.

Sarbo. Ueber die Rückenmarksveraenderungen nach zeitweiliger Verschlussung der Bauchorta, Neurol. Centralblatt. 1895.

Schaffer. Ueber Faserverlauf einzelner Lumbal- und Sacralwurzeln im Hinterstrang. Monatsschrift für Psych. und Neurol. 1899.

Tenze. Ueber die zeitliche Reihenfolge der secundären Degenerationen in den einzelnen Rückenmarkssträngen. Neurol. Centralblatt 1895.

Schiefferdecker. Ueber Regeneration, Degeneration und Architectur des Rückenmarks. Virchow's Archiv. 1876. Bd. 67.

Schmauss. Vorlesungen über die pathologische Anatomie des Rückenmarks 1901.

Schultze. Beitrag zur Lehre von der secundären Degeneration im Rückenmark des Menschen, nebst Bemerkungen über Anatomie der Tabes. Archiv für Psychiatrie. 1883. Bd. 14.

Sherrington. Note on the spinal portion of some ascending degenerations. Journal of Physiology. 1893. Vol. 14.

Tenze. On nerve-tracts degenerating secondarily to lesions of the cerebral cortex. Journal of Physiology. 1889. Vol. 10.

Tenze. Further Note on Degenerations following lesions of the cerebral cortex. Journal of Physiology. 1890. Vol. 11.

Singer. Ueber secundäre Degeneration im Rückenmark des Hundes. Sitzungsberichte der K. Akademie d. Wissensch., math-naturw. Cl. Wien. 1881. p. 390.

Tenze. Ueber die Veraenderungen am Rückenmark nach zeitweiser Verschlussung der Bauchorta. Sitzungsbericht. d. math-naturw. Cl. der K. Akad. d. Wissensch. Wien. 1887.

Singer und Münzer. Beiträge zur Anatomie des Centralnervensystems, insbesondere des Rückenmarks. Denkschrift der K. Akad. d. Wissensch. Math-naturw. Cl. Wien. 1890.

Sottas. Contribution à l'étude de dégénérescences de la moëlle consécutives aux lésions des racines postérieures. Révu de médecine. 1893, p. 290.

Strümpell. Beiträge zur Pathologie des Rückenmarks. Archiv f. Psych. 1880.

Soukhanoff und Agapow. Ueber die secundäre Degeneration im Rückenmark. Neurologischer Bote. 1897. H. 2. (Ref. w Jahresbericht der Neurologie und Psych. Bd. I, 1897).

Soukhanoff. Ueber die aufsteigende Degeneration im Hirnstamm und die absteigende im Rückenmark nach Verletzung der Seitentheile. Neurolog. Bote. 1898. (Ref. w. Jahresbericht der Neurologie und. Psych. Bd. II. 1898).

Souques et Marinesco. Dégénération ascendante de la moëlle. La Semaine médicale 1895.

Stewart. Degeneration following a traumatic lesion of the spinal cord, with an account of a tract in the cervical region. Brain. Summer. 1901.

Straüssler. Eine Variation im Verlaufe der Pyramidenbahn. Neurol. Centralblatt. 1901. Nr. 18.

Thomas. Le faisceau cérébelleux descendant. Soc. d. Biologie. 9 Janvier. 1897. (Ref. Semaine médicale. 1897, p. 14).

Tenze. Le cervelet. Paris. 1897.

Tenze. Sur les fibres d'union de la moelle avec les autres centres nerveux et principalement sur le faisceau cérébelleux ascendant. Comptes rendus de la Société de Biologie, Séance du 23 Janvier. 1897.

Tenze. Etude sur quelques faisceaux descendants de la moelle. Journal de Physiol. et de Patholog. 1899. Nr. 1.

Tooth. The Gulstonian Lectures on secondary degenerations of the spinal cord. British med. Journal. 1889.

Tschermack. Ueber den centralen Verlauf der aufsteigenden Hinterstrangsbahnen und deren Beziehungen zu den Bahnen im Vorderseitenstrang. Archiv f. Anat. und Physiol. 1898.

Ursin. Rückenmarksbefunde bei Gehirntumoren. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. XI. 1897.

Waldeyer. Das Gorilla-Rückenmark, Abhandlungen der K. Akademie der Wissenschaften in Berlin. 1880.

Wallenberg. Beiträge zur Topographie der Hinterstränge des Menschen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1898.

Tenze. Gibt es centrifugale Bahnen aus dem Sehhügel zum Rückenmark. Neur. Centralbl. 1901. Nr. 2.

Weidenhammer. Zur Frage über secundäre Degeneration bei Herderkrankungen des Pons. Ref. w. Neurolog. Centralblatt. 1897, p. 712.

Westphal. Ueber künstlich erzeugte secundäre Degenerationen. Archiv für Psychiatrie. 1870. Bd. 2.

Worotynskij. Untersuchungen über secund. Degenerationen im Rückenmark nach einer queren Durchschneidung desselben. Neurol. Bote 1897 (Ref. w. Jahresbericht über die Leistungen auf d. Gebiete der Neurol. u. Psych. Bd. I. 1897).

Voigt. Ueber secundäre Degeneration bei totaler Querschnittsläsion des Rückenmarks. Inaug. Dissertation. Kiel. 1896.

Zappert. Beiträge zur absteigenden Hinterstrangsdegeneration. Neurol. Centralblatt. 1898. Nr. 3.

Ziehen. Secundäre Degeneration nach Exstirpation motorischer Rindenregion. Archiv für Psychiatrie. 1887.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

. *Chirurgia.*

218. Howard. Mięsak pierwotny przełyku i żołądka. (Journ. of the amer. med. assoc. Luty. 1902.).

Po opisanii przypadku mięsaka w odcinku dolnym przełyku z przerzutami w żołądku, nierozpoznanego za życia chorego właściwie, autor zestawia wszystkie skreślone na temat ten prace w piśmiennictwie angielskim, amerykańskim, francuzkiem i niemieckiem. Znajdujemy tu zatem 12 przypadków mięsaka przełyku i 50 żołądka; z tych 4 przypadki obserwował d-r. H. sam, w żadnym, wszelako, nie postawił rozpoznania trafnego, przyjmując cierpienie za nowotwór rakowaty i sekeya dopiero pouczyła go o istotnym stanie rzeczy. Z przytoczonego materiału kazuistycznego nietrudno wysnuć szereg pouczających wniosków co do będącego w mowie nowotworu przełyku i żołądka. Pamiętać też należy:

A) *Ad sarcoma oesophagi.* 1) Mięsaki zdarzają się częściej u mężczyzn, zwykle w tym, co i rak, lat okresie, występują jednak niekiedy i w wieku dziecięcym. 2) Zwyrodnieniu ulega najczęściej połowa dolna przełyku. 3) Guzy te mają wygląd narośli polipowych. 4) Zamknięcie przełyku zauważono w spostrzeżeniach 11. 5) U czterech osobników znaleziono przedziurawienie do narządów oddechowych. 6) Z wyjątkiem mięsaka naczyńniakowatego (*angiosarcoma*), widziano w wszelakie postaci mięsaka, najczęściej zaś nowotwory o komórkach okrągłych. 7) Przerzuty są częste i niekiedy nader rozległe. 8) Rozpoznanie na żywym jest niemożliwe w obec braku cech odróżniających od raka. 9) Śmierć następuje prędzej, niż w przypadkach raka przełyku. 10) Jak utrzymuje Stark, bóle mają tu charakter odrębny: występują wcześniej, z natury swej przypominają kolkę, a szerząc się pomiędzy łopatkami, dokuczają choremu najbardziej w nocy, wtedy więc, gdy żołądek jest pusty.

B) *Ad sarcoma stomachi primitivum.* 1) Żołądek bywa częstszym siedliskiem mięsaka, niż mniema się powszechnie. 2) Cierpienie nawiedza jednakowo często płci obie; powstaje dość często jeszcze przed 40-ym rokiem życia (37,7%), rzadziej przed 20-ym (11,44%). 3) Umiejscawia się zwykle na ścianie żołądka tylnej i krzywiznie większej; zajęcie odźwiernika zauważano tylko w $\frac{1}{4}$ przypadków. 4) Mięsak żołądka dochodzi do wymiarów znacznych; bywa niekiedy dużym, jak głowa dorosłego mężczyzny i, rosnąc w kierunku światła żołądka lub jamy brzusznej, sięgać może aż poniżej pępka. Nieraz guz taki wisi na szypule i można by go usunąć łatwo, gdyby tylko umiano dobrze stawiać rozpoznanie. 5) Mięsak taki wyrasta zwykle z podśluzówki lub warstwy mięsnej i mniejszą zdradza skłonność do wytwarzania owrzodzeń i krwotoków, niż rak. 6) Znajdywano tu wszelakie rodzaje mięsaka. 7) W porównaniu z rakiem przerzuty są

rzadsze 8) Klinicznie nie różni się niczem od raka, w 3-ch, wszelako, przypadkach rodzaj guza rozpoznano trafnie, dzięki zbadaniu mas, otrzymanych z żołądka. 9) Guzy żołądka u osobników młodych nasuwać winny myśl o mięsaku. 10) Operacya działa nader skutecznie.

K. Niedzielski.

219. Albeck. Doświadczenia i badania kliniczne nad przyczyną śmierci w przypadkach zaciśnięcia jelita cienkiego. (v. Langenbeck's Archiv. Bnd. LXV. Hft 3.).

Z wyniku badań, przeprowadzonych w sprawie przedzierania się drobnoustrojów przez ścianę zaciśniętego jelita, stwierdzono, że mniej ważne zaburzenia w krążeniu nie czynią, same przez się, ściany tej przepuszczalną i że konieczną do wytworzenia takiego stanu rzeczy jest jej zgorzel. Na podstawie materiału, zawierającego 51 przypadków wewnętrznej strangulacyi jelita cienkiego, d-r. A. przyszedł do wniosku, że, rzeczywiście, w znacznej większości razy za przyczynę śmierci uważać trzeba zapalenie otrzewny, że jednak w całym szeregu spostrzeżeń, zakończonych niepomyślnie, nie znaleziono nieraz widocznych zmian w otrzewnie; z kolei rzeczy więc nasuwa się pytanie, czy nie bywa tu czynnem zatrucie.

Kwestyę tę postarał się autor rozstrzygnąć drogą doświadczeń. U zwierząt wywoływano zaciśnięcie sztucznie za pomocą podwiązania nitkami, poczem otrzymywano zawsze prawie nader ciężki obraz chorobowy, po krótkiej poprawie po operacyi. Ogłędziny po śmierci zwierzęcia wykonywano niebawem, w jamie otrzewnowej wysięk znajdował się często, a drobnoustroje (colibacilli, staphylococcus, proteus) — zawsze. Ostatnich we krwi lub w moczu nie było wcale lub też bardzo mało. Tu znów nasuwa się wątpliwość, czy bakterye te wtargnęły przez ścianę jelita, czy też do jamy brzusznej przedostały się z zewnątrz, w przebiegu operacyi. Jakoż w 10 spostrzeżeniach wykryto drogą badania pod drobnowidzem zgorzel wszystkich warstw ściany jelita i naszpikowanie tychże przez drobnoustroje, u 14 zaś innych osobników zwierzęcych znaleziono odmienne rodzaje mikrobów w otrzewnie i w kiszce, przyczem zapalenie pierwszej było zależne niewątpliwie od laparotomii. Ważniejsze są jeszcze próby zastrzyknięć, których dokonywano z cieczą otrzewnową zdechłych na strangulacyę zwierząt; upewniono się wówczas, że ostatnie giną na skutek zaciśnięcia pętli nieraz bez objawów zajęcia otrzewny, a więc, prawdopodobnie, skutkiem zatrucia, ze strony kiszki. To podobieństwo objawów u zwierząt i ludzi wydało się autorowi tak wybitnem, że tenże nie waha się przenieść wniosków swych i na ostatnich.

Dalej starano się dowiedzieć, o ile jest jadowitą zawartość kiszki zaciśniętej i zdrowej. Jeżeli zatem zastrzykiwano do otrzewny lub do żył zawartość prawidłową jelita, zwierzęta, poddane doświadczeniu, bądź pozostawały przy życiu, bądź też zdychały wśród obja-

wów zapalenia otrzewny; osobniki, poddane infekcyom kategorii drugiej, padały szybko wszystkie bez wyjątku, a w przebiegu nader ciężkiego cierpienia zauważono symptomy takie, jak wymioty, znaczne obniżenie się ciepłoty ciała, biegunka i drgawki. W obu rodzajach doświadczeń wynik sekeyi był jednakowy: t. j. obecność drobno-ustrojów w otrzewnie i we krwi serca.

Badania dodatkowe nad wytwarzaniem się jadu i jego zależnością od bakteryi doprowadziły przede wszystkim do stwierdzenia faktu, że jad ten zachowuje się odpornie zarówno na działanie wrzątku, jak i podczas precedzania na sposób Chamberland'a; należy zatem do t. z. jadów gnilnych. Co do kwestyi wchłaniania się toksynów, nie jest pozbawionem słuszności mniemanie, że w pochłanianiu wydzielającej się z górnych pętli kiszek cieczy jadowitej przyjmują udział, prócz otrzewny, i naczynia krezki. Miejscem wytwarzania się jadu jest nie tylko odcinek jelita doprowadzający, często bardzo rozszerzony i pokryty owrzodzeniami, ale i sama pętla zaciśnięta.

K. Niedzielski.

220 A. Hildebrandt. **Spostrzeżenia nad działaniem pocisków z broni małego kalibru w przebiegu wojny z Burami.** (v. Langenbeck's Archiv. Bnd. LXV. Hft 3.).

Z rozprawy autora /podnieść należy uwagi następujące: obie strony posługiwały się przeważnie karabinami małego kalibru o szerokiej na 7—8 mm. lufie. Kul dum-dum komendy burskie nie używały. Pociski, które utkwily w ciełe, rzadko kiedy były przyczyną powikłań, jak również strzepy ubrania. Wyniary otworu wejścia zależały od kąta, pod którym kula trafiała, od jej średnicy i właściwości skóry, przyczem zauważano często kilka wejściowych otworów postrzałowych na jednym osobniku. Otwór wyjścia, w ogóle, był mniejszy i nieraz miał brzegi nierówne, tam jednak, gdzie strzelano a bout portant, ostatni dochodził do wymiarów nader znacznych.

Stosunki, uwarunkowane obecnością ran kości, układały się nieco inaczej. Wielkie otwory wyjściowe (3,5 ctm. w średnicy) wskazywały zawsze na uszkodzenie części zbitych długich kości kończyn; i tu również zauważono po kilku otworów odrazu. Niebezpieczeństwo zakażenia stało w stosunku prostym do wielkości dziur w skórze. Postrzały samych tylko części miękkich goiły się zadziwiająco prędko; gdy jednak strzelano zblizka, wyrządzając w ten sposób urazy rozległe, otrzymywano wówczas ropienia obfite i długotrwały okres gojenia. Najbardziej dotkliwie porwanie części miękkich stwierdzano w przypadkach strzaskania kości na znaczną ilość odłamów, a rozszarpaniu przez pękające części kostne ulegały tkanki miękkie, znajdujące się, i w kierunku wylotu, i wlotu kuli.

Rany krwawiły, w ogóle, słabo, nawet w razie zranienia naczyń średnich i większych; zdarzały się jednak przypadki śmierci z upływu krwi na polu bitwy. Krwotoki z jam były bardziej niebezpieczne od krwawień z dużych naczyń kończynowych, np. z tętnicy udowej.

U wyleczonych znajdowano bardzo często tętniaki naczyń większych i z tego objawu dopiero można było nieraz wnioskować o stopniu i rodzaju zadanego urazu. Śmierć naskutek upływu krwi z tętnic obwodowych nie była, bynajmniej, zbyt rzadką, co można wnosić z poważnej cyfry zabitych żołnierzy angielskich, nacierających zblizka, w stosunku do ilości rannych. Krwotoki wtórne występowały rzadko, a bóle, bezpośrednio po otrzymaniu rany były nieznaczne i nie odpowiadające często rodzajowi uszkodzenia.

Utrata przytomności po odebranych postrzale świadczyła zazwyczaj o istniejącej ranie mózgu; zjawiała się jednak i w razie obrażenia większych pni nerwowych, zwłaszcza na twarzy. W ostatniej kategorii przypadków napotymano nieraz następce, nader uparte nerwobóle, lub wklajające sprawę zakaźne zapalenie nerwów (neuritis infectiosa), dalej: zaburzenia odżywcze i objawy porażeń. Co do postrzałów brzucha, autor jest zdania, że uszkodzenie trzewów daje się wygoić i bez laparotomii (?), dziury bowiem w jelicie cienkiem są bardzo małe, a, zrdzsza, pętle kiszek usuwają się przed kulą. Postrzały nerek bardzo często nie dawały wielkiego krwotoku, za to rany tychże narządów, zadane zblizka, bywały najczęściej śmiertelne. Na rokowanie w przypadkach zranień pęcherza wpływ duży wywierała ta okoliczność, czy w chwili otrzymania pocisku narząd ten był wypełniony moczem, czy też nie. Wreszcie, zadrażnienia cewki dawały się leczyć pomyślnie.

Omawiając działanie niszczące nowoczesnej broni palnej, autor nie sądzi, by strata w ludziach w przebiegu wojen przyszłych miała być wyższą od normy tegoczesnej. Walki, wprawdzie, na dystans blizki dadzą większą liczbę zabitych, stosunek ten, jednak, wyrówna się przez daleko częstsze zapasy zdaleka. Bądź co bądź, liczba żołnierzy, umierających na skutek ran, dziś zmniejszyła się znacznie, jak również ilość kalek.

K. Niedzielski.

221. D-r. J. Roloff (z Halle). **O ręcznym nastawianiu zwichnięć bez usypiania.** (Centralbl für Chir. Nr. 16. 1902.).

Na 30-ym Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie Hofmeister omawiał sposób nastawiania zwichnięć barku, bez narkozy, polegający na zastosowaniu specjalnego wyciągu i przytoczył szereg przypadków, w których zabieg ten był nader skuteczny. Skąd inąd doświadczeń H-a nie wypróbowano, lubo metoda taka jest wcale pojętną, byłaby bardziej jeszcze godną zalecenia, gdyby z niej dało się usunąć użycie aparatu. W kierunku tym autor uprościł właśnie sposób d-ra H. i wypróbował tak ulepszoną metodę w 12 przypadkach zwichnięć ramienia, z tych z wynikiem dobrym u osobników 9-iu.

Tehnika sposobu tego jest następująca: pacyenta układa się plecami na podłodze, lekarz staje po poszkodowanej stronie osobnika, ujmując za rękę zwichniętego ramienia i zwolna zaczyna wykonywać wyciąg; energię tegoż powiększa się stopniowo, nie wychodząc jednak z granic umiarkowania. Jednocześnie ustawia się kończynę

w położeniu odsiebnem, ostatecznie zaś ramię otrzymuje pozycję prawie pionową, t. j. równoległą do osi ciała, przyczem tułów jest pochylonym nieznacznie ku tyłowi. Po ukończeniu abdukcji główka zazwyczaj siedzi już w panewce i jeśli teraz, podpierając wciąż caput humeri od strony pachy, kończynę opuścimy powoli, nastawienie jest osiągniętem.

Gdy nie ma się odpowiednio wyszkolonej pomocy, dokonanie wyciągu można powierzyć nie-lekarzowi, samemu zaś zająć się trzeba nastawianiem główki. Prawidłowe uskutecznianie metody jest dla chorego całkiem niebolesne i lękliwi nawet klienci zachowują się podczas trwania rękojzyny spokojnie. Ważnem jest, by unikać wszelkich bodźców, wywołujących napięcie mięśni, a więc: zbytecznych pociągań za kończynę, długiego a niepotrzebnego obmacywania i t. p.; należy przytem starać się odwrócić uwagę poszkodowanego, prowadząc z nim pogawędkę o przedmiotach, nie mających związku z cierpieniem.

Okres czasu, potrzebny autorowi do nastawienia, wahał się w pomysłnych jego przypadkach pomiędzy 7 i 13 minutami. Poszkodowanymi byli przeważnie mężczyźni, tego zbudowani robotnicy. Prócz zwichnięcia barku, wypróbowano ostatnimi czasy zabieg powyższy w dwóch przypadkach zwichnięcia przedramienia i osiągnięto cel zupełnie łagodnem pociąganiem ramienia w kierunku podłużnym, {wyciągiem i lekkim zginaniem obok jednoczesnego pociągania wyrostka łokciowego (olecranon) ku przodowi. Do nastawienia zużyto u jednego osobnika trzy, u drugiego—dziesięć minut czasu. Oparty na tego rodzaju danych autor proponuje, aby we wszystkich przypadkach zwichnięć, ramienia przynajmniej, starano się wypróbować przedewszystkiem jego metodę, a później dopiero, w razie niepowodzenia tejże, przystępowano do narkozy i nastawiania drogą gwałtu.

K. Niedzielski.

II. Choroby gardła i krtani.

222. Doc. D-r. M. H a j e k. **Dlaczego polipy nosowe odrastają?** „Warum recidiviren die Nasenpolypen?“ — Wien. Med. Presse. Nr. 10, 1902).

Liczne badania w ciągu ostatnich dziesiątków lat dowiodły, że polip nosowy jest wytworem przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa, znacznie zmienionej i zmiękczalej wskutek obrzęku; dlatego też polipy nosowe należy uważać nie za nowotwory, jak to czyniono dawniej, lecz wprost za obrzękowy zapalny przerost śluzówki nosa.

E. Z u c k e r k a n d l pierwszy wykazał, że budowa błony śluzowej nosa nie jest jednakową w różnych częściach jamy nosowej. Wypukła powierzchnia małżowin posiada zwartą, bogatą w naczynia warstwę łącznotkankową, gdy tymczasem powierzchnia wklęsła, prze-

wody nosowe, szczególnie górny i średni, pokryte są bardzo cienką błoną śluzową, grającą jednocześnie rolę okostny. W stanie zapalnym ta delikatna błona bardzo łatwo brzęknie w wysokim stopniu, tworząc guzy galaretowate; na miejscach zaś wystających zbręknęta część błony śluzowej wskutek swego ciężaru zwisa nadół, uciśnięte naczynia powodują zastój w krążeniu, dzięki czemu obrzmienie wzmagą się jeszcze bardziej. Tym sposobem tworzą się polipy nosowe.

Z u c k e r k a n d l stwierdził, że polipy powstają głównie w średnim przewodzie nosowym, gdyż w tej okolicy znajdują się liczne wystające wyrostki i błona śluzowa jest tam nadzwyczaj cienką. Z liczby bodźców, najczęściej wywołujących przewlekłe zapalenie śluzówki nosa, wymienić należy: ciała obce, niezbyt nosa, szczególnie w przebiegu grypy, ropienie w zatokach dodatkowych nosa, w którym wypływ ropnej wydzieliny, drażniąc ciągle błonę śluzową, podtrzymuje jej stan zapalny. Pod ostatnim względem należy mieć na uwadze głównie zatokę szczękową i zatoki kości sitowej.

Chociaż polipy nosowe zwykle bywają usuwane bardzo dokładnie, jednakże odrastają nadzwyczaj często, niekiedy nawet w dość prędkim przeciągu czasu. Nawroty mogą zależeć od 3-ch przyczyn.

1) Przedewszystkiem jest rzeczą nadzwyczaj trudną usunąć wszystkie polipy, szczególnie te, które są ukryte w górnych odcinkach przewodów nosowych i wskutek tego często bywają niedostępne dla narzędzi, zwykle do operacji używanych; pozostałe zaś, nawet bardzo małe polipy szybko rosną, do czego przyczynia się jeszcze odczyn zapalny po operacji. Leczenie w takich przypadkach polega na usunięciu wszystkich polipów wraz z przyczepami, a w tym celu niekiedy koniecznym jest odcięcie muszli średniej lub otworzenie kości sitowej. W ten sposób w niektórych przypadkach można osiągnąć zupełne wyleczenie. 2) Dalej, nawroty powstają również dzięki temu, że wywołujący je bodziec pozostaje nadal. W 40% przypadków znajdujemy w tych razach w jakiegokolwiek bądź zatoce dodatkowej nosa ropienie, po usunięciu którego polipy bezpowrotnie znikają. W podobnych przypadkach autor nie spostrzegł nawrotów w ciągu lat 8—12; najczęściej spotykał ropienie w zatoce szczękowej.

3) Wreszcie, w przypadkach innej kategorii niema ropienia w żadnej zatoce, a jednak polipy odrastają, albo też w razie obecności ropienia nawet pomyślny zabieg nie przynosi pożądanego wyniku. Takie polipy należy usuwać nie tylko z przyczepem, lecz wraz z przylegającą częścią kości. Według Z u c k e r k a n d l'a, u podstawy polipa tworzą się zgrubienia i wyrostki kostne, świadczące o tem, że i kość przyjmuje udział w przewlekłej sprawie zapalnej. Bliższe badanie wykazuje, że najgłębsza warstwa błony śluzowej ciągnie się dalej w tkankę, wypełniając przestrzenie gąbczastej kości sitowej. Świeży stan zapalny ogranicza się tylko do powierzchniowej warstwy śluzówki; gdy tymczasem w sprawach przewlekłych zastarzałych nacisk zapalny przenika głęboko, aż do komórek substancji gąbczastej; nigdy zaś naciecznienie nie zaczyna się pierwotnie w głębi. W takich przypadkach usuwanie polipów samo przez się nie zapobiegnie po-

wstawaniu nawrotów, gdyż w tkance kostnej sprawa zapalna trwa w dalszym ciągu, przy pierwszej sposobności przechodzi na śluzówkę i daje pochod do tworzenia się polipów. Dlatego więc w tych razach należy usunąć nie tylko przyczep polipa, lecz również jego podłoże kostne.

T. Borzęcki.

223. **E. Schmidt. Oparzenie gardzieli i krtani z zejściem śmiertelnem.** (Deut. med. Wochen. Nr. 5. 1902).

Autor opisuje następujący przypadek:

Dotąd zupełnie zdrowy chłopczyk trzyletni, chcąc się napić herbaty, włożył sobie do ust dziobek od imbryka, napełnionego wodą wrzącą. Czy jednakże połknął nieco płynu, czy też sama para wywołała oparzenie, niewiadomo. Natychmiastowe zbadanie gardła nie wykazało żadnych zmian, a skoro ominął pierwszy strach i ból, dziecko mogło jeszcze dobrze przeżywać. W nocy wystąpiła duszność. Na drugi dzień również nie znaleziono żadnych zmian w jamie ustnej i gardzieli. Krtani nie była wziernikowana wskutek niespokojnego zachowania się dziecka. Stwierdzono tylko duszność, oddech przyspieszony i bóle przy przełykaniu. W płucach, sercu nic chorobliwego. Po obiedzie stan chorego zaczął się pogarszać. Poczynająca się od mostka odma podskórna zajęła kark, szyję, policzki. Duszność coraz większa. Skaryfikacye skóry i wygniatanie powietrza nie pomogła. Wieczorem tegoż dnia—dokonana tracheotomia inferior. Następnego dnia przy objawach niedomogi sercowej, wywołanej powstałym lewostronnym zapaleniem płuc, przy obecności wysokiej ciepłoty, tętna skaczącego i śpiączki—dziecko zmarło.

Dane sekwcyjne: obecność rozpoznanego za życia zapalenia płuc. Nagłośnia in toto nieco obrzękła i stwardniała. Błona śluzowa strony krtaniowej nagłośni i krtani aż do samych strun rzekomych obumarła. Na jednej wysokości ze zmianami w krtani także obumarcie błony śluzowej w dolnej części gardzieli pod postacią półkola, ostro ograniczone od zdrowych części. Wysokość tego pasa obumarłego sięga prawie 1 ctm.

Głęboko umiejscowione oparzenie bez zmian w jamie ustnej i w górnej części gardzieli autor objaśnia sobie głębokiem wprowadzeniem do ust dziobka od czajnika, tak, iż przy nachyleniu nieco głowy ku tyłowi, dziecko, poczuwszy w gardle zbyt gorącą parę, a może i samą wodę, chciał, zapewne, wydać krzyk i zrobiło wdech głęboki i tym sposobem wprost do krtani wciągnęło nieco wody wrzącej.

Podług Schröttera, w niemieckiej literaturze podobnego przypadku oparzenia niema opisanego. Są, wprawdzie, cztery opisane, ale powstały one w pozycji leżącej chorego, przyczem uległy oparzeniu jama ustna, język i gardziel.

W angielskiej literaturze podobnych oparzeń spotyka się dużo. Częstość ich zależy od przyjętego w Anglii zwyczaju picia herbaty prosto z imbryka przez dziobek.

Co do leczenia podobnych oparzeń, zdania się różnią; początkowo tracheotomię uważano za niezbędną. Potem zaczęto przeciw niej powstawać, twierdząc, iż po jej zastosowaniu rozwija się zapalenie płuc nieżytowe (bronchopneumonia), powodujące najczęściej śmierć. Zaczęto więc dawać duże dawki kalomelu, stosowano wcieranie szaruchy na piersiach, pod pachą; robiono ciepłe obwijania ciała, puszczano wreszcie krew. Statystyka ostatnich lat rzeczywiście wykazała dużą śmiertelność tracheotomowanych. Von Beva u z Londynu na 14 przypadków operowanych—miał tylko 3 wyzdrowienia, a z liczby 9, leczonych szaruchą, wszyscy wyzdrowieli. Dorham—na 36 tracheotomii miał 25 zejść śmiertelnych. Mackenzie wobec tego radzi z początku skaryfikować błonę śluzową krtani, w ostateczności dopiero uciekać się do tracheotomii. Schüller jest tego zdania, iż tylko dzięki tracheotomii niektórzy są uratowani. Autor przychylił się do tego zdania.

Po za tem stosujemy u chorych silne antiphlogosa, zwalczamy niedomogę serca, dajemy lawatywy odżywcze. Po wyzdrowieniu przy powstałych zwichnięciach stosujemy rozszerzanie (Bougirung).

Powstała w danym przypadku odmę podskórną autor objaśnia przedostaniem się powietrza w czasie silnych wdechów pod tkanekę podśluzową, a stamtąd drogą łączno-tkankową pod skórę.

224. Prof. Ostman. **O poprzedzającym wewnątrznosowe zabiegi operacyjne galwanokaustycznym przypalaniu naczyń w nosie.** (Deut. med. Wochen. Nr. 14. 1902.

Ze względu na występujące krwawienia przy operacjach wewnątrznosowych, wskutek czego dalsze operowanie jest znacznie utrudnione, a nawet nieraz wprost niemożliwe, autor ucieka się do następującego sposobu, a mianowicie: przypala galwanokauterem biegnące do podlegającego operowaniu miejsca naczynia. W ten sposób postępując, autor zabezpiecza się od większych krwawień, ograniczając je do minimum, a tem samem zyskuje możliwość łatwiejszego operowania, mając dobrze widoczny dla oka teren operacyjny.

Przegroda nosowa dostaje, jak wiadomo, naczynia od art. ethmoidalis i spheno-palatina. Kierunek naczyń na przegrodzie od góry i tyłu na dół i ku przodowi. Kierunek naczyń muszli i bocznych ścian nosa (od art. spheno-palatina) podobny, jak i na przegrodzie.

Otóż autor postępuje w ten sposób:

1) *Przy usuwaniu przerostów dolnych muszli*—kokainuje dolną muszlę i za pomocą rozpalonego galwanokauteru w kierunku od tyłu i od góry ku przodowi wzdłuż dolnego brzegu kostnej części muszli aż do samej kości przypala i zamyka światło naczyń, biegnących ku zwieszającym się ponad dolnym brzegiem muszli przerostom częściom. Po przerwaniu dopływu krwi z główniejszych przynajmniej naczyń, autor wprowadza do nosa zimną pętlę, zakłada ją w utworzoną bródkę i usuwa przerosty. Nawet przy bardzo unaczynionych przerostach krwawienie ogranicza się do paru kropel, dzięki czemu nie tracimy

z oka pola operacji. Oprócz tego pętla zimna jeszcze w danym razie ma tę wyższość nad galwanokaustyczną, iż przy pomocy pierwszej łatwiej ująć in toto już nadcięte przerosty, a powtórnie, iż na małej przestrzeni przypalona błona prędzej się zagaja i rzadziej następuje powikłania ze strony narządu słuchowego.

2) Przy tamowaniu i leczeniu krwawień, pochodzących z rozszerzonych naczyń przegrody nosowej, przypalamy środkami żrącymi lub galwanokauterem miejsce krwawiące. Bywa jednak często, iż obok utworzonego strupa krwawienie występuje z drugiego miejsca i nie możemy dobrze zobaczyć uszkodzenia błony śluzowej. Autor przeto radzi w takich razach przed dotknięciem się samego miejsca krwawiącego przypalić kauterem powyżej idące naczynia i potem bez żadnej przeszkody przypalić miejsce krwawiące dotąd. W tym celu w odległości $\frac{1}{2}$ —1 ctm. za pomocą specjalnie wygiętego kantu autor okrąży krwawiące miejsce od tyłu i od góry, przyczem radzi szeroką sondą odehylić dobrze ku górze skrzydło nosa, aby je uchronić od oparzenia i aby mózż aż do samej prawie nasady nosa poprowadzić kauterem linię przypalenia.

3) Przy częściowem usuwaniu znacznie rozwiniętej dolnej muszli za pomocą nożyczek lub jakiegobądź innego używanego instrumentu następuje nieraz duże krwawienie i uniemożliwia dalsze manipulowanie w nosie. Wtedy dla unaocznienia pola operacji, galwanokauterem przypalamy biegnące tu naczynia i w utworzoną w ten sposób bródz na wypukłej powierzchni muszli dolnej wprowadzamy jedno ramię nożyczek, gdy drugie umieszczamy pomiędzy dolną muszlą i zewnętrzną ścianą nosa. Zyskujemy w ten sposób nieznaczne krwawienie i obyśmy się bez tamponowania nosa chorego, trzeba dodać, bardzo dla tegoż przykrego.

4) Przy obecności w nosie wyrostków chrząstkowatych lub listew kostnych autor stosuje przypalanie naczyń tylko przy poziomo leżących listwach i wyrostkach. Naczynia przepala się ponad miejscem operowanym resp. ponad listwą, a potem za pomocą pilki lub dłuta od dołu oddziela się listwę i piluje się ku górze do miejsca przypalenia naczyń. Krwawienie nieznaczne, gdyż i naczynia dna nosa nie wiele się przy tem uszkodzi.

III. Choroby weneryczne i skóry.

225. Jessner. Kosmetyczne i lecznicze znaczenie mydeł. (Dermatologische Vorträge für Praktiker 6 Heft. 1901. 57 str.).

Wobec szumnych reklam różnych fabrykantów mydeł, bezstronna, a z gruntowną znajomością rzeczy opracowana broszurka Jessner'a na baczność zasługuje uwagę. Nie będziemy wchodzić w szczegóły fabrykacji mydeł kosmetycznych i leczniczych, powiemy tylko ogólnikowo, że mydła otrzymuje się przez gotowanie tłuszczów, przeważnie zwierzęcych, z ługiem sodowym lub potasowym, przyczem tłuszcz

rozkłada się na glicerynę i kwasy tłuszczowe, które, łącząc się z ługami, dają obojętne sole kwasów tłuszczowych, czyli mydła. Dobre mydło, jakiego w codziennym życiu do mycia używamy, winno być wolne od nadmiaru ługu, działającego niszcząco na rogową warstwę naskórka. Przed laty dwudziestu Unna wprowadził mydła tak zw. przetłuszczone w tej myśli, że nadmiar tłuszczu zobojętniać będzie nadmiar ługu. Teoretyczne to rozumowanie żadnej nie wytrzymuje krytyki, gdyż tak. zw. zmydlanie tłuszczów następuje tylko przy temperaturze wrzenia wody, a warunku tego przy zwykłym myciu niema. W każdym jednak razie, nadmiar tłuszczu, w mydle przetłuszczonem zawarty, pokrywa warstwą ochronną naskórek i tem zmniejsza ujemne działanie wolnego ługu. Pamiętać jednak należy, że wolny tłuszcz, znajdujący się w mydle, po pewnym czasie jęlczeje i działa drażniąco na skórę. Dla usunięcia tej możliwości przygotowują mydła przetłuszczone na wazelinie i lanolinie, zdaje się jednak, że technicznie jest to niewykonalne i że, mimo zapewnień fabrykantów, przetłuszczone mydła zawierają pewną odsetkę oliwy, która przez czas ulega zjęlczeniu. Wprawdzie, dziś fabrykacja mydeł została ujęta w fachowe ręce i dlatego możemy być pewniejsi dobroci tego artykułu codziennego użytku, w każdym jednak razie obojętne, nieprzetłuszczone mydło sodowe zdaje się być najlepszem. Mydło działa przedewszystkiem odtłuszczająco, t. j. usuwa tłuszcz pokrywający skórę i keratolitycznie t. j. rozmiękcza, rozpuszcza rogową warstwę naskórka, u osobników zatem z tłustą a grubą skórą obfite stosowanie mydła jest wskazane, przeciwnie zaś u ludzi z suchą a cienką skórą mydło winno być nader ogłędnie używane, szczególnież osobniki takie powinny unikać tak ulubionego i szeroko rozpowszechnionego mydła glicerynowego, gdyż, jak wiadomo, gliceryna chciwie pochłania wodę, a tem samem suchą skórę robi jeszcze więcej suchą.

Z wyżej przedstawionego fizyologicznego działania wypływają wskazania lecznicze. Mydła wogóle, bez dodatku środków leczniczych, lub też w połączeniu z odpowiednimi lekami wskazane są w cierpieniach skóry, cechujących się nadmiernem wydzielaniem tłuszczu (seborrhoea, comedones, acne vulgaris, acne rosacea) i w cierpieniach z mniej lub więcej obfitem wytwarzaniem zrogowiałego naskórka (eczema squamosum, psoriasis, lichen ruber planus, lichen ruber verrucosus, lichen ruber acuminatus, pityriasis rubra pilaris, lichen pilaris, ichtyosis, callus, clavus, verruca vulgaris). Stosujemy mydło również w celu wywołania obfitego łuszczenia skóry przy plamach barwnikowych (chloasma, ephelis) i w pasożytniczych cierpieniach skóry (pityriasis versicolor, herpes tonsurans, sycosis parasitaria, eczema marginatum, favus) w przewidywaniu, że łącznie z naskórkem usunięte zostaną znajdujące się w nim pasożyty. Rzecz naturalna, że dodatkiem odpowiednich leków do mydeł wzmagamy działanie lecznicze tychże. Mycie zimną wodą i mydłem daje dobre wyniki przy nadmiernem poceniu się pod pachami i przy samoistnem, bez widocznych przyczyn występującem swędzeniu skóry, gdyż, aczkolwiek nie znamy istoty tej odrębnej parestezyi skóry, faktem jest empirycznie stwierdzonym, że swędzenie znika, jeśli wywołać obfite łuszcze-

nie naskórka. W świerzbie (scabies) mydło ma znaczenie przygotowawcze dla działania odpowiednich przeciwświerzbowcowych leków. Przeciwwskazane są mydła w ostrych zapalnych stanach skóry, w których naskórek staje się delikatnym, cienkim i które w następstwie wywołują obnażenie brodawkowej warstwy skóry, a nawet mniej lub więcej głębokie owrzodzenia, a więc w eczema acutum (vesiculosum, madidans, crustosum), dalej w herpes simplex (facialis, progenitalis), herpes zoster, pemphigus (vulgaris, foliaceus) intertrigo, balanitis. W tych razach robimy wyjątek tylko wtedy, jeśli mocno zaczerwieniona skóra koniecznie domaga się mydła.

Jak wiadomo, szerokiem stosowaniem w dermatoterapii cieszą się nie jęlczejące tłuszcze, jako podkład (vehiculum) dla przeróżnych leków. Tłuszcze mają tę ujemną stronę, że stosunkowo są drogie i nieprzyjemne w użyciu, zwłaszcza przy stosowaniu na większych powierzchniach skóry, a nadto brudzą i niszczą bieliznę, propozycya więc zastąpienia tłuszczów, jako podkładu, mydlami bardzo jest pożądaną. Mydło, a właściwie piana mydlana, wtarta w skórę i pozostawiona zaschniętą na ciele, o wiele jest przyjemniejszą dla chorego, niż tłuszcz, a że przytem mydło wypada znacznie taniej i nie brudzi bielizny, zdawało by się więc pozornie, że ma wszystkie warunki usunięcia tłuszczów z użycia. Niestety. Przewaga ta jest tylko pozorna. Aby podkład mógł być stosowany wszechstronnie w dermatoterapii, musi być obojętnym dla skóry, czego o mydle powiedzieć nie można. Następnie, nie powinien rozkładać znajdujących się w nim leków, ani też sam ulegać rozkładowi pod ich wpływem. Tymczasem, cały szereg związków chemicznych musi być wykreślony przy użyciu mydła jako podkładu, a mianowicie wszystkie kwasy, wiele soli i wszystkie substancje lotne. Oświadczenia fabrykantów, że dane mydło, poddane odpowiedniej próbie chemicznej, wykazuje obecność danego środka, nie nie dowodzi, a przynajmniej nie dowodzi bynajmniej, że ilość danego leku w mydle jest ta sama, jaką była pierwotnie. Leczenie mydlami musi z technicznej natury rzeczy obracać się w szczyptych ramach kilkunastu fabrycznie przygotowanych mydeł, gdyż na oczekaniu, rzecz prosta, przygotowywać ich nie można. Leczenie takie jest więc całkiem schematyczne i jesteśmy przy niem zupełnie pozbawieni możności różniczkowania przypadków. Jeżeli dodamy do tego, że nie obojętną rzeczą dla wyników leczenia jest to, czy chory używa mało lub dużo wody, czy gorącą czy zimną, jak długo stosuje namydlenie na dane miejsce skóry, to widzimy, że dawkowanie nigdy tutaj ścisłym być nie może. Że mydła lecznicze w pewnych razach oddać nam mogą doniesie usługi, wątpliwości nie ulega, ale zakres dobroczynnych ich skutków znacznie musimy ograniczyć. Mydła lecznicze podzielić można na twarde, miękkie, płynne i sproszkowane. Typem dobrego mydła twardego jest obojętne mydło sodowe, lub też świeżo przygotowane mydło przetłuszczone, nie powinniśmy jednak stosować twardego mydła w połączeniu ze związkami lotnymi, jak kwas karbolowy, mentol, gdyż one łatwo ulatniają się przy użyciu a tem samem na ich działanie wiele liczyć nie można. Typem miękkiego mydła jest mydło potasowe¹ czyli t. zw. zielone, ale ponieważ

zawiera ono nadmiar wolnego ługu, może być zatem stosowane tylko w pewnych cierpieniach skóry, a mianowicie, jeśli mamy do czynienia z grubą warstwą zrogowaciałego naskórka. Aby zrobić potasowe mydło podkładem dla maści, starano się je zobojętnić przy pomocy odpowiednich technicznych zabiegów nadmiarem tłuszczu, nie udało się jednak otrzymać mydła, któreby odpowiadało wszystkim w tym względzie koniecznym warunkom. Wyrazem tych usiłowań jest sapon unguinosus Unna'y, Mollin, miękkie mydła Keysser'a i glycerinum saponatum H. Hebr'y. Miękkie mydła mają tę przewagę nad twardymi, że można dodać do nich lotne związki, które nie ulatniają się, jeśli używać mydła przechowywanego w cynowych tubkach. Tę samą dobrą stronę mają płynne mydła lecznicze, które przeważnie składają się z miękkich mydeł, rozpuszczonych w glicerynie albo spirytusie. Do nich dodajemy leki rozpuszczalne w glicerynie i w spirytusie, a z nierozpuszczalnych związków największem uznaniem cieszy się siarka ze spirytusem mydlanym. Przy stosowaniu płynnych mydeł leczniczych na skórę winniśmy pamiętać, że tu, oprócz mydła, wchodzi w grę inny nieobojętny czynnik, a mianowicie gliceryna albo spirytus. Sproszkowanych mydeł leczniczych prawie wcale nie stosujemy, gdyż są bardzo hygroskopijne, muszą przeto być nadzwyczaj sucho trzymane, a w użyciu nie są dogodne. O mydłach leczniczych w szczególności powiedzieć można, że dużo jest powołanych, a mało wybranych i niewątpliwie wiele z mydeł, objętych cennikami fabrykantów, można śmiało wykreślić nietylko bez szkody dla lecznictwa, ale, przeciwnie, z pożytkiem. Do takich mydeł leczniczych, na wygnanie skazanych, należy przedewszystkiem mydło z kwasem salicylowym, który w mydle rozkłada się i tworzy całkiem obojętny dla skóry salicylan sodu. Jeśli nam idzie o działanie kwasu salicylowego i mydła, to przepisujemy mydło potasowe z dodatkiem np. 10% kwasu salicylowego i to w małych ilościach, aby mieć często połączenie świeżo przygotowane, w którym kwas salicylowy nie zdążył połączyć się z potasem.

Z arsenału mydeł leczniczych winno być usunięte, tak chętnie, stosowane mydło rezorcynowe, gdyż rezorcyna w połączeniu z mydłem robi się brunatną i, jako taka, drażni skórę. Mydło znów sublimatowe, ulubiony środek dezynfekcyjny do mycia rąk, wcale takim nie jest, gdyż sublimat pod wpływem amoniaku, znajdującego się w powietrzu, tworzy amidochlorek rtęci, związek całkiem dla celów odkażania obojętny. Na zasadzie tego, cośmy wyżej rzekli o zachowaniu się kwasów i związków lotnych w mydle, należy zaniechać stosowania mydła bornego, borno-tymolowego, formalinowego, karbолоwego, mentolowego i t. p. Wykreślić dalej należy z użycia mydła, jakie różne zakłady zdrojowe wyrabiają, jakoto: mydło kreuznachske, wiesbadeńskie, neundorfskie i t. p., gdyż żadnych swoistych własności nie posiadają. Natomiast, bardzo pożyteczne we właściwych przypadkach jest mydło siarczane, dziegiowe, dziegiowo-siarczane, ichtyolowe, tiolowe, kreolinowe, lyzolowe, naftolowe, naftolo-siarkowe, jodowe, nikotynowe, a poczęści kamforowe i mentolowe.

Nie będziemy tu wyliczać poszczególnych wskazań, gdyż wy-

plywają one w części z działania danego leku, a w części z rodzaju cierpienia, któremu uległa skóra, przypomnieć jednak musimy o jednej okoliczności, częstokroć przepominanej, że związków dziegiu unikać należy w cierpieniach skóry, cechujących się zapaleniem torebek włosowych i gruczołów łojowych. Pewne zastosowanie w leczeniu przymiotu wcieraniami mają tak zw. mydła rtęciowe, a mianowicie: *Sapo mercurialis* (Dietrich Helfenberg), *Sapo mercurialis unguinosus* (Unna-Beiersdorf) i *Sapolentum hydrargyri* (Görner). Są to mydła miękkie, a ilość rtęci w nich zawarta jest taka sama, jak w szarej maści. Aczkolwiek przy wcieraniach rtęciowych mamy do czynienia ze skórą normalną, pamiętać wszakże należy, że i dla zdrowej skóry mydła, zwłaszcza przy dłuższem stosowaniu, nie są bynajmniej obojętne. U osobników ze skórą grubą i tłustą chętnie stosować będziemy do wcierań mydła rtęciowe, a u osobników ze skórą cienką i suchą oddamy pierwszeństwo maści szarej, dobrze przyrządzonej, gdyż taka, niewątpliwie, najmniej drażni skórę. Na zakończenie wspomniemy o tak zw. mydle marmurowem, w którym do chemicznego działania mydła przyłącza się jeszcze mechaniczne działanie sproszkowanego marmuru.

Mydło to używa się do odkażania rąk i najzupełniej odpowiada celowi, wobec jednak własności drażniących stosować powinniśmy je nader oględnie.

Edmund Kurella.

226. Dr. W. Friedländer. **Przyczynę do sposobu przenoszenia się przymiotu.** („Zur Uebertragungsweise der Syphilis“).

Prof. E. Lesser w swoim referacie „Dziedziczność przymiotu“ zwraca uwagę na to, iż jeszcze dalecy jesteśmy od poznania prawa dziedziczności przymiotu. Jako potwierdzenie zdania jego Dr. W. Friedländer przytacza historje 4 chorych, członków jednej rodziny.

Przypadek I. Herman G., 28 lat liczący, przybył do polikliniki chorób skórnych i wenerycznych w Berlinie d. 9. IX 1898 r. Chory w 1891 r. przebył płonicę, w czerwcu 1896 r. szankra miękkiego, w sierpniu 1897 r. rzeżączkę. W szpitalu Charité d. 22 II. 1898 r. skonstatowano u chorego in sulco coronario zagojony wrzód, który wystąpił 4 tygodnie temu, a w 3 tygodnie po ostatnim spółkowaniu; na ciele liczne zabarwione blizny, wielkości soczewicy do ziarna grochu, luszczycy dłoni lewej, obrzmienie gruczołów szyjowych, łokciowych i pachwinowych, specyficzne zajęcie jamy gardzieliowej. Chory do czerwca 1898 r. był leczony wstrzykiwaniami sublimatu. Wskutek powtórnego zajęcia gardzieli i lepieży płaskich na członku chory we wrześniu tegoż roku poddał się tej samej kuracji sublimatowej. Od stycznia do marca 1899 r. nie było objawów przymiotu. W kwietniu 1899 r. chory miał szankra miękkiego. Po wyleczeniu go, mając zamiar wstąpić w czerwcu w związku małżeńskie, poddał się leczemu specyficznemu—cztery iniekcye po 0,1 Hydrargyr. salicylic. W listopadzie 1899 r. wystąpiły na tułowiu nie-

liczne guziczki (papulae) i chory otrzymał jedną injekcję 0,05 gr. i 12 injekcji po 0,1 gr. Hydrargyri salicylici. Następnie od czasu do czasu zjawiał się chory do polikliniki i nie znajdowano objawów przymiotu, dano mu jednak w tym czasie 8 injekcji po 0,1 Hydrargyri salicylici, 4 po 0,05 i 2 po 0,1 Hydrargyri thymolacetici. W marcu 1901 r. nastąpiło zapalenie prawego przyjądrza, w czerwcu tegoż roku zjawily się pojedyncze guziczki na kończynach i tułowiu i chory otrzymał 11 injekcji po 0,02 sublimatu i kali jodatam; narreszcie, w listopadzie wystąpiły wrzodziejące guziczki.

Przypadek II. Ida G., 26 lat licząca, żona wspomnianego Hermana G., zjawila się do polikliniki 6. VII. 1901 r. Była dotąd zdrowa. 20. VI. 1898 r. urodziła zdrowe dziecko, którego ojcem jest Herman G. 23. XI. 1899 r. urodziła drugie zdrowe dziecko. W grudniu 1900 r. zauważyła pierwszy raz u siebie na wargach pęcherzyki. Poronien i przedwczesnych porodów nie było. Skonstatowano na dolnej wardze liczne łepieże płaskie, obrzmienie i stwardnienie gruczołów szyjowych, łokciowych i pachwinowych.

Leczenie injekcjami sublimatu.

Przypadek III. Herman G. urodził się 20. VI. 1898, pierwsze dziecko wspomnianych rodziców; przywieziono go do polikliniki wskutek wysypki d. 6. VII. 1901 r. Stwardnienie i powiększenie gruczołów pachwinowych, obrzmienie gruczołów szyjowych, liczne guziczki na genitaliach, na ustach podejrzewa się świeże pierwotne stwardnienie. Leczenie wstrzykiwaniami.

Przypadek IV. Małgorzata G., urodzona 23. XI. 1899 r., drugie dziecko wspomnianych rodziców, zostało przywiezione do polikliniki 6. VII. 1901 r., ponieważ 10 tygodni temu na prawym policzku zjawilo się jakby skaleczone miejsce, powiększające się; przed tygodniem wystąpiła wysypka na organach płciowych. Na prawym policzku znajduje się twardy wrzód, wielkości dziesięciocfenigowej monety. Obrzmienie gruczołów szyjowych, guziczki na organach płciowych, stwardnienie gruczołów pachwinowych. Leczenie: sublimat do wewnątrz.

Z powyższych historii chorób okazuje się, że Herman G. (Przyp. I) zapłodnił swoją żonę we wrześniu 1897 r.; kiedy ciąża doszła do 5 miesiąca, zaraził się przymiotem, nie przeniósł go jednak na żonę, gdyż mieszkał oddzielnie i zaraz po wystąpieniu wrzodu udał się do polikliniki, zkąd wyszedł dopiero po rozwiązaniu się żony. Ciąża więc doszła do końca i urodziło się dziecko bez dziedzicznego przymiotu i bez odporności względem niego. Od stycznia do marca 1899 r. mąż nie miał objawów przymiotu i wtedy nastąpiło nowe zapłodnienie, a poród odbył się 23. XI. 1899 r. Mamy więc nadzwyczaj ciekawe spostrzeżenie: mąż z przymiotem, podlegający od czasu do czasu leczeniu merkurjuszem, nie zaraził swojej żony, zapłodnił ją. Dziecko ich nie odziedziczyło ani przymiotu, ani odporności względem niego, dowodem czego jest pierwotne miejsce zakażenia na prawym policzku, gdy dziecko miało już rok i 8 miesięcy. W rok po drugim porodzie żona została zarażona. Zarzut, że została ona zarażona wcześniej, upada, gdyż nie można

by wtedy wytłomaczyć, dla czego matka z nieleczonym przymiotem urodziła dwoje dzieci, które nie odziedziczyły ani przymiotu, ani odporności względem niego.

Te cztery przypadki wskazują nam, że chory ze świeżo nabytym przymiotem, od czasu do czasu podlegający leczeniu merkuryuszem, może obcować czas dłuższy ze zdrową żoną, nie zarażając jej, może mieć z nią zdrowe dzieci, nieodporne na przymiot, i zarazić ją dopiero po upływie niezwykle długiego czasu, blisko trzech lat. Fakt, iż dziecko nie odziedziczyło przymiotu po ojcu, potwierdza przypuszczenie, że dziedziczenie przymiotu przez dzieci po ojcu, syfilityku, nie jest obowiązkiem. *T. Podczaski.*

227. Prof. E. Finger. **Wrzód miękki i przymiot.** „Ulcus molle und syphilis“.

Zacięta walka, która wrzała przez dwa wieki a tliła się jeszcze do końca siódmego dziesiątka ubiegłego stulecia, walka o jedność zarazka trójcy wenerycznych chorób,—trypra, szankra miękiego i przymiotu, a następnie walka o jedność zarazka szankra miękiego i przymiotu ucichła już na zawsze dzięki odkryciu swoistego ziarnika tryprowego przez Neisser'a i swoistej pałeczki szankra miękiego przez Ducrey. Wiekopomne te odkrycia skierowały badania nasze na całkiem nowe tory i wyjaśniły wiele dotychczas ciemnych stron różnych spraw chorobowych.

Swieży Lenglet'owi z Paryża udało się otrzymać czyste hodowle lasecznika Ducrey'a, które po zaszczepleniu dawały szankry miękie tak, że dziś swoistość laseczki Ducrey'a jest niewątpliwą.

Powyższe odkrycia potwierdziły to, co wielkie umysły zeszłych wieków przeczuwały i o co walczyły. Prace Ducrey'a pod względem naukowym doniosłe mają znaczenie, a teraz wypada nam zastanowić się, jakie mają one praktyczne znaczenie. Niestety! Badania Ducrey'a posiadają bardzo małe praktyczne znaczenie! Niestykanie ważne znacznie ma zarówno dla lekarza, jak i dla chorego wczesne rozpoznanie, czy dane owrzodzenie jest tylko wrzodem miękim, czy też pierwotnym przymiotowem owrzodzeniem, zwłaszcza że ostatnie przedstawia się częstokroć bez wybitnego stwardnienia, tego ważnego objawu rozpoznawczego. Znalezienie pałeczki Ducrey'a w danym owrzodzeniu kwestyi bynajmniej nie rozstrzyga. Nieznany dotychczas zarazek przymiotu daje objawy kliniczne dopiero w kilka tygodni od czasu wnikięcia do ustroju i autor przytacza kilka swoich przypadków, w których pomimo znalezienia obfitej ilości pałeczek Ducrey'a i obfitego ropienia, w kilka tygodni wystąpiło stwardnienie dna owrzodzenia a następnie ogólne objawy przymiotu. Spostrzeżenia te dowodzą, że znany już zarazek szankra miękiego obok nieznanego jeszcze zarazka przymiotu może rozwijać się całkiem samodzielnie i niezależnie i, że wszelkie przypuszczenia (F e d e r n, Wiener med. Presse № 50. 1901), jakoby obfite ropienie w szankrze miękim miało przeciwdziałać rozwojowi

zarazka przymiotu, przypuszczenia, które bynajmniej nie są nowością, bo od czasu do czasu zjawiały się i w dawnym piśmiennictwie, nie mają dziś żadnej podstawy, dawna więc nauka o szankrze mieszanym w badaniach bakteriologicznych doby obecnej zyskała potwierdzenie. Stoimy, jak dawniej, wobec niemożności wczesnego rozpoznania przymiotowego owrzodzenia i, jak dawniej, potrzebna jest nam kilkotygodniowa obserwacja, aby określić istotę cierpienia. Jedno tylko praktyczne zastosowanie ma zdobycz *Ducrey'a*. Zajmującym się chorobami wenerycznymi zdarzają się przypadki owrzodzeń na prąciu, mających wszystkie cechy kliniczne szankra miękkiego, które jednak niewątpliwie powstały samodzielnie, najczęściej wskutek niezycznego utrzymania. Pochodzenie owrzodzeń tych było ciemne, zaprzeczano możliwości samodzielnego ich powstawania i w takich właśnie owrzodzeniach nie znajdujemy typowych pałeczek *Ducrey'a*. Pochodzenie takich owrzodzeń samodzielnie, pod wpływem innych nie—*Ducrey'owskich* drobnoustrojów dziś już nie ulega wątpliwości, co w sprawach sądowo-lekarskich doniosłe może mieć znaczenie.

Edmund Kurella.

228 *Jacquet.* Wyłysienie pochodzenia zębowego. (*La semaine médicale* Nr. 7 1902).

Cierpienie, skóry zwane *alopecia areata s. arca Celsi*, uważane jest jako pochodzenia prędeż nerwowego, niż pasorzytniczego, lecz objaśnienia dawane dotychczas na dowód neuropatycznego pochodzenia tej choroby nie są wystarczające. O wiele dokładniejszą i pozatem ciekawą pod względem terapeutycznym teorię pochodzenia *areae Celsi* przedstawił *Jacquet* na posiedzeniu Towarzystwa Dermatologicznego w Paryżu w dniu 6 Lutego 1902r. Na zasadzie licznych spostrzeżeń klinicznych autor przekonał się o związku ogniskowego wypadania włosów z nerwobólami dolnego nerwu trójdzielnego, powodowanymi przeważnie przez cierpienia zębów i jamy ustnej (próchnica zębów, zapalenie miazgi zębowej, zapalenie okostnej zębodołów, dziąseł, przetoki zębowe i t. d.), oraz sprawa, wprawdzie, fizyologiczna, lecz często połączona z bólami, wyrzynania się zębów mądrości). Związek ten uwydatnia się przez dwa rzędy zjawisk klinicznych, obserwowanych przez autora: popierwsze, że *alopecia areata* najczęściej spotyka się w wieku największego natężenia spraw fizyologicznych i patologicznych zębów, i powtórze, że *alopecia areata* umiejscawia się zawsze na tej stronie, gdzie znajduje się chory ząb; w razie obustronnej *area Celsi* zęby również cierpią z jednej i drugiej strony. Drugim dowodem częstotności pochodzenia zębowego wyłysienia służą niektóre zaburzenia uboczne, istniejące jednocześnie z *area Celsi* i umiejscowione po stronie wyłysienia i chorego zęba. Do tych zaburzeń należą, według autora, zaczerwienienie policzka lub ucha lub obu jednocześnie (*erythrosis auriculofacialis*) z miejscowem podniesieniem ciepłoty lub beztakowego, opuchnięcie gruczołów podszczękowych i migdałków (przeważnie u dzieci) po stronie wyłysienia oraz nadczułość mięśni i nerwów. Ostatnia czasami bywa skrytą i występuje dopiero przy ucisku

w postaci bóln w miejscach wyjścia nerwów czuciowych twarzy, szyi oraz karku (*points douloureux*). Skonstatowanie tej jawnej lub ukrytej nadeżności skórno-mięśniowej jest—wobec częstego braku widocznych dla oka cierpień zębów i dziąseł—bardzo ważnem dla rozpoznania zębowego pochodzenia *alopecia areatae*.

Henryk Hirschfeld.

229. G. Jackson. O leczeniu herpes tonsurans za pomocą jodu z tłuszczem gęsim. („La semaine médicale“ Nr. 8 1902.)

Wiadomo, że cierpienie skóry, wywołane przez *trichophyton tonsurans*, dość szybko i łatwo ustępuje pod wpływem środków przeciwpasorzytniczych w tym razie, jeżeli jest umiejscowione na częściach skóry, pozbawionych włosów; lecz na uwłosionej części głowy lub na brodzie (*tinea tonsurans*), jak wiadomo, wymaga zwykle mniej lub więcej dłuższego leczenia, połączonego z wyrwaniem włosów (*epilatio*). Według d-ra Jackson'a, można znacznie przyspieszyć wyleczenie tego rodzaju liszaj strzygących bez nieprzyjemnej dla chorego procedury wyrwania włosów, za pomocą leczenia, stosowanego przez niego od pewnego czasu w klinice w Nowym Jorku. Leczenie polega na stosowaniu środka nie nowego przy tej chorobie, mianowicie jodu, lecz w połączeniu z tłuszczem gęsim, co stanowi oryginalność tego zabiegu terapeutycznego. Skóra jest łatwo przenikalną dla tłuszczu gęsiego, który pociąga za sobą jod, działający w ten sposób i na najgłębiej leżące pasorzyty. Autor używa maści, składającej się z 4 części jodu metalicznego na 30 części tłuszczu gęsiego. Stosuje się maść na miejsca dotknięte cierpieniem dwa razy na dobę, dopóki nie zjawi się lekki obrzęk skóry, poczem maść stosuje się tylko raz na dzień. Po dwóch tygodniach lub nieco wcześniej miejsce smarowane zupełnie łąsieję na podobieństwo *alopecia areata*; wkrótce jednak potem wyrastają zdrowe włosy. Z początku maść wywołuje nieznaczny ból, przeważnie przy stosowaniu na brodzie. W takim razie autor przerywa leczenie na kilka dni i smaruje skórę 3% salicylową oliwą prowancką aż do zniknięcia podrażnienia skóry, poczem powraca do maści z jodem.

Henryk Hirschfeld.

IV. Choroby kobiet i akuszerya.

230. W. Mandelberg. Perineotomia profilaktyczna podczas porodu. (Żurnał akusz. i żeńskich boleznij 1901, № 5 i 6).

Technika tej operacji polega na tem, że operator podczas bólu porodowego przecina nożem krocze warstwami po linii środkowej krocza (*raphe*), począwszy od wędzidelka aż do linii büschiadica lub też do zwieracza odbytnicy. Po porodzie i odejściu łożyska ranę się zaszywa, poczem szwy na kroczu zdejmuje się na 4—6 dzień, a od

strony pochwy na 8 dzień. Na mocy licznych obserwacji, dokonanych w klinice Prof. Ott'a, autor przyszedł do następujących wyników:

1) Technika tej operacji i zaszcycia krocza jest bardzo łatwa w porównaniu z cięciami bocznymi lub pęknięciem krocza.

2) Po zaszcyciu krocze lepiej funkcjonuje, aniżeli po cięciach bocznych lub pęknięciach krocza.

3) Warunki gojenia się rany są o wiele lepsze.

4) Operacja powyższa zupełnie znosi opór krocza i znakomicie przyspiesza poród.

5) Po dokonaniu perineotomii należy uwolnić główkę płodu powolnie i ostrożnie, wtedy kiszka stolcowa zostanie nienaruszoną.

6) Często bywają takie krocza, których pęknięcie jest nieuniknione.

7) Niekiedy jesteśmy zmuszeni dokonać perineotomii w celu przyspieszenia porodu i usunięcia objawów groźnych.

8) Wskazania do tej operacji: poród u starych pierwiastek, stany patologiczne części miękkich (syfilis, blizny, wrzody), każde położenie płodu (oprócz potylicowego), porody operacyjne (kleszcze, ekstrakcja). Perineotomia jest wskazaną w tych przypadkach, gdzie należy w celu przyspieszenia porodu usunąć opór ze strony krocza. Dalej, w przypadkach, gdzie powstają na kroczu objawy zmienionej cyrkulacji (plamy, obrzęk).

9) Przy bliznach krocza perineotomia ułatwia zeszytie krocza.

10) Zeszytie krocza po perineotomii należy rozpocząć od strony pochwy, a potem zeszyć krocze.

M. Warszawski.

231. A. P. Kochanow. **Ciąża jajowodowa i jednocześnie ciąża wewnątrzmaciczna.** (Żurnal akuszerstwa i żeńskich bolezniej. 1901 Nr. 4).

31-letnia wieloródka przyjętą została do kliniki 16 stycznia 1901 r. Poprzednie porody i położki przebiegały normalnie. Ostatni peryod w październiku 1900 r. Po dwóch miesiącach omdlenie, osłabienie ogólne i krwawienie z organów płciowych. Przed 3 tygodniami chora zauważyła guz ponad spojeniem łonowem. Po badaniu rozpoznano ciążę jajowodową, poronienie jajowodowe w 2 miesiącu ciąży, przyczem płód został wydany do jamy brzusznej. Podczas laparotomii ujawniło się, że oprócz poronienia jajowodowego macica była w 4 miesiącu ciąży. Prawdopodobnie, obie ciążę: maciczna i zamaciczna jednocześnie się zaczęły.

Na 23 dzień po operacji chora poroniła 4-miesięczny płód. W dniu 2 kwietnia chora opuściła klinikę w stanie zupełnego zdrowia.

M. Warszawski.

232. Beurnier. **Leczenie zapalenia macicy.** (Bull. génér. de thérapéut. Année 70. C. f. Gyn. 1902. Nr. 3, p. 77).

1) W ostrem zapaleniu wewnątrzmacicza należy zalecić spo-

kój absolutny, kataplazmy lub lód i tampony z gliceryny lub wazeliny, oraz gorące irygacje do pochwy. Przy udziale jajowodów i otrzewny w procesie zapalnym może być obawa o życie.

2) Endometritis haemorrhagica leczy się cudownie przez wy-skrabanie. Nawroty pomimo to są dość częste

3) Endometritis chronica simplex leczyć należy przez powolne rozszerzanie i przemywanie jamy macicy, oraz tuszowanie płynami: tra jodi, argento nitrico, acido chromico, zinco chlorato. Leczenie wymaga cierpliwości i ze strony lekarza i strony pacjentki.

4) Endometritis chronica purulenta można traktować jak postać poprzednią. Należy jednak uprzedzić, że z chwilą, gdy cały mięszs macicy wciągnięty zostanie w sprawę chorobową, wypadnie wyluszczyć macię.

5) Leczenie zapalenia macicy elektrycznością nie dało dotychczas wyników zadowalniających.

6) Amputacja części pochwowej okazuje się często niezbędną.

7) Endometritis u dziewic leczyć należy za pomocą pędzlowania jodyną lub też wstrzykiwania jodiny szpryką Braunowską.

8) W tuberkulozie, skrofulozie należy przedewszystkiem uwzględnić stan ogólny chorej.

9) Nie należy robić skrobienia w każdej postaci eudometritidis.

10) Nie należy zapominać o tem, że macica wyleczona może uleść nowej sprawie zapalnej.

11) Po rękoczynach chirurgicznych dobre wyniki daje hydroterapia.

12) Nie należy nigdy zaniedbywać leczenia ogólnego.

M. Warszawski.

233. C. A m a t. Tamowanie krwotoków za pomocą żelatyny. (Bull. génér. de therapeut. T. CXL. Zeszyt 16. C. f. Gyn. 1902 Nr. 3, p. 78).

Autor wymienia choroby, w których stosowano rozezyn żelatyny w celu tamowania krwotoku.

Lancereaux, Fränkel i inni leczyli tętniaki za pomocą wstrzykiwań podskórnych rozezynu żelatyny. Wstrzykiwania są często bardzo bolesne, tak iż Klemperer musiał zaniechać dalszych wstrzykiwań w jednym przypadku. Z dobrym skutkiem stosowano wstrzykiwania żelatyny w krwotokach żołądkowych i płucnych. Siredey leczył 9 przypadków krwotoków macicznych, tamponując macię gazą (w paskach), zmoczoną w rozezynie żelatyny. Dalché stosował żelatynę do tamowania krwotoków w raku macicy; jednakże wytworzył się w macicy skrzep, który zropiał, powodując gorączkę i bóle. Rozezyn żelatyny w krwotokach nosowych dał znakomite wyniki, również dobre wyniki otrzymano z iniekcji podskórnych żelatyny w purpura haemorrhagica, mnogich wybroczynach podskórnych i krwawieniach z dziąseł etc. Krwotok po pijawkach ustaje po stosowaniu zewnętrznem żelatyny (2%) i kwasu sali-

cyłowego ($1\frac{1}{2}\%$). Karchery wstrzyknął 5 chorym na godzinę przed operacją 200 ccm. roztworu 2% żelatyny. Tętno i żyły krwawiły jak zwykle, lecz z małych naczyń i kapilarów sączyło się mało krwi i cała powierzchnia rany szybko się pokryła skrzepami krwi, jednakowoż u kilku chorych w parę godzin po operacji powstał dość obfity krwotok. Według Carnota, żelatyna ścina krew w uszkodzonym naczyniu, a skrzep się bardzo prędko organizuje; żelatyna sprzyja rychłozrostowi.

Roztwór żelatyny działa hemostatycznie nie tylko w postaci wstrzykiwań podskórnych, lecz i stosowany nazewnątrz, a nawet wskutek rezorbey przez błonę śluzową organów trawienia. Według zdania Lancereaux, działaniu żelatyny sprzyja to, że ściana naczynia nie jest zupełnie gładka i że bieg krwi jest zwolniony, dla tego też niema obawy, aby krew skrzepła w naczyniach normalnych.

M. Warszawski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

234. Abortus.

W abortus habitualis i porodzie przedwczesnym płodów (martwych) Lomer stosuje przez czas całej ciąży kali jodatam w połączeniu z żelazem. Środek ten działa na 3 główne przyczyny poronienia nawykowego: lues hereditaria, Schwangerschaftsniere i na sprawę zapalną doczesnej w endometritis. W 21 przypadkach rezultat był znakomity. Kali jodatam, podobno, powstrzymuje krwotoki wewnątrzłożyskowe, a żelazo w tych razach leczy stale towarzyszącą niedokrwistość.

235. Alcohol.

D-r. Klein stosował w 52 przypadkach *przemyswanie macicy 50% roztworem wysokim* — w 35 przypadkach przy podniesieniu się temperatury po porodzie, w 17 — po operacjach akuszerijnych (usunięcie resztek łożyska, obrót i t. p.). We wszystkich przypadkach rezultat przemyswania był pomyślny: u gorączkujących temperatura o-

padła, ogólne poczucie polepszało się. Pierwszy zaproponował ten sposób Ahlfeld. (rozprawa Marburska).

(Praktiez. Medyc.)

236. (jz) Aspirinum.

Na pos. Tow. Norymberdze Merbel podnosił skuteczność aspiryny w napadach podagrycznych.

(M. m. W. 1902).

237. (jz) Combustura.

W oparzeniach oka wapnem Hoppe zaleca jako środek doraźny wprowadzenie do łącznicy 2% maści lanolinowej holokokainy. Środek ten radzi mieć w apteczce podręcznej przy budowie gmachów. (C. f. Augh. 2. 1902).

238. (jz) Diarthoea.

Soupan t w rozvolnieniach przewlekłych zaleca duże dawki kwasu solnego. Stosując 1—2 grm. HCl pro die otrzymywał wyniki po kilku tygodniach wyborne. Kwas solny wywołuje chwilową cieśń odźwiernika i zapobiega zbyt szybkiemu opróżnianiu żołądka.

(Sol. de ther. 12 III).

239. Hydrocele.

Autor zaleca następujące postępowanie: należy posmarować miejsca chore słabym, lub mocniejszym roztworem gwałkol'u posypać liposokiem (gumą) i przykryć watą. Opatrunek należy zmieniać 2 razy dziennie (rano i wieczorem). Oprócz tego należy zalecić spokój. Leczenie trwa 10—20 dni. Autor zachwycony wynikami wyśmieniłymi.

240. (hul) Sapolan.

Appel stosuje ten środek przeciwko swędzeniu w następujących postaciach:

Sapolon.

Aq. plumbi \overline{aa} 50,0

lub Sapolan 30,0

Zinci otyd. 20,0

Aq. plumbi 50,0

W strophulosis oprócz ichtyolu do wewnątrz przepisuje on maść zawierającą 10% ichtyolu na 90% sapotanu. Środek ten służy mu również do uśmierzania bólu w cierpieniach skórnych wytwarzających pęcherzyki i pryszczki.

(Mon. f. prakt. Derm. Bd. 33, Nr. 7).

216. (hul) Tabes dorsualis.

Według Bockharta w początkowym okresie władu rdzenia leczenie rtęcią daje dobre rezultaty. Najodpowiedniejszy jest na-

stępujący sposób postępowania: Dokonywa się 20—25 wcierań szaruchy po 2,5—4,0 obok starannej kontroli stanu ogólnego. Jednocześnie chory bierze kąpiele ciepłokie (Thermalbad, Wiesbaden) 25—27° R. po 10—15 minut od 4—5 razy w tygodniu. Podczas kuracji zaleca się leżenie 12 godzin dziennie, częste pozostawianie na świeżem powietrzu i korzystanie z krótkich przechadzek. Natężeń umysłu oraz używania tytoniu i alkoholu możliwie należy unikać. Leczenie powyższe powtarza się rok rocznie. Wcierania mogą być zastąpione przez zastrzykiwania sublimatu po 0,01, tymczasem gdy nierozpuszczalne sole rtęciowe i wewnętrzne podawanie rtęci nie są tutaj odpowiednie. Od jodku potasu B. nie otrzymał żadnego działania leczniczego. Wynik opisanej wyżej kuracji uwidoczni się nie zaraz, lecz każe na siebie czekać. Na 58 chorych w początkowym okresie władu rdzenia, leczonych w sposób powyższy od 3 do 6 razy, u 14-tu nastąpiło wyzdrowienie, u pozostałych zaś znaczna poprawa.

(Monatsh. f. prakt. Derm. Bd. XXXIV, Nr. 1).

V. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z d. 15 kwietnia 1902 r.

I. Brudziński przedstawił 3 przypadki choroby Little'a.

1) Dziewczynka lat 5, przedwcześnie (w 7-ym miesiącu) urodzona. Poród był bardzo ciężki. Już w pierwszych miesiącach matka zauważyła sztywność w nóżkach. Nie chodziła zupełnie. Po stosowaniu przez czas dłuższy masażu dolnych kończyn dziecko, choć

z trudnością, zaczęło chodzić. Stan obecny: sztywność kończyn dolnych, stopy zwrócone dowewnątrz, odruchy kolanowe znakomicie możone, chodzi z trudnością, zaczepiając końcami palców o podłogę. Zaburzeń czucia niema. Strabismus. Inteligencya zachowana.

2) Chłopiec lat 8, z domu podrzutków, obarczony dziedzicznym. Zaczął chodzić, mając lat 4, z wielką trudnością. Mówi parę pojedynczych wyrazów i wydaje oddzielne dźwięki. Rozumie wszystko. Zaburzeń w oddawaniu moczu ani kału, ani też zaburzeń czucia niema. Nieznaczna sztywność kończyn dolnych, stopy zwrócone dowewnątrz, odruchy kolanowe wzmożone.

3) Dziewczynka lat 9, z Domu podrzutków. Chodziła zawsze z trudnością, jak i obecnie. Inteligencya nietknięta. Objawy w dolnych kończynach te same, co i w poprzednim przypadku.

W dyskusyi nad demonstracją Brudzińskiego Waclaw Łapiński porusza sprawę leczenia choroby Little'a, uznawanej do niedawna za nieuleczalną. Przed kilku laty dopiero Hoffa i Lorenz opracowali dokładny plan leczenia (objawowego, oczywiście) tej choroby.

W chorobie Little'a mamy do czynienia z zachwianiem równowagi pomiędzy inerwacją mózgową t. j. neuronu ośrodkowego korowego, działającego hamująco i inerwacją rdzeniową, t. j. neuronu obwodowego, powodującego czynność odruchową. Czynność drugiego neuronu przeważa nad czynnością pierwszego i stąd mamy w chorobie Little'a wzmożenie czynności odruchowej. Leczenie powinno polegać na tem, ażeby wzmocnić czynność neuronu ośrodkowego i osłabić neuron obwodowy. Odpowiednie zabiegi mechaniczne i chirurgiczne czynią zadosyć powyższemu wskazaniu. W chorobie Little'a mamy do czynienia ze skurczem spastycznym mięśni ksobnych i zginaczy, które z tego powodu przeważają nad ich antagonistami, t. j. mięśniami odsiebnyymi i wyprostnymi. Wobec tego faktu, Hoffa radzi osłabiać napięcie pierwszych (ksobnych i zginaczy) przez stosowanie t. zw. siekania (tapotement) ich ścięgien, co, zdaniem Hoffy, działa przeciwskurczowo; natomiast mięśnie odsiebne i wyprostne należy masować w sposób zwykły. W przypadkach cięższych (zwłaszcza wobec przykurzeń) wskazane są: tenotomia, tendectomia, redresement i opatrunki gipsowe w położeniu nadmiernego wyprostowania (Hypercorrectur). Wreszcie, w czasach najnowszych zaczęto z powodzeniem stosować zabieg chirurgiczny, zalecony przez Drobnika w celu leczenia porażań dziecięcych, a mianowicie przenosić czynność jednych mięśni na drugie przez przeszczepianie ścięgien (Eulenburg—Sonnenburg, Hoffa). Poza tem ważnym czynnikiem leczniczym są ćwiczenia gimnastyczne z oporem i systematyczna nauka chodzenia w celu podporządkowania odruchów czynności dowolnej i stopniowego przekształcania aktu chodzenia z czynności odruchowej na dowolną i wreszcie automatyczną. Systematycznie stosowane leczenie mechaniczno-chirurgiczne może sprowadzić wielką poprawę. W końcu swego przemówienia Ł. wspomina jeszcze o jednym objawie choroby Little'a, który stwierdził u jednego z trojga dzieci, przedstawianych przez Brudzińskiego, a mianowicie: w stawie kolanowym, zgiętym pod

kątem ostrym, na szczycie znajdujemy mniej więcej środek rzepki (co zależeć ma od wydłużenia się więzów rzepkowego), normalnie zaś na szczycie stawu znajdujemy kłykieć wewnętrzny kości udowej i górną część rzepki.

II. Bornstein Maurycy odczytał rzecz p. t. „Rozpoznanie różniczkowe neurastenii i pierwszych okresów bezwładu postępującego“, która wkrótce ukaże się w całości na łamach „Kroniki“.

W dyskusyi wzięli udział: Piltz, Flatau, Pawiński i prof. Baranowski.

Piltz zwraca uwagę na niektóre szczegóły, które mogą się okazać pomocnymi przy różniczkowym rozpoznaniu neurastenii i bezwładu postępującego, a mianowicie: hypo- i analgezya, zaburzenia węchu i smaku, które wykazują przeszło 50% paralityków i wreszcie forma żrenic; przy bezwładzie często żrenice bywają owalne lub kąciowate, prztem niekoncentryczne.

Flatau zaznacza, że Bornsteinowi chodziło, jak to widać z odczytu, o trudności rozpoznawcze w początkowych okresach bezwładu, objawy zaś przytoczone przez Piltza występują dopiero w okresach późniejszych. Zdaniem F., najważniejsze ma znaczenie dla lekarza praktyka przy rozpoznawaniu bezwładu postępującego w odróżnieniu od neurastenii — dementia praecox — postać zniechęcenia umysłowego bez idei ekspantywnych. F. zwraca uwagę na semisyje w przebiegu bezwładu postępującego, trwające nieraz rok cały; semisyje mogą nieraz prowadzić do nadziei nieuzasadnionych i mylić rozpoznanie.

Pawiński zaznacza, że w początkowych okresach bezwładu występują zaburzenia w inercyji serca, a mianowicie trojakiego rodzaju: 1) tremor — drżenia, chory ma uczucie, jakby ptak skrzydłami uderzał; 2) typowa hemisystolia — na dwa uderzenia serca — jedno uderzenie pulsu; 3) tachycardia paroxysmalis. Zdarzają się również i zaburzenia w częstoci tętna. Zaburzenia w inercyji serca występują w słabym stopniu i w neurastenii, ale nigdy nie dochodzi do zmian tak wybitnych.

Prof. Baranowski jest zdania, że, jakkolwiek specjaliści słusznie podnoszą znaczenie szczegółów, to jednak decydujące znaczenie ma, według prof. B., w rozpoznawaniu początkowych okresów bezwładu całość obrazu chorobowego — stan psychiczny, a najważniejszym objawem jest zmiana osobowości.

Co do konsekwencji praktycznych, prof. B. podnosi kwestyę ubezwłasnowolnienia. Prawnie jest to zwykle możliwe już zapóźno. Nawet już w późniejszych okresach, kiedy niema już wątpliwości co do istnienia bezwładu, prawnie nie można chorego ubezwłasnowolnić pomimo całego szeregu niekonsekwencji, bowiem zawsze wyłomaczyć się to daje oryginalnością charakteru, prawo kładzie swoją rękę dopiero po znaczniejszych przekroczeniach. W odpowiedzi Piltzowi Bornstein zaznacza, że hypalgezyi w pierwszych okresach bezwładu może wcale nie być, zaś co się tyczy zaburzeń węchowych, to wśród objawów charakterystycznych dla pierwszego okresu bezwładu postępującego, wzmianki o tem w literaturze nie napotkał.

Pawińskiemu B. odpowiada, że o hemisystolii, jako o częstym objawie ze strony serca w pierwszych okresach bezwładu nie wiedział: miałyby to pewne znaczenie rozpoznawcze. Co zaś do tachykardii napadowej, to sądzi B., że może ona występować równie często w neurastenii, jak i w początkach bezwładu.

Prof. Baranowskiemu Bornstein odpowiada, że, właśnie ubezwłasnowolnienie paralityka następuje zwykle po jakimś poważnym i nie burzącym już żadnych wątpliwości wybryku ze strony chorego, sądzi jednakże, że zdawanie sobie sprawy z poszczególnych danych różniczkowo-rozpoznawczych pomiędzy neurastenią, a bezwładem postępującym, a tę wartość praktyczną, że na takiego podejrzanego chorego można dość wcześnie zwrócić szczególną uwagę i jaskrawszy jakiś wybryk będzie tylko potwierdzeniem powziętego zawczasu przypuszczenia co do istnienia w danym przypadku bezwładu postępującego.

VI. Z Towarzystw Lekarskich w Wiedniu.

Gesell. d. Aerzte. Posiedzenia z d. 18/IV i 25/IV 1902.

1. Prof. Neumann przedstawił 7-letniego chłopca z *Ichthyosis simplex* i *psoriasis vulgaris*. Obecność tych cierpień jednocześnie u jednego osobnika dotychczas jeszcze nie była spostrzegana.

2. Doc. Hajek przedstawił chorego, któremu usunął z *oskrzela ciało obce*. Choremu wykonano nacięcie tchawicy wskutek przymiotowego zwężenia krtani, a następnie rozszerzano krtani za pomocą cynowych czopków, opatrzonych nitką. Chory, chcąc wyciągnąć czopek, zerwał nitkę i czopek wpadł do prawego oskrzela. Wkrótce ciepłota podniosła się aż do 41^o,5; ani duszności, ani silniejszego kaszlu nie zauważono. H. udało się wyciągnąć czopek za pomocą długiej pincety per vias naturales.

3. Prof. English mówił o *otorbionych kamieniach pęcherza moczowego*. E. rozróżnia kilka postaci takich kamieni zależnie od ich umiejscowienia: wewnątrz ziarniny lub nowotworów, w samym pęcherzu lub jego uchyłkach i t. d. Rzeczywiste otorbione kamienie umiejscowiają się w 2-ch miejscach: 1. u pęcherzowego końca moczowodu w występie, który powstał wskutek ciśnienia moczu w razie zwężenia lub zarośnięcia wylotu moczowodu; 2. w uchyłkach pęcherza, najczęściej powyżej trigonum w pobliżu wylotów moczowodów. Objawy takich kamieni niezem się różnią od objawów kamieni zwykłych. Rozpoznanie polega na badaniu palcem (przez kieszkę stolcową lub pochwę), zgłębnikiem, głównie zaś na cystoskopii. Przytem zawsze należy pamiętać o cewnikowaniu moczowodów. Co się tyczy leczenia, to przedewszystkiem należy kamień wyłuszczyć do jamy pęcherza i następnie rozkruszyć; jeżeli te zabiegi zawiodą, wskazane jest wykonanie cięcia nadłonowego (*sectio alta*).

4. Clairmont przedstawił dziewczynkę z *kostniakiem prawego ramienia* wielkości jaja kurzego, umiejscowionym w okolicy przyczepu mięśnia trójgraniastego (m. deltoideus.). C. zamierza usunąć ten kostniak na drodze operacyjnej, ponieważ tamuje ruchy w stawie barkowym i sprawia mocny ból.

Gesell. J. innere Med. Posiedzenie z d. 17/IV 1902.

1. Sorgo przedstawił preparat rdzenia z licznymi neurofibromatami, pochodzący z 51-go osobnika. Guzy dochodziły do 2,5 ctm. długości i 1, 5 ctm. szerokości; zmian w kręgach nie było.

2. Holzknecht omawia *przypadek porażenia nerwu przeponowego prawostronnego*. Chory, lat 59, cierpi od 2 lat na duszność, od roku zaś na napady duszniczy bolesnej; przedmiotowo wykrywa się u niego niedostateczność zastawek aorty, rozedmę płuc, stępienie u prawego szczytu płucnego i nieruchomość dolnej granicy prawego płuca. Badanie za pomocą promieni R o e n t g e n'a wykryło obecność guza w okolicy śródpiersia z prawej strony i niezwykle warunki w czasie oddychania. Podczas gdy lewa połowa przepony wykonywała prawidłowo ruchy oddechowe, prawa połowa w czasie wdechu podnosiła się do góry, zamiast opuszczać się na dół, odwrotnie zaś zachowywała się w czasie wydechu. Przytem śródpiersie, które zwykle przy oddychaniu pozostaje nieruchomem, w danym przypadku przesuwało się w czasie wdechu w lewą stronę, wracając do pierwotnego położenia przy wydechu. Te nieprawidłowe ruchy oddechowe H. tłumaczy wciąganiem w czasie wdechu zawartości cierpiącej części klatki piersiowej do zdrowej, gdzie się wywiązuje ciśnienie ujemne, nie dość szybko wyrównywane przez przyływ powietrza. H. przypuszcza, że w przypadkach wola (struma) z dusznością, lecz bez objawów ucisku na tchawicę, istnieje tego rodzaju właśnie jednostronne porażenie nerwu przeponowego. T. B.

BIBLIOGRAFIA.

(jz) D-r W. Jaworski. **O racjonalnym składzie i terap. stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpeli.** Kraków 1902.

Sz. profesor w pracy tej, niedawno drukowanej w *Przeglądzie Lekarskim*, gorąco zaleca stosowanie sztucznych wód leczniczych, posiadających tę wyższość, że nie stawiają nas w zależności od przypadkowego składu wód naturalnych, ale pozwalają na stosowanie takich rozczywnów, jakie są potrzebne w danym przypadku.

(jz) *Slovanská Bibliografie lékarská a revue* II. 3, 4.

Wyszło dokończenie przeglądu piśmiennictwa słowiańskiego, za r. 1901 wydawane z wielkim pożytkiem przez Czas. lek. ces. Bibliografii życzyć należy jaknajwiększego powodzenia, na które w zupełności ze względu na cel swój zasługuje. Ani jeden artykuł nie został opuszczony, a znaczna część streszczona starannie.

(jz) Sir William H. Broadbent. *Herzkrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Prognose und der Therapie* bearbeitet von Dr F. Kornfeld. Würzburg. A. Stuber.

Podręcznik, który mamy przed sobą, posiada wszelkie cechy dodatnie podręczników angielskich: ścisłość obok jasności wykładu i skończonej formy. Zarówno początkujący, jak i lekarz-praktyk znajdzie tu obfity materiał kliniczny, zestawiony umiejętnie. Podręcznik obejmuje całość chorób serca i zawiera w sobie najważniejsze wskazówki co do rokowania i leczenia nie tylko chorób anatomicznych, ale i zaburzeń czynnościowych, poprzedza zaś wykład, opis anatomii serca i fizjologii krążenia.

Rzecz cała, jako podręcznik nadawała by się do przekładu na język polski.

(jz) Ernst Schreiber. *Die Krankheiten der Verdauungsorgane im Kindesalter*. Würzburg. A. Stuber.

W chwili zbliżania się pory zastąpienie letnich u dzieci Dr Schreiber wydał swój podręcznik, w którym zawarł wszystko, co o chorobach narządów trawienia u dzieci da się powiedzieć.

Rozpatruje więc: choroby warg, jamy ustnej, gardzieli, przełyku, żołądka i kiszek, poświęcając, wiele miejsca nieżyłowi ostremu i przewlekłemu, dalej opisuje choroby otrzewny, wątroby, trzustki i śledziony.

Wykład jest jasny i streszcza dobrze stan obecny kwestyi.

(jz) Prof. Schenk. *Die Bedeutung der Neuronlehre für die allgemeine Nervenphysiologie*. Würzburger Abhandl. II. 7.

(jz) Dr Strauss. *Pathogenese und Therapie der Gicht*. Würzburger Abhandlungen. II. 8.

Rzecz tę streścimy w dziale referatów, gdyż streszcza dokładnie dzisiejsze na tę kwestyę poglądy.

Prof. FELIKS NAWROCKI.

(wspomn. pośmiertne)

I znów z nielicznego szeregu uczonych naszych ubył jeden i to nie pośledniej miary w początkach działalności; w d. 2 b. m. zmarł po długiej chorobie Feliks Nawrocki.

Zmarły urodził się w Tworkach pod Warszawą, z ojca prawnika Feliksa w 1838 r. Gimnazjum kończył w Poznaniu, następnie w r. 1856—7 studyował filozofię w Berlinie, a od r. 1858 medycynę we Wrocławiu, gdzie otrzymał stopień doktora w 1863 r. Przez 2 lata następne studyował fizjologię u Claude Bernard'a w Paryżu i w Groningen, w r. 1865 objął posadę asystenta przy kat. fizjologii we Wrocławiu, gdzie przebywał do r. 1867, kiedy Szkoła Główna powołała go na katedrę początkowo historii medycyny i metodologii, w r. 1869 w uniwersytecie rozpoczął wykłady fizjologii, które do czasów ostatnich prowadził z wielką dla słuchaczy korzyścią.

Nie tylko jednak jako profesor ma Nawrocki zasługi znaczne, on to utworzył pracownię fizyologiczną, z której prac kilkadziesiąt wyszło w świat przez pierwszych lat kilkadziesiąt jego działalności. Sam pracował i zachęcał innych. Tu powstały jego prace o wpływie prądów stałych na serce, o metodach badania gazów krwi, o przemianie materii w mięśniach w czasie pracy, o barwniku krwi, o unerwieniu ślinianek, o ciśnieniu krwi, oraz wpływie n. trzewiowego i rdzenia na działalność serca i t. p.

Jako profesor, wykładając przedmiot pierwszorzędnej miary, starał się podawać fakty tylko dowiedzione, nie przeładowywał wykładów balastem zbyt czynnym, co sprawiało, że wykład był jasny, a, aczkolwiek na pozór zakrawał na wykład popularny, wistocie ścisłe tylko zawierał prawa w dostępną tylko ujęcie formę, a że przytem był wyśmienitym preparatorem i doświadczenia wykonywał z precyzyą, wykłady jego cieszyły się popytem wśród słuchaczy tyulletnich zmarłego profesora.

Ze słuchaczami był zawsze w stosunku starszego kolegi, na egzaminach starał się być wyrozumiałym, żądając tylko najkardynalszych wiadomości, a mimo to umiał obudzić zajęcie w uczniach, którzy uczyli się przedmiotu nie dla egzaminu.

Ze ś. p. Nawrockim opuścił wszechnicę ostatni z profesorów byłej Szkoły Głównej, znakomity profesor i szczerzy uczony, który umiał w jednej osobie połączyć zdolności ścisłego badania z głębokim zamiłowaniem do nauki i uczniów.

Zmarły był współpracownikiem kilku zbiorowych fizyologii wydawanych w językach obcych, liczne prace wydał po polsku.

Zasłużonemu profesorowi i uczonemu kładziemy na świeżo zamkniętą mogiłę, starodawne: spoczywaj w dobrze zasłużonym spokoju.

J. Z.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 15 Czerwca 1902 r.

Jeden z najstarszych kolegów warszawskich kol. Estreicher kończy 8 Lipca 50-cio lecie pracy lekarskiej. Urodzony w Krakowie w 1820 r. z ojca znanego rektora Wszechnicy Jagiellońskiej, ukończył tam nauki i w d. 8 Lipca 1852 r. otrzymał stopień doktora po obronie rozpraw o chorobie nerek i o tasiemcu. W r. 1853 zdał egzamina w Warszawie przed radą lekarską i osiadł w Warszawie na stałe, jubilat zastępczo pełnił obowiązki ordynatora w szpitalu ś-go Łazarza i ś-go Rocha. W r. 1861 zainicyował utworzenie ochronek dla dzieci, a przez czas pewien należał do składu redakcyi Czytelnicy niedzielnej, zasilając to pismo pracami z higieny.

Po zatem zajmuje się praktyką niezamordowanie aż po dzień dzisiejszy. Powozik jego nieustannie krążył po Warszawie, gdzie

jubilat liczną miał praktykę, przeważnie wśród mniej zamożnych mieszkańców. Cechują go wyrozumiałość wielka, oraz wielkie dla chorego współczucie, które szan. kol. niejednokrotnie wyraża nie tylko w słowach. W stosunkach koleżeńskich zawsze uprzejmy, wyrozumiały, stanowi wogóle rzadki typ lekarza z połowy zeszłego stulecia, nader sympatyczny i pełen zapału dla obranego zawodu.

Jubilatowi życzymy długich lat życia pożytecznego dla społeczeństwa, z którym żył się od lat nieomal 50.

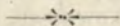
J. Z.

— **Z sądów.** Sprawę, mającą zasadnicze znaczenie dla stanu lekarskiego i nauki, rozstrzygnął temi czasy sąd najwyższy w Wiedniu. Pewien, dosyć zamożny obywatel krakowski, przez swych znajomych oddawna uważany za dziwaka, zerwał wszelkie stosunki ze swymi krewnymi z powodu, że oni, czechając jakoby na majątek, dybią na jego życie. Wyniosłszy się z Krakowa, jeździł po całej prawie Europie, a nawet zwiedził północną Afrykę, nie mógł atoli nigdzie znaleźć bezpieczeństwa, wszędzie bowiem wietrzył nieczne zamiary owych krewnych, jakoby pragnących pozbawić go życia przez zмовę z restauratorami i właścicielami hotelów. W roku 1891 sporządził testament przed rejentem w Berlinie i złożył go osobiście z zachowaniem wszelkich form przez prawo przepisanych w tamtejszym sądzie krajowym. W swych wędrówkach nieustannych, a raczej ciągłej ucieczce przed złymi zamiarami krewnych znalazł się w roku 1893 w pewnym mieście w Czechach, gdzie tak gruntownie obmył w hotelu meble akşamitne wodą, podejrzewając, iż są zatrute arsenikiem, że go aresztowano i po wyjaśnieniu oddano przybyłemu krewnemu, który go zawiózł do Krakowa, gdzie lekarze kompetentni rozpoznali u niego obłąd prześladowczy. Obywatel ów umarł zdala od rodziny w roku 1895, a po otwarciu testamentu pokazało się, iż cały swój, dosyć znaczny majątek przeznaczył dla miasta Krakowa na fundację dobroczynną. Rodzina udała się do sądu z prośbą o unieważnienie tego testamentu, jako sporządzonego przez osobę chorą na umyśle. Mimo opozycji adwokata miasta Krakowa sąd, opierając się na zdaniu lekarzy, testament unieważnił. Od wyroku tego odwołała się gmina Krakowa do sądu wyższego, który, uważając, iż testator sporządził testament, mający wszelkie cechy aktu człowieka zupełnie zdrowego na umyśle, że go sporządził przed rejentem, a wręczył osobiście sędziemu, z których, w myśl ustaw pruskich, ani jeden ani drugi nie dostrzegli u niego żadnej nieprawidłowości psychicznej, zniósł wyrok pierwszej instancji i spadek przysądził gminie krakowskiej. Od tego wyroku zaapelowała rodzina testatora do sądu najwyższego w Wiedniu, który, nieuznając dostatecznej przyczyny do ponizania zdania lekarzy, którzy w pierwszej instancji wydali orzeczenie, zniósł wyrok sądu wyższego i polecił przeprowadzenie nowej rozprawy z zawezwaniem dwóch nowych znawców. Rozprawa ta odbyła się rzeczywiście, a zawezwani na nią profesorowie: Domański i Wachholz podzielili zupełnie zdanie znawców lekarzy, w sądzie pierwszej instancji złożone i oświadczyli, iż testator cierpiał, niewątpliwie, na obłąd prześladowczy już w czasie sporządzenia testamentu, działał pod wpływem urojenia, jakoby rodzina z chciwością miała nieprzyjacielskie względem niego zamiary

i że skutkiem tego w myśl przepisów prawa cywilnego nie był legalnie zdolny do sporządzenia testamentu. Mimo tego sąd wyższy pozostał przy swej opinii, na której oparł pierwszy swój wyrok i spadek przyznał powtórnie gminie krakowskiej. Od tego wyroku odwołała się znów rodzina testatora do sądu najwyższego, który podzielił opinię profesorów Domańskiego i Wachholza, uznał, iż testator działał ciągle pod wpływem urojenia, które nie mogło pozostać bez skutku na sporządzenie testamentu, i że tak rejent jak sędzia w Berlinie, z których pierwszy sporządził, a drugi odebrał testament od testatora mimo, że nie dostrzegli u niego żadnego zбочenia psychicznego, nie byli kompetentni do wydania orzeczenia o zdrowiu umysłowym testatora. Następstwem tego prostem było uchylene wyroku drugiej instancyi. Orzeczenie to ma ogólne i zasadnicze znaczenie, ponieważ zgodnie z nauką lekarską, która wykazała niewątpliwie, że choroby umysłowe są tylko pewną gromadą chorób mózgowych, sąd o nich powierza wyłącznie lekarzom, a kompetencyi na tem polu odmawia laikom, do czego zmierzały szlachetne zresztą w swych motywach, ale mylne w swej premisie usiłowania pewnego grona osób w Wiedniu, które dążyło do ustanowienia osobnych sądów obywatelskich do orzekania o stanie umysłowym osób kwalifikujących się według zdania lekarzy do umieszczenia w zakładach dla obłąkanych, o czem była przed rokiem wzmianka w Kronice Lekarskiej.

—z— W wyborach do rady miejskiej krakowskiej w maju r. b. odbytych wyszli z urny wyborczej profesorowie Wydziału lekarskiego Bujwid, D-r Cybulski, D-r Domański, D-r Jordan, D-r Pareński, D-r Ponikło i D-r Trzebicky tudzież lekarz praktyczny D-r Lustgarten.

Ogłoszenie.



Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez D-ra Walentego Koczorowskiego:

a) *Nowe tematy:*

1. Badania kryoskopowe nad wysiękami, przesiękami albo wydzielinami.
2. O zatruciach pokarmami mięsnymi, na zasadzie własnych badań.
3. Hemoliza u człowieka w stanie zdrowia i choroby.
4. Anatomia patologiczna sclerosis disseminatae.
5. Badania nad trawieniem kiszki w przypadkach przetok kiszkiowych.
6. Wpływ leczenia surowicą na przebieg zakażenia rogówki jednym z ropotwórczych pasorzytów podczas operacji wyjęcia soczewki. (Badania doświadczalne).
7. Badania doświadczalne nad wpływem suchych kąpielii na ustrój, w szczególności na krew.
8. Graficzne badania skurczów mięśniowych u ludzi w stanach normalnych i patologicznych.

b) *Tematy pozostawione na rok następny z poprzedniego konkursu:*

9. Badania doświadczalne i kliniczne nad zakrzepami żylnymi w chorobach zakaźnych.
10. Jak działa emetyna i apomorfina na gruczoły i komórki śluzowe.


11. Rozpoznanie gruźlicy kiszek na zasadzie badania bakteryologicznego.

Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 13 Marca 1903 roku.

Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych tematów wyznacza się nagroda Rub: 300. Rozprawa nagrodzona wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowiąc będą własność autora. Prace nadesłane być mają w rękopisach, pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała № 7.) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest: nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych, opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały

Dr. Hoyer.

 Do bieżącego numeru dołącza się Prospekt na wydawnictwo „D-r P. G. Unna Terapja ogólna chorób skóry“.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 1 Юня 1902 г.

Stacya kolei:
Muszyna-Krynica
z Krakowa 7 g. jazdy
„ Lwowa 11 „ „
„ Budapesztu 12 „

Pocztą 3 razy dzien-
nie i Urząd telegra-
ficzny w miejscu.

Krynica

ck. Zakład zdrojowy w Galicyi

W Karpatach 600 m. n. p. m. Od stacyi kolejowej Muszyna-Krynica godzina bitej drogi. Na stacyi wygodne powozy. Środki lecznicze. Zdroje. „Zdrój główny“ i „Słotwinka“ bardzo silnej szczawiy wapienno-i magnezjowo-sodowo-żelazistej. Kąpiele mineralne bardzo obfite w kwas węglowy wolny, metodą Schwarza ogrzewane Kąpiele gazowe z czystego kwasu węglowego. Skarbowy Zakład hydropatyczny pod kierownictwem specjalisty D-ra H. Ebersa Kąpiele rzeczne, elektryczne, miesienie (masage), leczenie dyetyczne i terenowe. Klimat wzmacniający podalpejski. Wody mineralne krajowe i wszelkie zagraniczne. Kefir, żentyca, mleko sterylizowane. Gimnastyka lecznicza. Apteka. Lekarz Zakładowy Dr. Leon Kopff z Krakowa, stale cały sezon ordynujący. Nadto 12 lekarzy wolnopraktykujących.

Mieszkania przeszło 1500 pokoi z całkowitym komfortem urządzonych w cenie od 1 kor. 20 hal. dziennie zwyż. Dom zdrojowy z hotelem. Czytelnia, wypożyczalnia książek. Restauracya. Pensjonaty prywatne. Hotele. Cukiernie. Kościół katolicki. Kaplica. Cerkiew. Muzyka zdrojowa stała, (dyrektor A. Wroński). Stały teatr, koncerta, odczyty, bale, wycieczki towarzyskie, place gry, do lawn tennis. Spacerzy w okolice urocze Karpat. Rozległy park szpilkowy, wo urządzony, około 100 morgów obszaru.

Frekwencya w r. 1891—6268 osób. Sezon od 15 maja do 15 Września. W maju, czerwcu i wrześniu ceny kąpielei, pomieszkań w domach skarbowych i potraw w restauracyi domu zdrojowego o 25% niższe.

W lipcu i sierpniu nie udziela się ubogim żadnych ulg, jak: uwolnienie od taks kuracyjnych i t. p.

Rozsyłka wód mineralnych Krynickich od kwietnia do listopada. Składy we wszystkich większych miastach w kraju i zagranicą.

Bliższych wyjaśnień na żądanie udziela, broszury i prospekta rozsyła.

c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.