

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynek do oceny wartości rozpoznawczej objawu Babińskiego. Podał A. Tumpowski (Łódź). — Przypadek porodu dwojakami pierśozrostymi (thoracopagus) u pierwiastki. Podał d-r F. Sulikowski. — WYKŁADY KLINICZNE. Leczenie chorób serca u dzieci. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 63. Leczenie śluzo-ropotoku szyi macicznej sposobem Landaua. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 24 kwietnia r. b. — Z TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 5 maja r. b. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie z dnia 12 maja r. b. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — ZMARLI. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HÉBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Tumpowski — Sur la valeur diagnostique du phénomène de Babiński. 2) D-r F. Sulikowski — Un cas de thoracopagus.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Tumpowski — Ueber den diagnostischen Werth des Babiński'schen Symptoms. 2) D-r F. Sulikowski — Ein Fall von Thoracopagus-Geburt.

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

ZE SZPITALA ŚW. ALEKSANDRA W ŁODZI.

Przyczynek do oceny wartości rozpoznawczej objawu Babińskiego.

Podał

A. TUMPOWSKI (Łódź).

(Rzecz, wygłoszona na posiedzeniu Łódzkiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 18 kwietnia r. b.).

Przed niespełna dwoma laty zwrócił BABIŃSKI uwagę lekarzy na nowy objaw, mający służyć do rozpoznawania niektórych cierpień organicznych układu nerwowego i polegający na różnicy między prawidłowym odruchem podeszwowym a tą jego odmianą, której autor nadał nazwę phénomène des orteils.

Odruch ten ma dotychczas bardzo małe znaczenie rozpoznawcze. Obecność lub brak jego zwraca jeszcze do pewnego stopnia uwagę lekarza, natomiast żadnego znaczenia nie nadaje się sposobowi, w jaki się on odbywa. Przyjmowano ogólnie, iż podrażnienie podeszwy wywołuje ruch palców, zwany zgięciem tylnym (*flexio dorsalis*), do którego przy większej sile bodźca

dołączają się po części odruchowe, po części dowolne obronne ruchy stopy, goleni, nawet całej kończyny. Taki opis odruchu podeszwowego znajdujemy w najnowszych podręcznikach neurologicznych. Nic więc dziwnego, iż zupełnie odmienne zdanie o postaci i znaczeniu tego odruchu, wypowiedziane przez BABIŃSKIEGO (Semaine médicale 1898, Nr. 40), było dla wielu niespodzianką, do czego przyznaje się nawet tak skrupulatny badacz, jak OPPENHEIM.

BABIŃSKI w swych badaniach nad odruchami doszedł do wniosku, iż prawidłowy odruch podeszwowy przedstawia się zawsze w postaci zgięcia palców ku podeszwie (*flexio dorsalis*), wymieniona zaś wyżej jego postać, poczytywana powszechnie za wyraz prawidłowego odruchu, jest w rzeczywistości, według tego autora, objawem patologicznym, występującym w sprawach organicznych mózgu i rdzenia, o ile pociągają one za sobą bezpośrednio czy też pośrednio zaburzenia czynności pęczków piramidalnych. Objaw ten jest o tyle swoisty, iż decyduje o charakterze cierpienia i występuje często przed innymi objawami. Najwyraźniej może zjawia się ten odruch patologiczny w porażeniach połowicznych pochodzenia mózgowego: znajdujemy go wtedy w obrębie porażonej dolnej kończyny, po stronie zaś zdrowej odruch przedstawia się w postaci zwykłej zgięcia podeszwowego. Objaw swój spostrzegał też BABIŃSKI w sprawach zapalnych mózgowia i opon jego (*meningoencephalitis diff., meningitis cerebrospinalis*), w rozmaitych sprawach chorobowych rdzenia, jako to: w porażeniach spastycznych rdzeniowych, w wjadzie rdzenia, gdzie obecność tego objawu wskazywać ma zajęcie pęczków bocznych przez sprawę chorobową i t. d. Nigdy zaś nie występuje ten odruch w histeryi, zapaleniu nerwów obwodowych, pierwotnych sprawach mięśniowych lub też stanach zapalnych rogów przednich. Takie są w ogólnych zarysach wyniki, do jakich doszedł BABIŃSKI, i których potwierdzenie mogłoby mieć dość poważne znaczenie dla lekarza-praktyka, dając mu nowy objaw, wyjaśniający wątpliwości co do charakteru sprawy chorobowej i ułatwiający rozpoznanie choroby u nieprzytomnych chorych. To też od czasu publikacji BABIŃSKIEGO zaczęto więcej zwracać uwagi na odruch podeszwowy. Jak wspomina BABIŃSKI, dane jego zostały potwierdzone przez VAN-GEUCHTEN'a. Sprawą tą zajął się też KOENIG (Berl. klin. Woch. 1899 Nr. 37). Autor ten na poważnym materiale z 212 chorych badał odruch podeszwowy. Dochodzi on w sprawie prawidłowego i patologicznego odruchu do tych samych wniosków, jak BABIŃSKI, i uważa odruch w postaci tylnego zgięcia palców stopy za objaw cierpienia bocznych pęczków rdzeniowych, pozwalający nawet w braku innych objawów z wielkim prawdopodobieństwem rozpoznać ich zaburzenie.

W dyskusyi nad odczytem KOENIG'a LAEHR wypowiada się zgodnie z nim, OPPENHEIM zaś przyznaje słusność pogładowi BABIŃSKIEGO na prawidłowy odruch podeszwy, nie sądzi jednak, aby jego odmiana chorobowa mogła uzyskać poważne znaczenie dyagnostyczne.

Kwestyi tej poświęca też wzmiankę ROSENBACH (Real-Encycl. Tom XXII 3-e wyd.). Zdaniem jego, odruch podeszwowy składa się z dwóch faz: pierwszą stanowi słabe zgięcie tylne, po którym zjawia się silne zgięcie podeszwowe (druga faza); ten ostatni ruch, jako znacznie silniejszy, odwrócił według R. uwagę badaczy od pierwszej fazy, stanowiącej właściwy odruch.

Kończąc na tem uwagi wstępne, przedstawię teraz Sz. Panom dane, jakie sam otrzymałem przy badaniu odruchu podeszwowego u kilkudziesięciu zdrowych i chorych osób. Wywoływałem odruch za pomocą drażnienia

podeszwy pendzelkiem, rączką lub gumką miotka opukowego, gdy zaś bodźce te nie wywoływały odruchu (co bywało najczęściej przy grubej skórze podeszwy), używałem jako bodźca ukłucia szpilką. Przytem u wszystkich badanych zdrowych i kilkunastu chorych stosowałem wymienione bodźce oddzielnie na każdy brzeg podeszwy i jej środek.

Z 10 zdrowych trzech tak żywo oddziaływało na podrażnienie podeszwy i wykonywało tak szybkie i obszerne ruchy stopą i kończyną, że nie byłem w stanie dokładnie dostrzedz ruchów, wykonywanych przez palce¹⁾. U 7 pozostałych odruch podeszwowy występował stale w postaci mniej lub więcej żywego zgięcia podeszwowego, po którym prawie zawsze następował ruch w kierunku odwrotnym t. j. zgięcie tylne. Ruchy te u niektórych powtarzały się kilkakrotnie, pierwszy ruch jednak zawierał się zawsze w zgięciu palców ku podeszwie. BABIŃSKI utrzymuje, iż prawidłowy odruch wyraźniej występuje przy podrażnieniu zewnętrznego brzegu podeszwy i jest żywszy w 2 lub 3 ostatnich palcach, niż w paluchu. O słuszności tych spostrzeżeń nie mogłem się przekonać. Wogóle wyniosłem wrażenie, iż najżywszy odruch zjawia się przy drażnieniu środka podeszwy. Nie mogłem się też dopatrzyć stałej przewagi po stronie oddzielnych palców: zarówno u zdrowych, jak i chorych najczęściej poruszały się wszystkie palce z jednakową szybkością, niekiedy zaś część ich tylko wykonywała zgięcie podeszwowe, ale bynajmniej nie zawsze ostatnie palce i nie zawsze nawet te same u danego osobnika. U niektórych (zarówno zdrowych, jak chorych) po kilkakrotnem otrzymaniu odruchu nie udaje się go więcej wywołać: badani widocznie do woli hamują odruch.

Do drugiej grupy badanych przezemnie osobników należą chorzy z rozmaitemi cierpieniami wewnętrznymi, chirurgicznymi, skórными i wenerycznymi, wszyscy o układzie nerwowym względnie do przedmiotu moich badań zdrowym. Ilość ich wynosiła 36. U wszystkich tych chorych z wyjątkiem 7-u występowało zawsze przy drażnieniu podeszwy zgięcie palców podeszwowe, niczem nie różniące się od odruchu u osób zdrowych. Co do wymienionych wyjątków, to polegały one przeważnie na zjawianiu się u tegoż samego chorego naprzemian to zgięcia podeszwowego, to znowu tylnego, przy czem różne to oddziaływanie występowało u niektórych już w przebiegu jednego kilkuminutowego badania, u innych zaś badania, podejmowane w różnym czasie, dawały odmienne wyniki.

U dwóch chorych występowały ruchy rozbieżne, mianowicie, gdy część palców zginała się ku podeszwie, pozostałe wykonywały zgięcie tylne. Wreszcie u jednego chorego prócz naprzemiennego występowania zgięcia podeszwowego i tylnego zjawiały się też boczne ruchy palców.

Trzecią grupę badanych stanowiło 14 chorych, dotkniętych nerwicami czynnościowymi. Pomiedzy nimi było 7 przypadków hysterii (u dwóch chorych — *paraplegia inf. hysterica*, u jednej — *hemiplegia hysterica*), 4 przypadki neurasteni ciężkiej, 1 przypadek płasawicy połowicznej, 1 przypadek choroby BASEDOW'a oraz 1 przypadek drgawek ogólnych u 7-letniego chłopca. U wszystkich tych chorych z wyjątkiem dwóch odruch występował stale w postaci zgięcia podeszwowego. Natomiast u jednej hysteryczki z poraże-

¹⁾ Okoliczność ta bardzo często, co najmniej u $\frac{1}{4}$ badanych, utrudniała mi i uniemożliwiała orientowanie się w charakterze odruchu. Dość często też badani żadnymi ruchami nie oddziaływają na drażnienie podeszwy. W pracy mej zdaję sprawę z tych tylko przypadków, w których badanie dało mi wynik dokładny.

niem obu kończyn dolnych otrzymywało się zawsze zgięcie tylne, zarówno podczas istnienia porażenia, jak i po jego ustąpieniu. Takie same oddziaływanie występowało u drugiej histeryczki, nie obciążonej żadnymi porażeniami. U chorej z płaswicą połowiczną (13-letnia dziewczyna) po obu stronach odruch był prawidłowy²⁾.

Do czwartej i ostatniej grupy badanych należy 20 chorych z cierpieniami organicznymi układu nerwowego. Wśród nich większość, bo aż 14 przypadków, stanowią hemiplegicy, i przypadek zapalenia rdzenia (*myelitis dorsalis*), i przypadek rozsianego zapalenia nerwów obwodowych (*polyneuritis infectiosa*), i przypadek władu rdzeniowego (*tabes incipiens*), i przypadek zapalenia nagminnego opon mózgo-rdzeniowych oraz dwa przypadki stwardnienia wieloogniskowego.

Z 14 chorych z porażeniem połowicznym pochodzenia mózgowego u 10 można było wyraźnie spostrzegać obecność objawu BABIŃSKIEGO czyli zgięcie tylne podeszwy po stronie porażonej, gdy w kończynie zdrowej występowało zgięcie podeszwowo.

Z pozostałych chorych u jednego stale zjawiało się zgięcie podeszwove palców po obu stronach, które nawet po stronie porażenia było żywsze, niż po zdrowej stronie. W drugim przypadku paluch porażonej kończyny wykonywał zgięcie podeszwove, a pozostałe palce zgięcie tylne. Trzeci i czwarty chory nie oddziaływali wcale na podrażnienie podeszwy.

U pozostałych chorych w liczbie sześciu występowało zawsze zgięcie podeszwove, tylko chory z władem rdzenia reagował naprzemian to zgięciem podeszwywem, to znowu tylnem.

Dodam jeszcze, iż wszyscy badani, z wyjątkiem pięciu, byli w wieku od lat 17 do 60. Zwracam na to uwagę, albowiem według BABIŃSKIEGO i KALISCHER'a u dzieci drażnienie podeszwy wywołuje zawsze zgięcie tylne, które dopiero z czasem, gdy dziecko zaczyna chodzić, ustępuje miejsce zgięciu podeszwowemu.

Dane, które przedstawiłem Sz. Panom, opierają się na zbyt małej ilości spostrzeżeń, aby mogły rozstrzygnąć sprawę rozpoznawczego znaczenia objawu BABIŃSKIEGO, wnioski zaś, które z nich wypływają, są następujące: 1) prawidłowy odruch podeszwovy polega najczęściej na zgięciu palców ku podeszwie. 2) w porażeniach połowicznych na tle organicznych spraw mózgowych w większości przypadków występuje objaw BABIŃSKIEGO t. j. tylne zgięcie palców porażonej dolnej kończyny. 3) ten sam objaw występuje, choć rzadziej, w porażeniach histerycznych, nie daje więc nam sprawdzianu do odróżniania tych dwóch grup cierpień.

Jeśli zwrócimy jeszcze uwagę, iż bardzo często jest nader trudno zorientować się w rodzaju ruchów, wykonywanych przez palce, że w wielu przypadkach odruch wcale się nie zjawia i wreszcie, że badani mogą dowolnie odruch hamować, dojdziemy do wniosku, iż prawdopodobnie ma słuszność OPPENHEIM, twierdząc, iż odruch BABIŃSKIEGO nie posiada tego znaczenia rozpoznawczego, jakie mu przypisuje jego wynalazca.

²⁾ Notuję oddzielnie ten przypadek z tego względu, iż BABIŃSKI w jednym przypadku hemiatetoseos (Presse méd. 1900, Nr. 10) znalazł po stronie nieprawidłowych ruchów odruch w postaci zgięcia tylnego, po stronie zaś zdrowej zgięcie podeszwove. Wyprowadza on z tego wniosek, iż hemiatetosis (resp. spokrewniona z nią hemichorea — przypisek autora) jest w związku z zaburzeniami pęczków piramidalnych. W dyskusji nad tym przypadkiem przemawia GILLES de la TOURETTE za występowaniem zgięcia tylnego i w histeryi, co sam u jednej chorej spostrzegł.

Przypadek porodu dwojakami piersiozrosłymi (*THORACOPAGUS*) u pierwiastki.

— Podał

D-r F. Sulikowski z Działoszyna, Kaliska gub.

Donoszone *monstra per excessum* stanowią bardzo poważną przeszkodę w akcie porodowym, który tylko wyjątkowo może się zakończyć bez zabiegu lekarskiego. Każdy przypadek porodu potworem nadliczebnym zasługuje, mojem zdaniem, na podanie do wiadomości ogółu tembardziej, że podręczniki akuszeryjne mało lub wcale nie uwzględniają tej ewentualności. Z dostępnych mi podręczników jedynie w Akuszerii K. SZROEDER'a (4 rosyjskie wyd.) znalazłem ogólnikowo podany opis zrosłych dwojaków; rysunek podany na 579 str. tegoż podręcznika w zupełności odpowiada przypadkowi, jaki miałem sposobność spostrzec niedawno.

Dnia 6. III. r. b. zostałem wezwany na wieś do 29-letniej pierwiastki Anny K.; od chorej i otoczenia dowiedziałem się, co następuje: ostatnia miesiączka była w połowie maja r. z.; podczas ciąży chora nic szczególnego nie zauważyła; bóle porodowe zjawily się nocy poprzedniej; wczorajszy dzień był całkiem spokojny, tylko wieczorem powstały silniejsze bóle, przy czym odeszły wody. Silne bóle porodowe trwały całą noc; rano wezwana babka znalazła główkę w „obręczy“ (małej miednicy) i sądziła, że przebieg będzie normalny. Gdy, pomimo coraz silniejszych bólów i energicznej pomocy babki, za pomocą forsownego rozciągania oburącz sromu, rozwiązanie nie następowało — wezwano lekarza.

Około 11 rano znalazłem chorą miernego wzrostu i budowy, tętno i stan ogólny — zadawalniający. Przy zewnętrznym badaniu wyczuwa się w prawym podbrzuszu guz okrągły, twardy, opierający się na kości łonowej, z lewej strony — drobne części. Tony serca płodu pojedyncze, wyraźne i czyste dają się słyszeć poniżej pępka. Części płciowe zewnętrzne i krocze — silnie obrzękłe i zaczerwienione. Bóle porodowe bardzo silne i często po sobie następujące; przy każdym wargi sromne rozwierają się, krocze napręża i główka, stojąca w wymiarze strzałkowym z dostępnym i dobrze wyczuwalnym pod symfizą małym ciemiączkiem, występuje małym odcinkiem na zewnątrz, cofając się po przejściu bólu.

Gdy po godzinie wyczekiwania główka pozostawała *in statu quo ante*, i działalność serca płodu zaczynała słabnąć, przystąpiłem do nałożenia kleszczy, będąc, wobec wieku chorej i obrzęku części płciowych, z góry przygotowanym na pęknięcie krocza. Dwie słabe wyjściowe trakcje wyprowadzają główkę na zewnątrz, tułów jednak nie przerzyna się dobrowolnie. Po chwili zastosowałem lekkie pociąganie za główkę, i to jednak nie prowadzi do celu; wobec tego zmuszony byłem wydobyć palcami obie rączki, przy czym wypadła także rączka drugiego płodu. Gdy i ten zabieg, połączony z silnym pociąganiem za pachy, pozostał bez skutku, przyszło mi na myśl, że mam do czynienia ze zrosniętymi dwojakami, z których jeden ustawił się wpoprzek nad wejściem miednicy.

Dokładniejsze badanie potwierdziło moje przypuszczenie, gdyż, idąc po prawym boczku dobytego w górnej połowie płodu, po za spojeniem łonowym wyczułem silnie naprężony mięsisty wyrostek, skierowany od płodu wgląd'

miednicy. Ponieważ do owego wyrostka nie można dosięgnąć bezpiecznie żadnym ostrem narzędziem, przeto postanowiłem wykonać ewiscerację i rozdzielić zrost, idąc od wewnątrz dobytego płodu, lub też przez zmniejszenie objętości przodującej części tułowia ułatwić sobie dostęp do zrostu. W tym celu w lewym boku płodu (od strony krocza) zrobiłem nożycami SCANZONI'ego spory otwór, przez który wydobyłem płuca i trzewa brzuszna. Odchyliwszy ku dołowi, *resp.* w tył, tułów, mogłem już śmieiej manipulować nożycami w kierunku zrostu. Po nadcięciu tego ostatniego wypadły trzewa brzuszne drugiego płodu, po usunięciu których udało mi się dosyć łatwo wydobyć dolny koniec pierwszego płodu, a wkrótce potem wyszedł *conduplicato corpore* i drugi mniejszy płód. Łożysko odeszło niezadługo *sponte*. Krwawienie nieznaczne. Dobyte dwojaki płci żeńskiej, wagi *post eviscerationem* 9 funtów, przedstawiają wszystkie cechy donoszonych i zdolnych do życia. Zrost zajmuje dolną część klatki piersiowej od połowy mostka do połowy brzucha; krótki i gruby sznur pępkowy wpada pośrodku owego zrostu; obadwa płody mają symetrycznie *labium leporinum cum rictu lupino simpl.* Blizszego badania anatomicznego z powodów odemnie nie zależnych nie przedsiębrałem.

Po należytem wypoczęciu chorej, przystąpiłem do zaszycia obrażeń, które okazały się dość znacznymi. Krocze pękło w całej grubości oraz tylna ściana pochwy prawie na całej połowie długości, oprócz tego okazało się kilka mniejszych pęknięć u podstawy warg sromnych. Szwów jedwabnych węzłkowych nałożyłem 14, zasypałem wszystkie obrażenia jodoformem i założyłem do pochwy pasek gazy jodoformowej. Wewnętrznie poleciłem podawać sporysz z *pulv. opii* 0,02 — cztery razy na dobę. Tętno chorej po przebytej bez uspienia tak ciężkiej operacji jest doskonałe, jak również i samopoczucie.

Przez trzy dni zmieniałem codziennie opatrunek; ciepłota trzeciego dnia podniosła się do 37,9° (*maximum* w całym okresie połogowym) przy tętnie 64. Mocz oddaje swobodnie, stolca nie było. Czwartego dnia po porodzie (10. III) zabrakło proszków z opium, opatrunek nie był zmieniony, i chora zjadła parę surowych jabłek, poczem nastąpiło obfite wypróżnienie, które spowodowało pęknięcie kilku szwów *circa anum*; to było jedyne powikłanie w okresie połogowym, wskutek którego krocze zagoiło się *per secundam*. Szwy zdjąłem szóstego dnia z wyjątkiem dwóch w pochwie, które zdjąłem w 18 dni po porodzie; kiedy widziałem chorą ostatni raz, stan jej nie pozostawiał nic do życzenia — krocze zagojone, dolegliwości żadnych niema, i chora pozostaje jeszcze w łóżku jedynie przez ostrożność.

Czaszkowe położenie przy zrosniętych donoszonych dwojakach należy do najniefortunniejszych pozycji w tym przypadku, gdyż główka i górna część płodu przodującego wypełnia cały przewód rodny, wskutek czego drugi płód ustawia się wpoprzek, i poród *spontaneo modo* nastąpić nie może. Zapobiedz takiemu ustawieniu się płodów nie jesteśmy w stanie, bo niema żadnych cech, po których możnaby dość wczesnie rozpoznać zrosnięcie; gdyby wczesne rozpoznanie było możebne, jedynie racjonalną pomocą w takim przypadku byłoby, według rady SZROEDER'a, zrobić obrót obudwu płodów na nóżki; w tym tylko razie, przy dobrych warunkach ze strony matki, możebny jest poród bez rozkawalenia. Obrót nawet tylko jednego płodu na nóżki, *resp.* samowolne nóżkowe położenie, daje nam daleko lepsze warunki operacji, niż przy położeniu czaszkowem, gdyż pozwala wczesniej zoryentować się w sytuacji i ułatwia dostęp do zrostu.

WYKŁADY KLINICZNE.

Edmond Weill (Lyon).

Leczenie chorób serca u dzieci

Archives de médecine des Enfants Nr. 1 i 2 (stronie 46) z roku 1900.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 21).

Leczenie wady uformowanej. W tym względzie leczenie u dzieci wogóle odpowiada leczeniu u dorosłych, mamy tu leczenie salicylanem sodu czyli swoiste i leczenie nie swoiste. Autor zwraca uwagę na zapalenie wsierdZIA u dzieci niżej lat 5 t. zw. samoistne (*idiopathica*). Zdaniem autora, w większości przypadków wchodzi tu w grę reumatyzm, radzi też autor stosowanie preparatów salicylowych.

Salicylan sodu bywa dobrze znoszony przez dzieci. Wymioty, zawroty głowy, szum w uszach występują nader rzadko. Dawać można 0,5 dziennie w pierwszym roku, 1,0—2,0 do 3 lat, 3,0—5,0 dziennie powyżej lat 3-ech i do 10. Podawanie salicylanu sodu nie powinno być, zdaniem autora, przerywane z chwilą ustania bólów i gorączki, a w razie powikłań sercowych ciągnąć się powinno aż do zniknięcia tych objawów. Przerywać należy nie nagle, lecz stopniowo zmniejszając dawki. LANNOIS i LINOSIER zalecają używanie salicylanu metylu naskórnice, w formie smarowań (1,0—2,0 dziennie). Autor jest zdania, że ta forma może być zachowana dla dzieci nieznoszących, którym żadną miarą podać nie można preparatów salicylowych wewnątrznie.

Leczenie nieswoiste wady uformowanej nie różni się od leczenia u dorosłego. Autor specjalną tu zwraca uwagę na przestrzeganie u dzieci spokoju cielesnego i moralnego. Co do wpływu na sprawy zapalne w sercu leczenia miejscowego — metody antyflagistycznej — wyliczając różne metody w Anglii, Niemczech i Francji (bańki suche lub cięte na okolicę serca, smarowanie jodyną, wezykatorye), podnosi, że u dzieci wezykatorye powinny być stosowane krótko, i skóra przedtem winna być aseptycznie przygotowana. Upust krwi u dzieci (wenesekcyę) autor wogóle odradza, choć sądzi, że obawy w tym względzie są nadto przesadzone.

Leczenie wady serca u dzieci nie ogranicza się na jej fazie ostrej. Nim nastąpi zwyrodnienie łączno-tkankowe dotkniętych części w sercu, istnieje możliwość wyleczenia, przynajmniej zaleczenia. Różni autorowie podają różne terminy, w których jeszcze wyleczenie jest możliwe (aż do 2 lat), przeciętny jednak okres wyleczalności zapalenia wsierdZIA pochodzenia reumatycznego u dzieci wynosi rok jeden od początku choroby. Naturalnie, w tych razach nie ma już mowy o leczeniu swoistem, lecz osiąga się rewulsyę za pomocą wezykatoryi, stosowanych systematycznie 1—2 razy na miesiąc lub za pomocą przypalania. Wewnątrznie jodek potasu, podawany co miesiąc w przeciągu 15—20 dni w dawkach 0,25—0,5 dziennie przed jedzeniem, poczem przerwa przynajmniej 10-dniowa. W tym okresie stosować można również leczenie wodami mineralnemi. Zwłaszcza niektóre wody chlorowo-sodowe posiadają działanie rewulsyjne, co może być użytkowane w pierwszym okresie rozwoju zapalenia wsierdZIA, (okres podostry). Reumatyczne dzieci bez wady serca wysyłać można do cieplic siarczanych, reumatyków z wadą serca lepiej wysyłać do zwykłych cieplic (chlorowo-sodowych lub wapniano-siarczanych). Najlepiej, zdaniem autora, jest stoso-

wać w początkach kąpiele krótkotrwałe i stopniowo dochodzić do leczenia kompletnego.

Wchłanianie się wytworów zapalenia wsierdza jest daleko łatwiejsze u dzieci, niż u dorosłych. Stoi to w związku nie tylko z większą energią odżywiania, lecz również, jak dowiedli LANGER i DARRER, w związku z faktem, iż w zastawce dwudzielnej dziecka istnieją naczynia, zajmujące $\frac{3}{4}$ jej rozmiarów. Naczyń tych niema u dorosłego. Istnieniu ich przypisać może wypada skłonność do powikłań sercowych w przebiegu reumatyzmu u dzieci, przyczyniają się one jednak do łatwiejszego wchłaniania wytworów zapalenia.

Zapalenie osierdza gra u dzieci daleko donioślejszą rolę, niż u dorosłych, autor ma tu na myśli zwykłą, nie złośliwą postać — pochodzenia reumatycznego. „Wszystkie dzieci, które umierają na reumatyzm, umierają wskutek zapalenia osierdza — mówi C. de GASSICOURT“. Śmiertelność ta u dzieci wynosi 6% (u dorosłych 3—4%), spostrzeżenia własne autora utwierdziły go w przekonaniu o niebezpieczeństwie zapalenia osierdza u dzieci, przeciwko też niemu autor radzi wyżyć wysiłki lecznicze. W razie zapaleń osierdza ograniczonych, co najczęściej ma miejsce, stosuje się leczenie miejscowe i ogólne zwykłe. Niekiedy jednak reumatyzm doprowadza do tworzenia się błon rzekomych grubych i rozległych lub do zrostów. To jest właśnie niebezpieczeństwo reumatyzmu nawrotowego, który się spostrzega w wieku dziecięcym daleko częściej.

Po za leczeniem zwykłym (rewulsya, jodek potasu wewnątrznie, spoczynek, leczenie wodami mineralnymi, środki higieniczne) zwraca autor uwagę na leczenie chirurgiczne, szczególnie w przypadkach zrostów i wysięków rozległych. Dwie tu są drogi — punkcja lub nacięcie. Autor, podawszy różne sposoby wykonywania punkcji, sądzi, że u dzieci punkcja małe przedstawia warunki powodzenia, co potwierdza statystyką swoją i innych autorów. Wyleczenie może nastąpić w zapaleniach osierdza surowiczowłóknikowych, a właściwie, zdaniem autora, punkcja nadaje się najbardziej w razach wysięków, występujących nagle, surowicznych lub wybroczynowych, które wywołują raptowny ucisk na serce. W postaciach długotrwałych, szczególnie z wysiękiem ropnym, które mierny, powolnie wzrastający ucisk na serce wywierają, nadaje się, zdaniem autora, większe nacięcie.

Wskazania lecznicze zmieniają się, gdy wada serca jest już zakończona. Zadaniem lekarza jest tu ułatwienie przystosowania się serca do istniejących warunków. Ma on tu, jak i u dorosłych do czynienia 1) z wadą wyrównaną, 2) z niedoskurczem (asystolią). W wieku dziecięcym wady wyrównane spotykają się daleko częściej, niż u dorosłego. Świadczą o tem wady serca ukryte, nie zdradzające się żadnymi objawami ogólnymi, które u dzieci stanowią 30—45% podług statystyki autora i innych. Fakt ten wypływa wprost z warunków anatomiczno-fizyologicznych, w jakich się znajduje serce dziecka, o czem była mowa na początku referatu.

Z powyższego nie wypływa jednak, by lekarz optymistycznie miał się zapatrywać na wady serca u dzieci — ma tylko tu wdzięczniejsze nieraz zadanie, lecz nie mniej odpowiedzialne. Wady bowiem serca u dzieci, choćby najzupełniej wyrównane, sprowadzają pewien powolny zastój w rozwoju organizmu dziecięcego, czuwać też należy nad podniesieniem odżywiania przez życie na świeżem powietrzu, ułatwianie krwiobiegu obwodowego (mięsienie, wycieranie ogólne, gimnastyka, hidroterapia). Zwykle u dzieci przebieg bywa normalny, należy więc tylko usunąć możliwość przeciążenia pracą mięśnia sercowego, a zatem ograniczyć się do przepisów higienicznych, dotyczących się ćwiczeń mięśniowych,

klimatu mieszkania, wyboru zajęcia. Co do ćwiczeń mięśniowych, autor, rozpatrując po kolei różne (praca fizyczna, spacer, gry, jazda na rowerze) sądzi, że są one dobrze znoszone i zalecane być winny u dzieci z wadą wyrównaną, z zastrzeżeniem, by unikać zmęczenia. Ważnem jest wskazaniem w praktyce dziecięcej uchronić dzieci z wadą serca od przedwczesnej ciężkiej pracy, ciężkiego rzemiosła i t. d. Co do pokarmu u dzieci, autor ostrzega przed używaniem dużej ilości wyrobów cukierniczych i wogóle przeładowywania żołądka. Życie dziecka z wadą serca powinno być nader uregulowane pod względem jedzenia. Alkohol, kawa, herbata, rzecz naturalna, powinny być wyłączone.

W kwestyi pracy umysłowej podnosi autor szkodliwość przeciążania dzieci z wadą serca; nauka w szkole z wielu względów (wzruszeń, powietrza, czasu trwania, sposobu siedzenia) wpływa ujemnie. Zwracać również należy uwagę rodziców, by nie zmuszali takich dzieci do wyboru zawodu, wymagającego dużych wysiłków umysłowych.

Wady serca wyrównane u dzieci mogą się samoistnie wyleczyć. (Przypadki SAMÉ, CLARK, GERHARDT'a i inn.). Przypadki badań pośmiertnych wskutek chorób przypadkowych wytłomaczyły mechanizm tego wyleczenia (JAKSCH) — wchodzi tu w grę kompensacya chorych części zastawek przez części zdrowe; z jednej strony przykurczenie, z drugiej wydłużenie. Warunkiem niezbędnym do takiego wyleczenia jest młody wiek, wiek wzrostu organizmu, a co zatem idzie i serca. Rzecz naturalna, że wszelkie nowe sprawy zapalne zmniejszają lub znoszą szanse wyleczenia samoistnego, szczególnie groźny jest tu reumatyzm narutowy.

Zaburzenia czynnościowe a) leczenie objawowe chorób wrodzonych serca. Autor rozpatruje warunki wyrównania w wadach wrodzonych i nabytych i dochodzi do wniosku, że są one pomyślniejsze w pierwszym przypadku, krew bowiem ma tu zawsze ujścia wprawdzie nienormalne, ale omija przeszkody i nie ma skłonności do zatrzymywania się.

Autor rozpatruje powstawanie sinicy w wadach wrodzonych [a) zastój żylny, b) zmieszanie się krwi żylny i tętnicznej wskutek komunikacji anormalnej prawego i lewego serca, c) wskutek anemii płuc]. Drugim objawem jest duszność; w związku z tymi dwoma głównymi objawami stoją inne pomniejsze — skłonność do ziębnienia, wskutek małego produkowania tlenu, niemożność zastosowania się do zmian temperatury zewnętrznej — sinicowi w tym względzie podobni są do zwierząt zimnokrwistych.

Dominuje w wadach wrodzonych serca — dyskrazya krwi i niedostateczność hematozy. Badania KREHL'a, VAQUEZ'a i innych dowiodły, iż często samoistnie warunki hematozy poprawiają się przez pomnożenie się liczby ciałek czerwonych, wzmożenie się ilości hemoglobiny w krwi, powiększenie rozmiarów oddzielnych ciałek czerwonych. Po za tem spostrzegano zwiększenie się ilości żelaza, wzmożenie gęstości i zasadowości krwi, powiększenie wątroby i śledziony. Wskazania więc lecznicze zmierzają ku wzmożeniu hyperglobulii przez podawanie przetworów żelaza, arseniku, przetworów hemoglobiny, infuzję krwi odwłóknionej, następnie środki higieniczne, pobudzające odżywianie. Autor radzi podawać wyciągi mózgu kostnego i śledziony, robić inhalacye tlenu (20—30 litrów dziennie), jak również kąpiele powietrzne.

Leczenie innych objawów w wadach wrodzonych serca nie odstępkuje od wskazań leczniczych ogólnych. Zauważyć tylko wypada, że zapalenie oskrzeli leczyć należy u dzieci, obarczonych wadą wrodzoną serca, nader uważnie, np. unikać należy wezykatoryi ze względu na nadzwyczajną trudność zagajania się skó-

ry u takich osobników. Gdy w wadach wrodzonych dochodzi do niedoskurczu (*asystolia*), stosujemy leczenie, jak w wadach nabytych niewyrównanych.

Zaburzenia czynnościowe w wadach nabytych u dzieci dzie-
li autor na postaci lekkie i postaci ciężkie, pierwsze przejawiają się niedosta-
tecznością mięśnia sercowego jedynie przy większych wysiłkach i niekoniecznie.
prowadzą do asystolii, postać ta jest częściej spotykana u dzieci, ze względu na
odporność ich mięśnia sercowego. Leczenie sprowadza się do przepisów higieni-
cznych, leczenia mechanicznego, jak i u dorosłych. Metodę OERTEL'a w prakty-
ce dziecięcej uważa autor za nieodpowiednią. Większe znaczenie przypisuje gim-
nastyce szwedzkiej, chociaż wyniki i tu są nieduże, metoda ta bowiem wpływa
głównie na krążenie obwodowe, którego zaburzenia spotykają się u dzieci nieró-
wnie rzadziej, niż u dorosłych. U dzieci spotykamy je jedynie w postaciach cięż-
kich asystolii i to nie zawsze.

Postacie ciężkie zaburzeń czynnościowych. Znużenie serca
(asystolia) u dzieci przedstawia parę właściwości, odróżniających je od asystolii
u dorosłych. Działalność serca, tętno są zazwyczaj u dzieci prawidłowe, (wsku-
tek rzadkości u dzieci zapalenia mięśnia sercowego łącznotkankowego (*intersti-
tialis*). Tętno żyłne spotyka się wyjątkowo. Obrzęki nie spotykają się również
z taką nieublaganą prawidłowością, jak u dorosłych. Podług statystyki autora
na 5 przypadków wad serca w postaci ciężkiej były obrzęki i raz. Na 12 przy-
padków z zejściem śmiertelnym nie było ich w 5. Przeciwnie zaburzenia w ma-
łym krwiobiegu nie są rzadkością. Właściwości powyższe zrzadzają, że u dziec-
ka wada serca przedstawia się w postaci czystej, usiłowania też lecznicze ma-
ją na względzie mięsień serca. Niestety serce dziecka posiada jeszcze jedną
właściwość—gdy raz zjawią się oznaki znużenia mięśnia sercowego, mało jest
widoków powodzenia, gdy u dorosłego nader często spotyka się znużenie ser-
ca okresowe przejściowe. U dziecka niema postaci przejściowych — są albo ła-
godne, albo ciężkie. Autor wyraża to w twierdzeniu: wady serca wyrównane są
daleko łagodniejsze u dzieci, niż u dorosłych, niewyrównane są groźniejsze
u dzieci, niż u dorosłych. Jest to w zależności od faktu, że samo zmęczenie mię-
śnia sercowego nie wystarcza u dzieci do wywołania niedoskurczu, gdy tenże
występuje, znak to jakiegoś powikłania. Autor rozróżnia u dzieci 3 kategorie
niedoskurczu: a) skutek wpływu bezpośredniego na mięsień sercowy, b) przez
zatknięcie (*inhibition*), c) niedoskurcz mechaniczny. Pierwsza postać jest wywo-
ływana przez infekcyę różnego rodzaju (reumatyzm, róża, tyfus), najczęściej po-
chodzenia reumatycznego. Zmiany w mięśniu sercowym, jakie się spotykają
u dzieci, są przeważnie mięszone — *myocarditis parenchymatosa*, *interstitialis* spo-
tyka się jedynie w powikłaniach przez zapalenie osierdzia. Właściwością cha-
rakterystyczną u dzieci jest prawidłowość tętna, trwająca do śmierci. Leczenie
w tej postaci niedoskurczu, jak i u dorosłych. O niedoskurczu przez zatknięcie,
par inhibition, powstającym głównie przez zapalenie osierdzia, nic się specjalne-
go w zastosowaniu do ustroju dziecięcego powiedzieć nie da. Niedoskurcz me-
chaniczny powstaje u dzieci, jak i u dorosłych, wskutek posuniętych zmian za-
stawek. U dzieci jednak zmiany te często nie wystarczają do wywołania niedo-
skurczu, i dopiero powikłanie ze strony osierdzia sprowadza niedoskurcz. Gdy
u dziecka widzimy niedoskurcz (asystolię), prawie pewnem jest, że istnieje powi-
knięcie ze strony osierdzia—zapalenie i zrosty. W tym razie, jak i u dorosłych le-
czenie jest półśrodkowe, używa się *cardiotonica*. Używanie środków tych u dzieci
przedstawia pewne właściwości, które tu warto podnieść. *Digitalis* podawać na-
leży dzieciom z chwilą, gdy tętno jest przyspieszone, gdy serce jest powiększone,

nawet gdyby tętno było prawidłowe i nie było obrzęków, naturalnie po za tem we wszystkich przypadkach, gdzie to jest wskazano podobnie jak u dorosłych.

U dzieci nie należy się obawiać zbytniego wzmożenia ciśnienia tętniczego i utrudnienia przez to krwioobiegu przy użyciu *digitalis* (zwykły u dzieci stan integralności mięśnia sercowego).

Źle znoszą naparstnicę małe dzieci, podawać więc ją można dopiero dzieciom, które wyszły już z pierwszego dzieciństwa, sposób podawania jest ten sam, co u dorosłego, w praktyce dziecięcej więcej zastosowania mają preparaty płynne — we Francji najczęściej używają *Tinct. digitalis* (2—10 kropel). MARFAN podaje *Inf. pulv. fol. digitalis* 0,1—0,2 od 3—5 lat; 0,2—0,3 od 5—10 lat.

Wskazania co do kofeiny są te same, co u dorosłego, daje się ją w dawkach: 0,1—0,2 od 2—5 lat, 0,3 od 6—10, 0,4—0,5 od 10—14. U dzieci często uciekać się trzeba do podawania jej w postaci wstrzykiwań podskórnych; np. *Natr. benz.* 3,0, *Coffeini* 2,50, *Aq. destill. q. s. ad* 10,0 cctm. Każda szprycka zawiera 0,25 kofeiny, stosownie do wieku daje się $\frac{1}{3}$, $\frac{1}{2}$ lub całą; często dodaje się do kofeiny *kal. bromatum*.

Z innych środków autor cytuje *strophant.*, *sparteinum sulfuricum* (0,01—0,02 od 3—5 lat, 0,02—0,04 od 5—10 lat), *convallamarinum* (0,20—0,50 od 5 lat). Wskazania są te same, co i u dorosłych—używa się ich albo, gdy *digitalis* już nie działa, lub ażeby przedłużyć jej działanie. Autor oddaje pierwszeństwo strofantowi.

Do tego leczenia autor radzi dołączyć niektóre rękoczynny: mięsienie kończyn, ruchy bierne; szczególnie zaleca autor wstrząsania okolicy serca i pleców, co w Szwecyi nazywa się „gimnastyczną *digitalis*“. Oprócz środków działających na mięsień sercowy stosować należy, jak i u dorosłych, środki, ułatwiające krążenie obwodowe, jak np. *theobrom.* (0,20 do 1,0—2,0 *pro die*) laktozę, kalomel (0,05—0,10 3—4 razy dziennie), dyetę mleczną.

W razach rozszerzenia serca z groźnymi objawami duszności autor radzi próbować nawet u dzieci upusty krwi i jest zdania, że obawa stosowania ich u dzieci jest trochę przesadzona.

Ref. Józef Brudziński Paryż.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

63. FEIGL. **Leczenie śluzo - ropotoku szyi macicznej sposobem Landau'a.** Obfitość leków, zachwalanych w leczeniu nieżyty szyi macicznej, służy za dowód niepewności dotychczasowego leczenia. Używamy środków chemicznych, tak ściągających, jak przeciwnilnych, probujemy zabiegów chirurgicznych, skrobania, uciekamy się do stosowania pary, lecz wyniki często są wątpliwe, a najradykałniejsze leczenie — za pomocą pary jest w dodatku zabiegiem niebezpiecznym.

Niedawno LANDAU ogłosił sposób leczenia, oparty na spostrzeżeniach bakteriologicznych, które wykazują antagonizm pomiędzy pewnymi drobnoustrojami. Taki antagonizm LANDAU znalazł pomiędzy piwnymi drożdżami i gonokokami. Przerobiwszy odpowiednie doświadczenia, LANDAU osiągnął wyniki zadziwiające, ale, że są nie dosyć stałe, przeto drożdży nie śmie uważać za środek specyficzny. Własności drożdży polegają:

- 1) Na mechanicznem zgnębieniu drobnoustrojów, które wywołały nieżyt.
- 2) Na odwodnieniu podłoża lub odjęciu materii odżywczych, potrzebnych do rozwoju gonokoków.

3) Na jakiejś chemicznej reakcyi, wywołanej przemianą materyi na drodze fermentacyi i neutralizacyi. LANDAU spostrzegał z górą 40 przypadków w przeciągu 6 miesięcy.

Wszystkie te przypadki LANDAU dzieli na 4 grupy podług wyników.

1) U większości śluzo-ropotok znikł zupełnie; wznowy po kilku miesiącach nie spostrzegano.

2) U innych wypływ znikł, ale po pewnym czasie znowu się wznowił. Większość tych chorych leczono ambulatoryjnie, co pozwala przypuszczać zaostrenie sprawy lub nowe zakażenie.

3) Spostrzegano polepszenie; wydzielina bardziej skąpa, ale zupełnie nie znikła, za to objawy podmiotowe ustąpiły.

4) Wreszcie u kilku chorych nie zauważono żadnego działania.

LANDAU, mówiąc o przewlekłej rzeżączce, nie popiera swego zdania szukaniem gonokoków przed i po leczeniu. Spostrzeżenia swe opiera na objawach makroskopowych, na jakości i ilości wydzieliny. Ale wydzielina jest jeno objawem choroby; zmniejszenia się jej lub zniknięcia nie należy utożsamiać z wyleczeniem nieżyty rzeżączkowego. O wyleczeniu można mówić tylko wówczas, gdy przy ustąpieniu podmiotowych i przedmiotowych objawów, w szyi macicznej nie znajdziemy gonokoków nawet za pomocą kilkakrotnego badania.

Dotychczasowe leczenie rzadko prowadziło do podobnego wyniku, i, aczkolwiek objawy nieraz ustępowały, to w innych razach natomiast opierały się wszelkiemu leczeniu. Należy tutaj zauważyć, że nieznanie gonokoków nie jest jeszcze dowodem wyleczenia, ponieważ może być ich tak mało, że nie znajdziemy ich w całej seryi preparatów. Należy badać kilkakrotnie, zwłaszcza w czasie miesiączki, i brać większą liczbę preparatów.

W klinice prof. JANOWSKIEGO o wyleczeniu sądzą z wyników ujemnych badania mikroskopowego (fuksyna karbolowa albo błękit metylenowy), zwłaszcza, gdy im towarzyszy ustąpienie lub zmniejszenie wydzieliny.

Badanie odbywa się w chwili przyjęcia, w czasie pobytu w oddziale i przed wypuszczeniem.

Zwykłe leczenie nieżyty szyi macicznej w klinice prof. JANOWSKIEGO jest następujące. W ostrej formie, połączonej z zapaleniem cewki, sromu lub pochwy, dwa razy dziennie przemywa się pochwę ciepłą wodą, poczem do pochwy wkładają się waciki, napojone płynem BUROWA.

Przy obostrzeniu form przewlekłych postępowanie jest takie same: chodzi o spokój i unikanie drażnienia.

Formy przewlekłe, głównie u nierządnic, połączone z przerostem szyi, nadżarciami, zapaleniem macicy i przydatków, o ile rzecz dotyczy pochwy, są leczone przepłukiwaniem wodą, i tylko w uporczywych przypadkach dodają się przemywania pochwy roztworem sublimatu 1%, argentyminy 2—3% lub octu drzewnego. Właściwe zaś leczenie nieżyty szyi polega na:

1) Miejscowemu stosowaniu leków na błonę śluzową szyi za pomocą sondy PLAYFAIRE'a. Używano w tym celu azotanu srebra 10—20%, argentyminy, argoniny, protargolu 10%, ale otrzymane wyniki nie pozwoliły porzucić starego wypróbowanego środka, chlorku cynku w 20—30 a nawet 50% roztworze. Upřednio kanał szyi oczyszcza się watą; śluz usuwa się 4% węglanem potasu. Takie przyżegienia miejscowe powtarzają się co 3—6 dni stosownie do miejscowego odczynu. W przypadkach szczególnie uporczywych z wydzieliną obfitą ropną stosuje się z dobrym wynikiem tamponowanie macicy i szyi 50% muślinem jodoformowym.

2) Prócz tego przy nadżarciach dwa razy dziennie do pochwy wkłada się waciki, napojone gliceryną z 10% zawartością taniny, ichtyolu lub alunu i jodoformu.

Przy bolesności macicy i tkanki przymaciczej — rozgrzewające okłady na brzuch, a do pochwy czopki ichtyolowe. Wyniki nie zawsze były zadawalające; leczenie wymagało 3—6 tygodni.

Leczenie LANDAU'a stosowano w sposób następujący. Po osuszeniu i oczyszczeniu wodą i watą pochwy i szyi, wstrzykiwano aż do sklepień 10—20 ctm. sz. gęstawego płynu, składającego się ze zwykłych piwnych drożdży i piwa, poczem pochwę zatykano wacikiem. Wstrzykiwania ponawiano co 24 godziny, niekiedy co 2—3 dni.

Wyniki nie były tak dobre, jak u LANDAU'a, przeciwnie, autor przyszedł do przekonania, że leczenie to nie jest krokiem naprzód. Gonokoki znajduwane były nawet u chorych najdłużej leczonych. Przed leczeniem znaleziono gonokoki w 84%, po skończonem leczeniu w 60%.

W niektórych lżejszych przypadkach z nieznacznym szklistym lub śluzowym wypływem następowało polepszenie: wydzielina stawała się rzadszą, wodnistą, a nawet zupełnie znikła. W przypadkach ostrzejszych—leczenie nie dało żadnych wyników, tak że trzeba było wrócić do starego sposobu leczenia. W pojedynczych przypadkach było pogorszenie.

U dwóch chorych w czasie leczenia wystąpiły powikłania: u jednej bolesność w tkance przymaciczej, która po zaprzestaniu leczenia drożdżami w kilka dni przeszła, u drugiej już po trzecim zastrzyknięciu zapalenie przymacicze i przydatków, które wymagało trzymiesięcznego leczenia.

Ogółem leczono 50 chorych w przeciągu 7 tygodni. Najmniejsza liczba wstrzykiwań 2, największa 21, przeciętnie 6. Na podstawie tych spostrzeżeń FEIGL sądzi, że sposób LANDAU'a nie osiąga głównego celu leczenia — nie niszczy gonokoków. Otrzymane polepszenie objawów przedmiotowych, zwłaszcza w przypadkach łagodniejszych, nie pozwala zalecać sposobu leczenia LANDAU'a, ponieważ podobne wyniki można daleko pewniej osiągnąć innymi sposobami.

(Časopis lékařů českých № 36 r. 99.).

S. Kossobudzki.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 24 kwietnia r. 1900.

TREŚĆ: 1) L. KRAUZE — przedstawienie chorego po operacji wycięcia tętniaka tętnicy przętowej (art. ulnaris) oraz przedstawienie okazu tętniaka. 1) L. POPIELSKI — „Ośrodek odruchowy wydzielniczej czynności trzustki“.

1) Kol. KRAUZE przedstawił chorego po operacji wycięcia tętniaka tętnicy przętowej. Chory ten zgłosił się do kol. KRAUZEGO przed kilkunastu dniami z powodu silnego bólu w górnej wewnętrznej części przedramienia lewego. Badanie wykazało, że w dolnej wewnętrznej części ramienia i górnej przedramienia widać było obrzmienie w postaci guza na dotyk twardego, niewyraźnie chęlboczącego, a przy lekkim dotknięciu palcem można było wyczuć słabe tętnienie. Rozpoznawszy tętniak tętnicy ramieniowej lub przętowej, kol. KRAUZE przystąpił do operacji, podczas której stwierdzono, że był to tętniak tętnicy przętowej, przylegający na zewnątrz do rozciągniętego mięśnia dwugłowego. Ze strony wewnętrznej do guza mocno przylegał nerw pośrodkowy tak, że dość trudno było go od guza oddzielić. Podwiązawszy powyżej i poniżej guza tętnicę i żyłę, kol. KRAUZE wyciął guz. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Chory czuje się dobrze.

Wycięty guz posiada formę worka o grubych ścianach, ze strony wewnętrznej wchodzi do niego tętnica i kończy się w ścianie guza otworem okrągłym; nieco niżej znajduje się drugi otwór tejże tętnicy. Obok dolnego otworu znajduje się drugi otwór, prowadzący do żyły. Kol. KRAUZE przypuszcza, że zmiany te są wrodzone.

2) Docent fizjologii w wojskowej akademii lekarskiej w Petersburgu POPIELSKI wygłosił rzecz p. t.: „Ośrodek odruchowy wydzielniczej czynności trzustki“. Prelegent przeprowadził szereg badań nad trzustką, dla której przedewszystkiem dowiódł czynności odruchowej, a następnie wykazał, że czynność ta zachowuje się nawet przy zupełnem usunięciu centralnego układu nerwowego (Innemi słowy, prelegent dowiódł, że 1) czynność wydzielnicza trzustki pod wpływem kwasu solnego zachodzi odruchowo, 2) że odruch ten powstaje pod wpływem bodźców, idących z błony śluzowej dwunastnicy i jelit cienkich). Są to fakty, które dowodzą, że narządy mogą pracować w sposób odruchowy bez udziału mózgu, że miejscowe komórki nerwowe — w samym narządzie lub w najbliższem otoczeniu — pełnią sprawność samodzielnych ośrodków odruchowych.

Doświadczenia wykonywane były na psach w sposób następujący. Po zrobieniu przecięcia tchawicy, prelegent szybkim cięciem oddzielał rdzeń pacierzowy od przedłużonego. Stosując następnie sztuczne oddechanie, odszukiwał przetokę trzustkową, wstawiał w nią kaniulkę i łączył ją za pomocą rurki kauczukowej z cienką rurką szklaną o średnicy 2—3 mm. z podziałkami milimetrowymi. Sok trzustkowy, wydzielając się, wchodził do rurki, posuwając się w ściśle oznaczonym czasie na pewną liczbę podziałek. Następnie prelegent wprowadzał do dwunastnicy kaniulkę, za pomocą której mógł wlewać kwas solny odpowiedniego stężenia 0,4—0,5%. Wlewając kwas solny do dwunastnicy, prelegent otrzymywał zawsze wydzielinę soku trzustkowego.

Doświadczenia przekonały prelegenta, że kwas solny, stykając się z błoną śluzową dwunastnicy, wywołuje podrażnienie zakończeń nerwów ośrodkowych, z których bodziec przedostaje się do nerwów wydzielniczych za pomocą ośrodka nerwowego, t. j. zachodzi odruchowa czynność trzustki. Dane, które przemawiają za tem, są następujące: 1) Wydzielanie się soku trzustkowego następuje w tak krótkim czasie po wleciu kwasu solnego do dwunastnicy, że nie może być mowy o jakimkolwiek wchłanianiu się kwasu do krwi; w niektórych przypadkach wydzielina następuje zaraz bezpośrednio po wleciu kwasu solnego, bez widocznego ukrytego czasu podrażnienia, a taki sposób czynności trzustki może być tylko odruchowy. 2) Wydzielanie się soku trzustkowego nie następowało, gdy wprowadzono znaczne ilości kwasu solnego do odbytnicy i jelit grubych.

Dla przekonania się, w jakich częściach przewodu pokarmowego powstają bodźce, podniecające ośrodek nerwowy dla trzustki, prelegent za pomocą przewiązywań wydzielał różne części przewodu pokarmowego, do każdej z nich oddzielnie wlewał kwas solny i obserwował wydzielanie się soku trzustkowego. Doświadczenia, dokonywane w ten sposób, przekonały prelegenta, że tylko po wleciu kwasu solnego do dwunastnicy wydzielał się natychmiast sok trzustkowy.

Z szeregu doświadczeń, mających na celu wykrycie, gdzie znajduje się ośrodek nerwowy dla odruchowej czynności trzustki, prelegent przekonał się, że wydzielnicza czynność trzustki nie ginie po przecięciu rdzenia pacierzowego pod przedłużonym, po przecięciu obu nerwów błędnych i współczulnych — ośrodek ten nie leży więc w rdzeniu przedłużonym.

W następnych doświadczeniach prelegent całkowicie niszczył rdzeń pacierzowy, podwiązawszy uprzednio wszystkie ważniejsze tętnice, nie mające związku z trzustką, aby nie obniżyć zbyt silnie ciśnienia krwi, wycinał *plexus coeliacus*.

Doświadczenia te wykazały, że odruchowa czynność trzustki zależna jest przede wszystkim od miejscowych ognisk komórek nerwowych. „Narządy więc mogą pracować odruchowo pod wpływem miejscowych ośrodków nerwowych bez jakiegokolwiek udziału środkowego układu nerwowego. Układ środkowy panuje, dominuje nad czynnością wszystkich narządów i władzę tę osiąga za pomocą ośrodków miejscowych. Zawdzięczając istnieniu podobnych miejscowych ognisk komórek nerwowych, narządy nie giną bezpowrotnie po oddzieleniu układu ośrodkowego: narządy mogą pracować prawidłowo“.

Kol. NUSBAUM zaznacza, że właściwie istnieją doświadczenia, wskazujące również, że nie koniecznie w ośrodkowym układzie nerwowym poszukiwać należy ośrodków dla odruchowej czynności wielu narządów. CLAUDE-BERNARD wykazał to w stosunku do gruczołu podszczękowego, w stosunku zaś do pęcherza podniósł to sam kol. NUSBAUM w swej pracy p. t. „O unerwieniu mięśnia wyzmacza pęcherza moczowego“ już w r. 1879.

Na to prelegent odpowiedział, że doświadczenia CLAUDE-BERNARD'a nie wykazały tego dowodnie, gdyż nie są wolne od pewnych wątpliwości.

Aug. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 5 maja r. b.

Na posiedzeniu dokończono odczytu o kąpielach prowincjonalnych. Od lekarzy prowincjonalnych i od firmy Wettlera i S-ki wydział otrzymał wiadomości o urządzeniach kąpielowych dla robotników w 30 kilku fabrykach. Pierwsze miejsce należy się południowo-zachodniemu okręgowi przemysłowemu Królestwa. W tamtejszych kopalniach, hutach, przędzalniach, wreszcie w fabrykach w Częstochowie, istnieje 16 kąpeli dla robotników, urządzonych na większą skalę, z natryskami, wannami, łaźniami nawet basenami, wydających rocznie do 60 nawet 70 tysięcy kąpeli. W okręgu przemysłowym łódzkim imponować mogą tylko kąpiele natryskowe w fabryce Kindlera w Pabianicach. Po za tem są jeszcze wanny i natryski, urządzone na małą skalę w papierni Saengera w Pabianicach, oraz w fabrykach łódzkich Steinerta, Arkuszewskiego, Scheiblera, Eichlera i Schwarza. W okręgu warszawskim, prócz urządzeń kąpielowych przy 9 fabrykach w samej Warszawie, wiemy jeszcze o kąpielach w Żyrardowie i Leonowie. Wiadomości te z pewnością są niezupełne; wszelkie dopełnienia byłyby bardzo pożądane.

Koszt urządzenia kąpeli fabrycznych, mianowicie natryskowych, nie jest tak wielki. Komisye łódzkie obliczyły koszt kąpeli z 3 sitkami natryskowymi, wydających 9—12 kąpeli w ciągu godziny — na 250 rb. w istniejącym budynku. Urządzenia zaś natryskowe na 100 kąpeli w ciągu godziny obliczają z budynkiem, ogrzewaniem, wentylacją na 4669 rb. Dodanie 1 wanny żelaznej emalowanej z odpowiednią przybudówką, wynosi 360 rb. Rachunek ten stwierdzają i fabryczne dane, nadesłane przez firmę Wettler i S-ka, oraz zebrane przez Bartkiewicza.

W kąpielach naszych fabrycznych główną rolę grają natryski, a to dzięki taniości ich urządzenia, oszczędności na wodzie i na czasie. Łaźnie fabryczne zwykle mają parę z kotła, gorszą, jak wiadomo od pary z kamieni. W okręgu łódz-

kim i w Warszawie łaźni fabrycznych niema wcale z wyjątkiem fabryki braci Pfeiffrow. Wanny fabryczne, jako daleko droższe, służą przeważnie dla chorych i dla oficyalistów. Do polecenia więc fabrykom byłyby przedewszystkiem natryski, a obok nich i lub 2 wanny.

Komisya techniczna łódzka żąda kąpeli dla robotnika co dwa tygodnie, oblicza koszt jednej kąpeli na $4\frac{1}{3}$ kop. (uwzględniając już i procent, i umorzenie kapitału, i konserwację kąpeli), twierdzi, że koszt ten wróci się przez większą wydajność pracy zdrowego i czystego robotnika.

Odpowiedzi, nadesłane w sprawie czystości ludu, na ogół potwierdzają dawniejsze smutne dane w tym względzie (patrz Nr. 49 „Medycyny“ z r. z.). Ludność rolnicza miast (Krasnystaw) i osad (Kuczbork) równie jest niedbała, jak i wiejska. Wyżej stoi ludność osad fabrycznych i służba kolejowa. Zresztą zmysł czystości rozwija się ze stopniem zamożności. Dbałość o porządek w domu jest wcześniejsza, niż o czystość ciała. Z paru miejsc podano roczny wydatek na mydło: w Kuczborku 6 funt. rocznie (po 10 kop.) na osobę, w Dębowie w augustowskim 40 funt. rocznie (po 9 kop.) na rodzinę. W Warszawie rodziny stróżów, uboższych rzemieślników na samo pranie wydają rocznie na mydło do 4 rb. (3 funt. mydła miesięcznie). W porównaniu z kosztem prania u klas zamożniejszych jest to wydatek duży; zdaje się, że u klas uboższych pranie musi odbywać się w sposób bardzo nieekonomiczny.

Inżynier p. W. Marczewski nadesłał wydziałowi uwagi i poprawki do swe-go planu łaźni wiejskiej.

P. Irzykowicz z Wierzchowisk zażądał planu i kosztorysu łaźni wiejskiej. Jest to już piąte z rzędu zapotrzebowanie tego rodzaju. Niestety dotąd nie mamy dokładnego opisu i planu łaźni wiejskiej, według którego, trzymając się go ściśle, możnaby łaźnię stawiać. D-r TCHÓRZNICKI zaleca konkurs na taki opis i plan.

Na zapytanie d-ra GRODECKIEGO, jakie tematy z higieny warto byłoby podnieść w pismach ludowych, odpowiedziano, że przedewszystkiem te same, którymi w danym czasie zajmuje się Towarzystwo higieniczne. Warto byłoby teraz wyłożyć wieśniakom wymagania od mieszkań letnich, niebezpieczeństwo przy wynajmowaniu ich suchotnikom, zasady dezynfekcyi.

Na zakończenie rozpraw o kąpielach uchwalono następujące wnioski:

Kąpiele ludowe są sprawą społeczną ze względu na to, że tamują szerzenie się chorób zakaźnych i pasorzytnicznych, że zwiększają dzielność jednostek i wydajność ich pracy, wreszcie ze względów towarzyszkich i estetycznych.

Jako pilna sprawa społeczna, kąpiele ludowe powinny się stać przedmiotem troski miast i gmin.

Wpajanie w uczniów zmysłu porządku i czystości należy do istotnych zadań szkoły. To też szkoły niższe powinny obowiązkowo dopilnowywać czystości uczniów. Szkoły średnie i wyższe powinny ułatwiać swym wychowañcom korzystanie z kąpeli, uzyskując dla nich zniżenie cen i t. p.

Obowiązkiem fabryk jest zapewnić robotnikom możność regularnego kąpania się i mycia rąk przed jedzeniem w fabryce. Obowiązek ten szczególnie jest konieczny i naglący w tych mianowicie fabrykach, w których zanieczyszczenie ciała trującymi substancjami grozi zdrowiu robotników, a także w tych, w których praca nieuchronnie pociąga za sobą większe zabrudzenie ciała.

Na kąpiele ludowe nadają się przedewszystkiem łaźnie i natryski.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z dnia 12 maja r. b.

- 1) Przewodniczący, wice-prezes kol. STRZEMIŃSKI zawiadomił o śmierci członków ZIEMENCKIEGO i LEWENSZTERN'a i przeczytał ich nekrologi.
- 2) Towarzystwo uchwaliło posłać adres wszechnicy Jagiellońskiej na uroczystość jubileuszową, przyjęło projekt adresu, podany przez kol. STRZEMIŃSKIEGO i wybrało na delegatów na tę uroczystość kol. DEMBOWSKIEGO i kol. WĘSŁAWSKIEGO.
- 3) Kol. KOHAN przedstawił 5 dzieci, które były dotknięte ropniem płuc, operowanym, u niektórych przy pomocy termokauteru. Wszystkie po operacji szybko poprawiają się. W jednym przypadku (6-tym) dziecko zmarło w miesiąc po operacji wskutek wycieńczenia. U wszystkich tych chorych cierpienie robiło początkowo wrażenie zapalenia opłucny ropnego. Ze względu na wycieńczenie dzieci operował bez chloroformu.
- 4) Kol. KOWARSKI pokazał chłopca lat 13, dotkniętego sklerozą rozsianą. Silne drżenie zamiarowe rąk, skandowanie mowy, nieznaczne drżenie oczu, osłabienie pamięci, wzmożenie odruchów kolanowych, kurcz drgawkowy ścięgna ACHILLES'a. Od 6 miesięcy ręce są mokre, zimne i sine z oddzielnymi plamami czerwonymi, co może zależeć od zmian w naczyniach, grających pewną rolę przy tworzeniu się *plaques*. Cierpienie zjawilo się w 4-ym roku życia, po płonicy z zapaleniem nerek, w postaci utrudnienia mowy i drżenia rąk, które następnie zmniejszyło się, ale po przebyciu duru w 9-tym roku zaczęło się powiększać. Rodzice są zdrowi.
- 5) Kol. DEMBOWSKI przedstawił operowane przez siebie torbiel jajnika i mięśniak podśluzowy macicy, który dał się wyłuszczyć tylko razem z macicą. Wyłuszczenie zostało dokonane przez pochwę. Chore po operacji mają się dobrze.
- 6) Kol. SZMIDT pokazał dziecko, zmarłe w kilka minut po urodzeniu, które przedstawiało rozmaite wadliwości, mianowicie zarosnięcie otworu stolcowego, zarosnięcie palców rąk i nóg, po 6 palców na rękach, niedorozwój rąk i nóg; te ostatnie są zgięte w kolanach na 180°.
- 7) Kol. STANIEWICZ czytał o mleku w ogólności i o sprzedawaniu w Wilnie w szczególności pod względem sanitarnym. Opisuje fizyczne i chemiczne właściwości mleka, wykazuje zależność jego dobroci od rasy krów, czystości ich utrzymania i rodzaju pożywienia, jakie im się daje, rozpatruje sposoby odróżniania mleka świeżego udoju od wczorajszego (pierwsze ma ciężar gatunkowy niższy od drugiego) i sposoby zachowywania mleka (pasteryzacja albo dodawanie do mleka odpowiednich ciał, czasem szkodliwych dla zdrowia), następnie przechodzi do mleka, sprzedawanego w Wilnie. Jedynie mleko, otrzymywane z kilku ferm okolicznych w butelkach hermetycznie zamkniętych, jest bez zarzutu. Inne, przynoszone przez właścianki okoliczne albo otrzymywane od krów, hodowanych na przedmieściach, jest złego gatunku wskutek nieodpowiedniego karmienia krów, fałszowania i zanieczyszczenia (brudne naczynia, nie dostatecznie zakrywane, nie czyste utrzymanie krów). Do fałszowania mleka używają prawie wyłącznie wody, często podejrzaną czystości i mogącej zawierać drobnoustroje chorobotwórcze, które w mleku znajdują doskonały grunt do rozwijania się. Podobne fałszowanie mleka jest w Niemczech surowo karane. Stan ten przeto

wymaga rozciągnięcia ścisłego dozoru sanitarnego nad mlekiem w sprzedaży i dozoru weterynaryjnego nad krowami (któremu, jak dotąd, podlega tylko jedna ferma). Prelegent podaje projekt prawideł dla sprzedających mleko, który ma być rozpatrzony przez radę miejską.

8) Sprawozdanie sekcji sanitarnej Towarzystwa, przeczytane przez kol. STANIEWICZA, prezesa sekcji, wykazuje, że krowy miejscowe, lubo należą do rasy zwyrodniałej, źle są karmione i utrzymane i dają mało mleka, jednak są odporne na choroby zakaźne, a szczególnie na gruźlicę. Krowy ras zagranicznych dają mleko obficie, lecz wskutek zmiany warunków życia i z winy sposobu karmienia, obliczonego na wywołanie jaknajwiększej wydajności mleka, spowodującego wycieńczenie, często zapadają na różne epizoocycy i na gruźlicę. Konieczną jest rzeczą dokonywanie przynajmniej raz na rok prób z tuberkuliną dla odróżnienia krów zdrowych od gruźliczych. Statystyka rzeźni wileńskiej wykazuje, że około 5% krów cierpi na gruźlicę.

J. S.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== PFISTER badał zachowywanie się źrenic i niektórych odruchów w oku u ssawców i dzieci. Od pierwszego miesiąca życia wzrasta średnica źrenicy i w 3—6 miesiącu bywa dwa razy szersza, niż w pierwszym. Odruch rogówki rozwija się prawie najwcześniej. Drażnieniem skóry wywoływane rozszerzenie źrenicy daje się spostrzegać w końcu drugiego miesiąca. Dopiero po 10-ym tygodniu życia powstaje także rozszerzenie pod wpływem bodźców słuchowych. (Arch. f. Kind. T. 26).

== Wobec licznych przypadków tyfusu podczas wojny hiszpańsko-amerykańskiej, przypuszczano, jakoby muchy w znacznym stopniu przyczyniały się do szerzenia zarazka. SANGREE umieścił muchy w miseczkach PETRI'ego z hodowlami rozmaitych drobnoustrojów, między innymi tyfusowych, a następnie zamykał w wyjałowionych miseczkach z agarem. Otóż laseczniki tyfusowe rozmnożyły się w wielkiej ilości. (Med. Rec. 3—99).

== REACH podaje nowy sposób oznaczania czynności wydzielniczej żołądka bez użycia zgłębnika. Wprowadza on do żołądka jod w takiej postaci, ażeby tylko swobodny kwas solny był w stanie go wydzielić. W tym celu używa jodku barytu i jodotlenku bismutu. Gdy na mieszaninę tych ciał działa kwas solny, to skutkiem utlenienia wyzwolonego z kwasu jodowego tlenu wyswobadza się z obu związków jod.

Ślinę próbuje się następnie na jod. Gdy odczyn na jod występuje wcześniej, niż po 80 minutach, w ślinie, to kwas solny jest obecny; niekiedy jednak odczyn występuje później, a wówczas będzie to dowodem zmniejszonej kwaśności soku żołądkowego. Badania swe autor prowadzi jeszcze w dalszym ciągu. (Fortschr. d. Med. T. 16).

== RINDFLEISCH spostrzegł przypadek otrucia 20 grm. makowca, w którym po kilku godzinach zastrzyknięto podskórnie (po uprzednim przepłukaniu żołądka) 4 ctm. sz. 2%-ego roztworu nadmanganianu potasu. Już po upływie godziny chory oprzytomniał i wreszcie powrócił do zdrowia. R. zaleca także przepłukiwanie żołądka roztworem 1 : 1000—2000 nadmanganianu potasu, a następnie podawanie łyżeczkami 0,1—0,5 w $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ litra wody. Nadmanganian potasu jest również skuteczną odtrutką przeciw morfinie. (Z. f. prakt. Aerz. 3. 99).

== Nowy przetwórcy salicylowy — aspiryna. Jest to połączenie kwasu octowego i salicylowego, w postaci białych kryształów, łatwo rozpuszczalnych w alkoholu, trudno w wodzie. Środek ten opuszcza żołądek niezmienny i dopiero w kiszkiach ulega rozszczepieniu. Dawka dzienna wynosi 4—5 grm. (po 1 grm. naraz w proszkach). Stosuje się aspirynę wszędzie tam, gdzie i salicylan sodu. (D. M. Z. 39—99).

P.

Wiadomości bieżące.

— IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

W dalszym ciągu zgłoszono następujące wykłady:

W sekcji XI. 5) prof. d-r H. Kadyi (Lwów): Zastosowani: aldehydu mrówkowego w zakładzie anatomii opisowej Uniwersytetu lwowskiego i korzyści przez to osiągnięte. (254)

6) Alfred Burzyński (Lwów): Konserwacja narządów w ich życiowej barwie (z demonstracjami). (255)

7) D-r L. Świeżawski (Lwów): O liczbie, postaci i rozmieszczeniu piramid w nerce człowieka (z okazaniem rekonstrukcji za pomocą blaszek woskowych). (256)

8) Józef Markowski (Lwów): O rozwoju i rozmieszczeniu ognisk kostnych w mostku człowieka (z okazaniem preparatów, i fotografów). (257)

9) Prof. H. Kadyi. O barwieniu ośrodków nerwowych przy pomocy preparaty solami metalów ciężkich (z okazaniem preparatów, na których zabarwiona jest karminem wyłącznie tylko istota szara, tudzież preparatów, na których karminem zabarwione są wyłącznie tylko niteczki osiowe). (258)

W sekcji XIII (dział chorób dzieci). 14) d-r J. Brudziński (Paryż): *Dermatitis posterosiva papulosa* u niemowląt (*syphilitide lenticulaire* Parrota). (259)

W sekcji XIV. B. 4) d-r Spira (Kraków): Wnioski w sprawie zapobiegania głuchocie i głuchoniemocie. (260)

W sekcji XVIII. 8—10) d-r Kazimierz Noiszewski: a) Przeszczepianie błony śluzowej ust pod powiekę jako sposób doszczętnego leczenia jaglicy przewlekłej (z przedstawieniem sposobu operowania). b) O patologii jaglicy. c) Przedstawienie asymetrycznej operacji dla okularów. (261—263)

11) D-r Józef Talko (Lublin): *Meningocele orbitalis*. (264)

Treścią wykładu prof. M. Nenckiego (Petersburg) na I posiedzeniu ogólnym będą: „Przyszłe zadania chemii biologicznej“.

W sekcji II. 21) prof. M. Nencki: O heminie. (265)

W sekcji XIV A. 50) d-r J. Czajkowski (Sosnowiec): O wyborze metody i wskazaniach w operacyjnym leczeniu przepuklin pachwinowych. (266)

51) D-r M. Haudek (Wiedeń): O sposobach leczenia za pomocą operacji i przyrządów w nowoczesnej ortopedyi. (267)

52) D-r A. Troczewski (Kutno): Przyczynki do kazuistyki ropni wątroby pochodzenia nieurazowego. (268)

53) Prof. d-r G. Ziembicki (Lwów): Przypadek rany serca. (269)

W sekcji XIX. 24) d-r Lax (Kraków): Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszych siedmiu dniach ich życia. (270)

25. 26) D-r Teodor Borysowicz (Warszawa): a) O stosowaniu szwu międzywęzłkowego przy niektórych plastycznych zabiegach, dokonywanych na dolnym odcinku macicy. b) O niektórych rzadszych wskazaniach do wykonywania cięcia cesarskiego. (271—272)

27) D-r St. Kurz (Warszawa): Demonstracja sterylizatora z przyrządami do zeszywania krocza. (273)

28) Prof. d-r Mars (Lwów): O wypuszczaniu z jamy otrzewnowej płynnej wypociny w przypadkach ostrego ograniczonego zapalenia. (274)

29 — 32) Doc. d-r F. Kościński (Lwów): a) O operacjach mających na celu rozwiązanie rodzących drogami naturalnymi za pomocą zmniejszenia pojemności płodu. b) Przypadek obrażenia *vena cava inferior*; zeszywanie, wyleczenie. (Przedstawienie chorej). c) Okazanie prostego przyrządu do infuzji podskórnych. d) Stołek do badania i pomniejszych operacji ginekologicznych. (275—278)

33) D-r Bocheński (Lwów): Niezwykłe usadowienie obrażenia części miękkich główki płodu, powstałe podczas porodu. (279)

W sekcji I. 7) P. Kłodnicki (Lwów): O własnościach anharmonicznych linii krzywych trzeciego stopnia. (280)

W sekcji XII. 5) prof. d-r Prus (Lwów): O wskrzeszaniu w przypadkach śmierci z utraty krwi (na posiedzenie wspólne z sekcją chirurgiczną). (281)

6) D-r J. Czajkowski (Sosnowiec). (Tytuł podany będzie później). (282)

7) Prof. d-r Klecki (Kraków): Z dziedziny chorób zakaźnych (Dokładny tytuł podany będzie później) (283)

Na posiedzenie wspólne z sekcją medycyny wewnętrznej:

8) D-r Szczyński Bronowski (Warszawa): Wady serca a choroby nerek (praca statystyczno - doświadczalna). (284)

9—11 D-r Edward Zieliński (Warszawa): a) Zmiany rozwojowe w ustroju suchotników. b) Strach, jako czynnik, wywołujący nerwice. c) Znaczenie drobnoustrojów w wywoływaniu pewnych zjawisk geologicznych. 285—287)

W sekcji XIII. 15) d-r J. Maybaum (Łódź): O zwiśnięciu trzew, szczególnie o nerce ruchomej. (288)

16) D-r Edw. Bernhardt: Krup i dyfterya w świetle najnowszej nauki. (289)

W sekcji XV. 15. 16) d-r S. Rossberger (Jarosław): a) Jakimi środkami możemy ochronić nasze potomstwo od przedwczesnej utraty zębów (na posiedzeniu wspólnem z sekcją chorób dzieci i wychowania fizycznego). b) Przyczynek do nieregularności w uzębieniu i *ectopia (transpositio) dentium* (z demonstracyami). (290/1)

Komitet gospodarczy przypomina, że: Wykłady i demonstracje zgłaszać należy bezpośrednio do sekretarza lub gospodarzy odpowiednich sekcji, dołączając odrazu krótkie streszczenie zamierzonego wykładu, które pomieszczone zostanie w „Dzienniku Zjazdu”. Ostateczny termin zgłaszania wykładów (z dołączeniem streszczenia) upływa 15 czerwca 1900 r.; później zgłoszone, lub niezaopatrzone w streszczenia wykłady nie będą pomieszczone w programie Zjazdu. Jedynym organem Zjazdu będzie „Dziennik”, który oprócz działu informacyjnego pomieści streszczenia wszystkich wykładów i dyskusyi.

Wszelkie pisma, odnoszące się do połączonej ze Zjazdem Wystawy, należy adresować do przewodniczącego Komitetu wystawowego d-ra Michała Śliwińskiego (Mały Rynek 4).

Wszelkie inne pisma (nieodnoszące się do wykładów w sekcjach i wystawy), wkładki uczestnictwa w kwocie 20

koron (8 rubli, 18 marek, 20 franków od członka Zjazdu, połowa tej kwoty od każdej towarzyszącej mu osoby, np. pań chcących wziąć udział w Zjeździe), jakoteż zamówienia mieszkań z podaniem liczby osób, ich płci i stanu (dzieci, służba), przeznaczonej mniej więcej na mieszkanie dziennej ceny, wyboru hotelu lub prywatnego mieszkania, przesyłać należy bezpośrednio do głównego sekretarza komitetu gospodarczego, prof. d-ra Ciechanowskiego (Wielopole 4). Zamówienia mieszkań przyjmuje komitet najdalej do 15 lipca 1900 r., upraszając wogóle o wczesne, o ile możliwości, zgłaszanie udziału w Zjeździe.

We wszelkich sprawach Zjazdu przyrzekli łaskawie pośredniczyć: w Warszawie: d-r O. Hewelke (Chmielna 14), d-r K. Rychliński (Krucza 35) i d-r A. Sokołowski (Mazowiecka 6); w Poznaniu: d-r F. Chłapowski (ul. Wiktoryi), d-r A. Jaruntowski (ul. Wilhelmowska) i d-r H. Święcicki (Rynek, Pałac Działyńskich); we Lwowie: prof. d-r A. Głuziński (Krasickich 3), radca dworu prof. d-r Rydygier (Kościuszki 16) i prof. d-r G. Ziembicki (Trzeciego Maja 5); w Paryżu: d-r J. Danysz (Institut Pasteur, rue Dutot) i d-r B. Motz (Boulevard St. Michel 45).

Wszelkich dokładniejszych informacji udziela niezwłocznie sekretarz komitetu.

Komitet uprasza uprzejmie redakcye dzienników polskich o powtórzenie niniejszego przypomnienia.

Ciechanowski

Sekr. kom. gosp. (Wielopole 4).

— Zmarli. Dnia 13 b. m. zmarł w Hrubieszowie w 53 roku życia powszechnie szanowany lekarz d-r Konstanty STECKI. Przyczyną śmierci był tyfus plamisty, którym ś. p. S. zaraził się przy łożu chorego.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik wód mineralnych „Contrexeville“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводено Цензурою, Варшава, 25 Мая 1900 г.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.