

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

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

Redakcyjja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: Spostrzeżenia z praktyki chirurgicznej. Przypadek naczyńniaka tłuszczakowego twarzy. Opisał Dr. G. FRITSCH. — Wykłady kliniczne. O zakażeniu zapaleniu czyli blonicy gardła. Wykład D-ra SENATOR'A. Streścił T. Ż-a. (Ciąg dalszy.) — Sprawozdania z posiedzeń Tow. lekarskich. Tow. lek. Wileńskie. Posiedzenie z dnia 24 Października r. z. Sprawozdawca Dr. G. LEWANDOWSKI. Protokół 5-go posiedzenia Tow. lek. lubelskich. (Dokończenie). — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Przetwory ergotynowe. — Kronika zagraniczna. — Londyn. Szpitale i zakłady naukowo-lekarskie. — Biblijografija. — Ogłoszenia.

SPOSTRZEŻENIA Z PRAKTYKI CHIRURGICZNEJ

Przypadek naczyńniaka tłuszczakowego twarzy (*Angioma lipomatodes faciei*).

Opisał Dr. **Gustaw Fritsche**, z Częstochowy.

Opisywanie wszystkich tak zwanych „ciekawych przypadków” służy raczej do urozmaicenia czasopism specjalnych, poważnymi ale nieraz suchymi artykułami przepełnionych, aniżeli do nauki. Historyja widelca w żołądku, szpilki w pęcherzu moczowym, kuli, która 60 lat w ciele przebywała i t. p. zaciekawia nas i zajmuje, ale bez porównania mniej nas uczy, aniżeli porządny opis najzwyczajniejszego przypadku chorobnego rozumnie i racjonalnie leczonego. Jeżeli następujący „ciekawy” przypadek naczyńniaka twarzy do publicznej podaję wiadomości, to wyłącznie tylko dla tego, żeby wykazać jak błędem jest to, między lekarzami rozpowszechnione przekonanie, jakoby zwyczajne znamiona wrodzone (*naevi*) pozostawione same sobie znikają i jak ta zasada obojętnego zbywania zgubną w swoich następstwach dla chorych być może.

Naczyńniak (*angioma*), jest jak wiadomo nowotworem naczyń krwionośnych i powstaje w taki sposób, że istniejące w stanie prawidłowym naczyńia rozszerzają się, tworzą coraz liczniejsze o wężykowatym przebiegu zwoje, które przez zanik rozdzielającej je tkanki stykają się z sobą; następnie ścianki w zetknięciu będących naczyń zużywają się (*werden usurirt*) i nikną, przez co tworzą się coraz większe, krwią napełnione jamy, a nowotwór staje się do ciała jamistego prącia (*corp. cavernosum*) zupełnie podobnym. Sprawa ta nie jest bierną, jakby to można było przypuszczać, ale czynną, z powodu, iż ściany owych rozszerzonych naczyń nie stają się cieńszymi ale przeciwnie coraz grubszymi; następuje tu zatem wzrost pierwocin ścian naczyń. Rzecz prosta, że jamy te w bezpośredniem

są połączeniu z naczyniami, i że krew swobodnie w nich krąży, będąc przez tętnice przywodzoną, a przez żyły odprowadzaną¹⁾. Zdanie ROKITANSKY'EGO jakoby te narośle tworzyły się samoistnie i nie miały z początku żadnego z naczyniami związku, a krew znajdująca się w nich jakoby była nowo wytworzoną, nie ma obecnie zwolenników²⁾.

Chora nasza, Katarzyna Stefańska 36-letnia niezamężna włościanka, ze wsi Stefańszczyzna o $\frac{1}{4}$ mili od osady Wolbromia położonej, przyszła na świat z małą plamą czerwoną na prawym policzku. Rodzice jej, dwie siostry i brat (ten ostatni obecnie nie żyjący) żadnych podobnych znamion nie mieli. Plama ta (*naevus teleangiectodes*) bardzo mało z początku się powiększała, w 15-m roku dopiero (w tym roku chora pierwszy raz dostała miesiączki) zaczęła przybierać coraz większe rozmiary i przy najmniejszym uderzeniu, nawet ręką, silnie krwawiła. Chora z przestрахem patrzyła na powiększanie się narośli, która ją tak szpeciła, ale do lekarza z nią się nie udawała. Używała oczywiście rozmaitych środków, które jej „baby naraiły,” a gdy te żadnego skutku nie odnosiły, postanowiła do Matki Boskiej Częstochowskiej się udać.



Cały powiększony prawy policzek jest barwy ciemno-fioletowej z pewnemi odcieniami różowemi; powierzchnia jego przedstawia liczne nierówności, skóra na nim znakomicie cieńsza aniżeli na lewym. Dokładnych rozmiarów nowotworu nie podaje, gdyż te na rysunku dostatecznie są widoczne. Narośl za dotknięciem przedstawia się miękką, tak jak bardzo miękka gąbka; pod palcami robi zupełnie wrażenie tłuszczaka. Błona śluzowa jamy ustnej na stronie odpowiadającej narośli jest także barwy ciemnofioletowej i o nierównej powierzchni. Przez namacanie dokładnie przekonać się można, że nowotwór całą grubość policzka zajmuje i aż do błony śluzowej jamy ustnej przechodzi. Chora twierdzi, że narośl przy każdym miesiączkowaniu krwią nabiega, powiększa się i łatwo krwawi; przypuszczać zatem należy, że ciągłe powiększanie nowotworu dopiero z ustaniem miesiączkowania u chorej przerwane zostanie.

¹⁾ VIRCHOW — *Die krankhaften Geschwülste*. Berlin 1867. Tom III, str. 334 i następne.

²⁾ ROKITANSKY — *Handbuch der pathologischen Anatomie*. Wien 1846 r. Tom I, str. 277.

Podział naczynek, przez VIRCHOW'A przyjęty, jest następujący: Przedewszystkiem rozróżnia on naczyniki z e w n ę t r z n e i w e w n ę t r z n e; pierwsze spotykają się na powierzchni ciała jak skóra, mięśnie a nawet i kości, a drugie tylko w wewnętrznych przyrządach jak wątroba, mózg i t. d. Pierwsze, t. j. zewnętrzne naczyniki podzieliłi WARTROP i MAUNOIR na sk ó r n e i p o d s k ó r n e, w miarę tego jak się rozwijają w samej skórze lub w podskórnej tkance łącznej i tłuszczowej, chociaż do tych ostatnich postaci zaliczają się także naczyniki mięśni, gruczołów i kości. Podskórna tkanka tłuszczowa (*panniculus adiposus*) jest najczęstszem siedliskiem podskórnych naczynek, z kąd VIRCHOW postać tę nazywa *lipogen*, w przeciwstawieniu z inną w przebiegu większych żył się rozwijającą: *phlebogen*. Pierwsza z tych postaci najczęściej tam się rozwija, gdzie jest najobfitszy pokład tłuszczowy, a mianowicie w policzkach i w oczodołach. Przypadek zatem tu przedstawiony zaliczyć należy do działu: **Naczynek w tłuszczakowych.**

W Y K Ł A D Y K L I N I C Z N E.

O zakaźnem zapaleniu czyli błonicy gardła (*Synanche contagiosa seu diphtheritis*),

przez D-ra SENATOR'A (*Vollmann'a, Sammlung klin. Vortrag. Nr. 78*).

Streścił T. Ź-a.

(Ciąg dalszy. Zobacz Nr. 1).

Co się tyczy objawów klinicznych, to gorączka przy błonicy nie przedstawia nic typowego; najczęściej bywa tak, że dosięgłszy wysokiego stopnia tegoż samego dnia spada dosyć nagle, pośród potów i jeżeli choroba ogranicza się na zajęciu tylko gardzieli, to ciepłota pozostaje prawidłową albo przedstawia nieznaczne nasilenia wieczorne. W cięższych przypadkach przebieg gorączki bywa rozmaity i odpowiada mniej lub więcej natężeniu i stopniowi sprawy miejscowej, i tak: przy oddzieleniu się tylko płatów nabłonka bywa mniejszą, aniżeli przy postaci błonkowej, w tej zaś mniejszą aniżeli przy rozszerzonej zgorzeli. W tych razach dopóki oddzielone strupy nie zostaną zastąpione nowemi, albo też przy rozszerzaniu się owrzodzenia albo przy zgorzeli, do której się przyłączyła gorączka trawiąca (hektyczna), cierpienie trwa 1—2 tygodni i więcej. Przy zajęciu dróg oddechowych, co zwykle w dalszym przebiegu choroby następuje, gorączka bywa zmienną i nie zostaje w związku z natężeniem choroby, ani niebezpieczeństwem o życie. Zajęcie krtani objawia się przez zmianę głosu, właściwy do szczekania podobny kaszel, duszność wzmagającą się w cięższych przypadkach do stopnia ostrego zwiększenia głośni (*acute Laryngostenose*). Ustawiczną, zwolna się zwiększającą duszność od czasu do czasu przerywają napady zaduszania, wśród których niekiedy bezpośrednio śmierć następuje. Powodem takich napadów bywa nagromadzenie się śluzu, wysięku lub płatów tkaninowych na strunach głosowych i zatkaniu i tak już wąskiej szpary. Niekiedy wczesne wystąpienie i wysoki stopień duszności zależy od obrzmienia migdałków i zajęcia jam no-

sowych (*coryza*). Wśród takich napadów zaduszania, lub gwałtownego kaszlu i krztuszenia, tudzież wymiotów wydalonymi zostają z dróg oddechowych błony, poczem następuje chwilowa przynajmniej ulga. Po większej części błony odtwarzają się na nowo, zatrucie kwasem węglanym wciąż postępuje dalej, następuje zaduszenie (*asphyxia*) i śmierć po 5 — 10 dniowem, rzadko dłuższem trwaniu choroby; przed śmiercią niekiedy występuje rozedma na szyi (*emphysema subcutaneum*), jako następstwo rozerwania pęcherzyków płucnych, z których powietrze dostaje się pod opłucnię, ztamtąd do śródpiersia i tkanki łącznej podskórnej szyi.

Odsetek wyzdrowień w błonicy połączonej z zapaleniem dróg oddechowych krupowem, albo strupieniowem wynosi 10—15.

Różne okoliczności mogą się przyczynić do przyspieszenia końca choroby przez zaduszenie, i tak: często do zapalenia tchawicy przyłącza się nieżyt włosowatych oskrzeli (*bronchitis capillaris*) ze swojemi następstwami: zapadnięciem (*atelectasis*) i zgrubieniem pewnych części płuc; rzadziej występują ograniczone ogniska zapalne; niekiedy także powstają zatorowe zapalenia płuc, skutkiem utworzenia się zatorów (*thrombus*) w sąsiednich małych żyłach, z których oderwane cząsteczki dostają się do obiegu krwi i do płuc. Rzadszą znacznie przyczyną śmierci bywa niekiedy posocznica (*septicaemia*), która występuje przy zgorzeli migdałków, powoduje niekiedy krwawienie nie do zatałamowania, skutkiem przegryzienia większego naczynia.

W wielu przypadkach błonicy, chociażby takowa ograniczała się tylko do gardzieli, zjawia się białko w moczu, po większej części czasowo, rzadko dłużej nad dwa tygodnie trwające. Przyczyna występowania nie zawsze bywa jedna: niekiedy zjawia się ono tutaj tak samo jak i w innych chorobach gorączkowych bez żadnych głębszych zmian w nerkach, lecz tylko przy wysokim stopniu ciepłoty, ze spadnięciem której znika. W takich razach ilość białka bywa bardzo nieznaczną i nie zawiera pierwiastków postaciowych (morfologicznych). Drugą przyczyną, może najzwyczajszą, obecności białka bywa mięszkowe zapalenie nerek, obrzmienie (*Schwellung*) i stłuszczenie nabłonka nerek, które tak często się zdarzają w sprawach zakaźnych chorobnych. Dalej białko może się znajdować w moczu przy zajęciu dróg oddechowych i duszności, skutkiem zastojów żylnych. Wreszcie białko w większej ilości jednocześnie z ciałkami krwi i limfatycznymi, tudzież komórkami nabłonkowymi może występować jako objaw ostrego mięszkowego zapalenia płuc; wtedy wszakże nie z błonicy, lecz z płonicą miewamy do czynienia, która również może się w gardzieli umiejscawiać. Dwóm ostatnim białkomoczom towarzyszy wodna puchlina.

Okolicznością wymagającą zwrócenia na siebie uwagi jest to, że w czasie niektórych epidemij błonicowych (*Synanche-epidemien*) rany i wrzody znajdujące się na miejscach odleglejszych od ognisk chorobnych błonicą zajętych tak na błonach śluzowych, jak i na skórze, również przybierają wygląd podobny do zestrupienia błonicowego w gardzieli. Jaki jest związek tego objawu z błonicą gardzieli—o tem niżej; to tylko pewno, że nie zawsze na ranie lub wrzodzie uznanym za błonicowy ma miejsce zapalenie błonicowe, t. j. zestrupienie. Wiadomo także, że taka błonica ran może występować niezależnie od epidemii błonicowej gardzieli, a mianowicie zawsze występuje ona, ile razy współdziałają przytem niepomyślne wpływy ogólne, atmosferyczne, albo osobnicze i miejscowe sprawy, i odwrotnie: w czasie epidemii błonicy gardzieli nie wszystkie rany i wrzody ulegają temu powikłaniu, nawet u osobnika cierpiącego na błonicę.

O k r e s w y z d r o w i e w a n i a (rekonwalesencji) z błonicy nie jest wolny od niebezpieczeństw: wielu chorych po przebyciu najcięższej postaci staje się ofiarami śmierci. I tak przedewszystkiem pozostaje przez długi czas u p o r e z y w y b r a k ł a k n i e n i a, nieprzewyciężony wstręt do jedła, tudzież nudności i wymioty. Dalej — zdarzają się w y p a d k i n a g ł e j ś m i e r c i, na które w ostatnich czasach szczególniejszą zwrócono uwagę, mianowicie po przejściu właściwych objawów chorobnych, gdy cierpienia błony śluzowej uległy już przemianom wstecznym, albo nawet uleczone zostały, tak, że ogólny stan chorego nie wymaga szczególniejszej pieczołowitości, chory nagle opada z sił (*collabirt*) przy objawach właściwych porażeniu serca: tętno staje się nadzwyczaj częstem, rzadko powolnem, przytem małym, słabem, skóra błądą, chłodną, osłabienie podobne do zemdlenia; niekiedy przyłącza się obrzęk płuc, skutkiem którego chory w kilka godzin kończy. Jako przyczynę śmierci HILLIER i MOSLER znajdowali tłuszczowe przerodzenie mięśnia sercowego; w innych razach znaleziono tylko znaczne skrzepy w sercu i większych naczyniach żylnych, których pochodzenie bezwątpienia przypisać wypada osłabionej działalności serca; ta zaś ostatnia może zależeć nie tylko od przerodzenia tłuszczowego, lecz także od upośledzenia, albo zupełnego nawet zawieszenia wpływu unerwienia (*innervatio*), a zatem istotnego porażenia, mianowicie włókien nerwu błędnego, bądź w samym sercu się rozgałęziających, bądź w któremkolwiek miejscu na drodze do serca; rzadziej można przypuszczenie robić o porażeniu podbudliworuchowych włókien nerwu współczulnego.

Za porażeniem nerwu błędnego w przypadkach nagłej śmierci przemawiają także inne p o r a ż e n i a, zjawiające się również w okresie wyzdrowienia (rekonwalesencji). Bezwładny początek się prawdopodobnie w gardzieli i ztamtąd rozprzestrzeniają się z pewną prawidłowością. Jeżeli się zdaje, że ich punkt wyjścia jest gdzie indziej, to prawdopodobnie porażenie narządów gardzielowych zostało przeoczonem, co może tem snadniej nastąpić, że zaburzenia jakie wynikają skutkiem porażen przedstawiają niejaki podobieństwo z temi, które bywają następstwem poprzednich spraw zapalnych z owrzodzeniami połączoneych, jako to: utrudnione połykanie, mowa przez nos i t. d., które można przy powierzchownem badaniu wziąć za pozostałości przebytego zapalenia. Przy bezwładach tedy daje się spostrzegać: przedewszystkiem porażenie łuków podniebiennych (*Gaumensegel*), skutkiem czego utrudnionem zostaje zamykanie jamy nosowej od jamy ustnej, przy mówieniu i połykaniu. Samo obejrzenie gardzieli dostatecznem bywa do rozpoznania, gdyż łuki podniebienne i języczek przedstawiają się obwisłymi, przy wymawianiu wyrazów niezupełnie się unoszą, albo weale nie, toż samo ma miejsce na drodze zwrotnej (refleksyjnej) przy poruszaniu. Jeżeli zamykanie wejścia do krtani uskutecznia się jeszcze dobrze (skutkiem nacisku podstawy języka na nagłośnię i przygniatania tej ostatniej), to cechującym jest wracanie się połkniętych potraw, a szczególnie płynów, a mianowicie wraca ją one przez jamę nosową zupełnie spokojnie, nie wywołując przytem żadnego bólu, ani krztuszenia się i kaszlu, jak to bywa przy zadławieniu się. Później ulegają porażeniu nerwy krtani i stosownie do tego czy górne, czy dolne, albo jedne i drugie razem zostaną porażone, wrażliwość i drażliwość zwrotna (*Reflexverregbarkeit*) błony śluzowej krtani znika, zdolność strun głosowych odbywania ruchów zostaje zniesioną, albo w rozmaity sposób upośledzoną. W takich razach pokarmy i napoje z łatwością wpadają do dróg oddechowych i dają nieraz powód do ciężkich zaburzeń: zapalenia płuc (*Schluckpneumonie*). Następnie ulegają porażeniu nerwy mięśni oka, a przedewszystkiem gałęzie rzęskowe; następstwem tego są zabu-

rzenia w nastrojaniu się oka (niezdolność wyraźnego widzenia w blizkości). Rzadziej się zdarza porażenie nerwu twarzowego (*n. facialis*); częściej nerwów kończyn, wreszcie najrzadziej rozprzestrzenia się porażenie na nerwy tułowia, mięśni oddechowych i jak wyżej wspomniano — serca. Kilkakrotnie spostrzegano porażenie nerwów zmysłowych, mianowicie czasową ślepotę (*amblyopia, amaurosis*). Porażenia te zachowują się po większej części tak, jak obwodowe porażenia nerwów; w kończynach np. gdzie są mięszone włókna nerwowe, spotykamy zakłócenia w czuciu, rzadziej drące bóle gościcowe, aniżeli nadczulność (*hyperaesthesia*), głuchotę, mrowienie, albo zupełne beczucie (*anaesthesia*) większej części albo wszystkich gatunków czucia (*Gefühlsqualitäten*) obok bezwładu ruchowego. Badanie za pomocą elektryczności często wykazuje charakterystyczność porażen obwodowych, mianowicie kurczliwość mięśni przy faradyzowaniu okazuje się mniejszą a drażliwość galwaniczna prawidłową albo wzmóŜona.

Właściwością tych porażen nie wyróżniającą ich od większej części obwodowych, jest to, że one się nie rozszerzają, w dalszym ciągu, lecz w przerwach (*sprungweise*), że nie zajmują całego pnia nerwowego, lecz jedną lub kilka tylko jego gałęzi i to na krótko, gdyż wkrótce przenoszą się na inne gałęzie, co się najczęściej spostrzegać daje w oku, w którym to jedna to druga gałąź nerwu okoruchowego ulega porażeniu, albo też nerw rozoczny lub błoczkowy. To właśnie tłumaczy, dla czego przy cierpieniu n. błędnego, którego gałęzie udają się do różnych narządów i rozmaitym czynnościom przewodniczą porażenia przedstawiają nader odmienny obraz, nawet pod względem rokowania, a to zależnie od tego które gałęzie zostały porażone: czy ruchowe, czy czuciowe, czy włókna powstrzymujące odruchy, czy udające się do podniebienia, gardzieli, krtani, czy wpływające na ruchy serca, czy oddechowe, czy gałęzie przeflyku, łoŜadka i dwunastnicy.

Zejsię tych bezwładów zwykle bywa pomysłne, z wyjątkiem tych przypadków, w których następuje zaburzenie w ruchach serca lub oddechania. Cięższe, śmiertelne przypadki, w których znaczna liczba mięśni zostaje porażoną należą prędzej do bezwładów ośrodkowych, a nie obwodowych. Zmiany anatomo-patologiczne w ośrodkowych częściach nerwów i ich osłonach, tudzież w istocie szarej rdzenia kręgowego: bujanie komórek i wylewy krwawe, dostatecznie objaśniają przyczynę bezwładów. Z drugiej strony trudno jest oznaczyć przyczynę prawdziwie obwodowych bezwładów, stanowiących przeważną większość przypadków. Niezłościwa ich przyroda i przenoszenie się z jednego miejsca na drugie kaŜą przypuszczać, że do czynienia mamy z zaburzeniami szybko powstającymi i szybko znikającymi, i muszają one wychodzić z podniebienia i tylnej ściany gardzieli, czyli innymi słowy, wypada przyjąć, że jest jakieś wychodzące z tamtąd obwodowe cierpienie nerwów, które można by nazwać: „*neuritis migrans*.” Biorąc pod uwagę sposób rozchodzenia się po tkance łącznej niektórych wpływów szkodliwych, mianowicie podrażnienia zapalnego, łatwo sobie wytkómaczyć typowe rozprzestrzenianie się bezwładów o których mowa. Nerwy łuków podniebiennych i gardzieli po większej części powstają ze spłotu gardzielowego (*plexus pharyngeus*), do utworzenia którego przyczyniają się nerwy: języko-gardzielowy (*n. glossopharyngeus*), błędny (*n. vagus*) i gałęzie z górnego zwoju szyjowego n. spółczutego. Wzdłuż tych nerwów pierwiastki szkodliwe (*Schädlichkeit*) posuwają się w pochwach nerwowych i otaczającej je luźnej tkance łącznej ku górze do spłotu szyjowego (*pl. caroticus*), ztąd do zwoju rzęskowego (*ganglion ciliare*), do n. rozoczego, okoruchowego i błoczkowego, ku dołowi do spłotu sercowego, podobnieŜ do nerwu błędnego wzdłuż rozma-

tych jego gałęzi, do n. przydatkowego (*n. accessorius*) i t. d. Naturalnie, że tą drogą mogą zostać zajętemi zwoje kręgowy i rdzeń kręgowy.

W jakim tedy związku stoją bezwładny do błonicy? Wielokrotnie dopatrywano pewnej zawisłości ich od cierpienia w mowie będącego, uważano bezwładny za swoiste błonicowe (dyfteryczne), opierając się właśnie na ich częstotli, właściwym sposobie rozszerzenia się i wreszcie na tem, że podobne bezwładny spostrzegano także po wrzodach skóry, które błonicowy posiadały wygląd. W ostatnich czasach GUBLER wykazał, że w okresie wyzdrowienia z innych chorób, jak durzycy brzusznej, wysypkowej, ospy, bezwładny również nie są rzadkością, i że one mogą być także krótkotrwałe i zmieniać miejsce jak bezwładny poblonicowe. Czy te ostatnie częściej się przytrafiają, aniżeli u wyzdrowiewających z durzycy, liczebnie tego nie wykazano. Być może, że bezwładny poblonicowe dla tego częściej się dają spostrzegać, że obecnie błonica w większych miastach (przynajmniej w Berlinie) prawie nigdy nie ustaje. Dalej, co się tyczy właściwości rozszerzania się bezwładny, to widocznem jest z tego co się wyżej powiedziało, że to zależy od umiejscowienia się błonicy w gardzieli. Gdyby inna część bł. śluzowej zajęta została sprawą chorobową, to nie ulega wątpliwości, że bezwładny ztamtądby miały punkt wyjścia, a nie z gardzieli. I rzeczywiście spostrzeżenia dostarczają cały szereg bezwładny, występujących skutkiem mniej lub więcej obszernych owrzodzeń bł. śluzowej, którym różne ponadawano nazwy; i tak: bezwładny biegunkowe (dyzenteryczne), półogowe, pęcherza moczowego (*paralyses urinae*) będące następstwem spraw chorobowych, które spowodowały owrzodzenia błony śluzowej jelit grubych, części rodnych w okresie połogowym, pęcherza moczowego i wiele innych. Wszystkie te bezwładny mają swój punkt wyjścia w pierwotnie zajętej części błony śluzowej, ztąd się rozszerzają w dalszym ciągu (*continuirlich*) lub przeskakują w inne miejsca, i tym sposobem mogą zajmując te okolice nerwów, porażenie których uważanem jest za swoiste dla błonicy. Zupełnie tak samo, jak to ostatnie, zachowują się pod względem rozprzestrzeniania się bezwładny wynikające skutkiem wrzodzących spraw na skórze; nazywają je błonicowemi (dyfterytycznemi) dla tego, że owrzodzenia skórne miały cechę błonicowych t. j. przedstawiały ostre zestrupienie (*acute Verschorfung*). Bezwładny te nie poczynają się także jak zwyczajne poblonicowe w gardzieli i krtani, tylko w miejscach przylegających do owrzodzonej skóry, a porażenia mięśni gardzieli, krtani i oka mogą się w dalszym przebiegu przyłączyć, albo zupełnie nie wystąpić.

Z tego co wyżej powiedziano wynika, że bezwładny poblonicowe przede wszystkim przedstawiają pewne podobieństwo (z samą błonicą?), i że to, co uważano dla nich za właściwość, może występować także w innych bezwładny, albo też tłómaczy się szczególnem umiejscowieniem sprawy chorobowej. Nie wielkiej również doniosłości jest fakt, który uważano za dowód swoistości, że bezwładny występują po błonicy w lekkim stopniu, z nieznacznem zajęciem błony śluzowej, gdyż i po innych ostrych chorobach, z lekkim przebiegiem mogą występować bezwładny. Zresztą niekiedy cięższe cierpienie błony śluzowej przy błonicy, prawdziwe błonicowe owrzodzenie na tylnej powierzchni łuków podniebiennych się znajdujące, może być przeoczonem, i takie przypadki mogą być powodem mniemania, że się ma do czynienia ze zwyczajnym niezłym; dalej—zważywszy, że wielu zasługujących na wiarę spostrzegaczy miało sposobność widzieć porażenia występujące po takich cierpieniach, które żadnego nie mają związku z błonicą jak np. po ropniach migdałków, trzeba się zgodzić, że niema potrzeby przypisywać bezwładny poblonicowym jakiejś swoistości, tak samo jak się nie mówi o swoistości bezwładny podurzycowych i po ospie; swoistym byłby

bezwład pobłonicowy wtedy, gdy osobnik nim dotknięty był w stanie zarazić inną osobę błonicą, czyli gdyby taki bezwład był zaraźliwym, czego wszakże dotąd nie wykazano. (d. e. n.)

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ TOWARZYSTW LEKARSKICH.

Towarzystwo lekarskie Wileńskie, Posiedzenie z dnia 24 Października 1874 r.

Najważniejszym zadaniem poruszonem na tem posiedzeniu była choroba przymiotem zwana, a mianowicie jej teoryja dualistyczna. Czł. ZAUŚCIŃSKI przebiegł historycznie powstanie tej teoryi, a w dalszym ciągu przytoczył wiele spostrzeżeń szpitalnych najzupełniej jej przeczących, to jest takich, w których tak szankier miękki, jak i twardy pociągają się z sobą ogólne zakażenie. Między innymi szankier zgorzelinowy także miał być objawem tylko miejscowym, tymczasem w 6-u przypadkach takowego wszędzie nastąpiło ogólne zakażenie. Czł. MAJEWSKI dodał, że jakkolwiek jego spostrzeżenia także nie stwierdzają teoryi dualistycznej, widział jednak wiele szankrów zgorzelinowych bez następowych objawów ogólnego zakażenia. W każdym razie można powiedzieć w ogóle, że fakta, które rozstrzygają podobne zadania w ostatniej instancji, przemawiają na korzyść teoryi unitarnej zyskującej też coraz więcej zwolenników, chociaż dualiści nie uważają się jeszcze za pokonanych. Czł. IWASZKIEWICZ przytoczył jako dodatek do powyższego, niektóre doświadczenia prof. BUCK'A i SCHILL'A z Chrystyanii, znanych syfilidologów, którzy szczepili wydzielinę szankrową w celach leczniczych. Chociaż metoda ta odrzuconą została prawie przez wszystkich specjalistów, jednak doświadczenia powyżej wzmiankowanych uczonych wyjaśniają własności wydzielin wrzodów przymiotowych, poddanych wpływowi różnych czynników i rzucają niejaki światło na pośrednie rozprzestrzenianie się choroby (*contagion médiat*). I tak: a) wydzieliną przechowana bez przystępu powietrza, podobnie jak lymfa ospowa w ceweczkach szklanych lub między zaklejonymi szczelnie szkiełkami, w pierwszym razie już po 5-u dniach okazywała się słabszą w działaniu, a po 8-u dniach zupełnie straciła swoją zaraźliwość; przechowana między szkiełkami już po 3—4 dniach zaszczipiona wydawała prawie zawsze ujemne wypadki; b) wydzieliną ogrzewana w ceweczkach i następnie szczepiona już przy 40^o traciła swoje własności zaraźliwe; po zaszczipieniu trzymana pod okładami mającemi 40^o stopni ciepła lub zanurzona wraz z miejscem zaszczipienia w wodę do 40^oC. ogrzaną, wydawała także ujemne wyniki. Co do działania zimna, to wydzieliną trzymana w 6^o do 16^o zimna przez 1—12 dni z chwilkami przerwami nie traciła swojej zaraźliwości, a szczególnie dobrze zachowywała taką, gdy trzymana była w ceweczkach szklanych i w lodzie; c) wydzieliną wysuszona działaniem powietrza w zwyczajnej ciepłocie i potem rozmoczona wodą przekroploną zachowywała swoje własności do 12-u dni; po tym przeciągu czasu szczepiona wydawała ujemne wypadki. Zaszuszoną grubą warstwą na lancecie do 10-u dni posiadała swoje działanie po zaszczipieniu — przy zaszuszeniu zaś cienkiej warstwy już po dniach dwóch nie przyjmowała się i użycie takiego narzędzia było zupełnie nie szkodliwym. Jeśli jednak wydzieliną była zamoczona w wodzie, to przez 4 dni zachowywała swoje własności; zaszuszoną na gałganach i potem rozmoczona w wodzie przed szczepieniem, wydawała ujemne wypadki; d) po rozrzedzeniu wydzieliną wodą (1:500) zachowywała ona swoją zaraźliwość dosyć często, zaś przy rozrzedzeniu 1 cz. w 100 cz. wody szczepienie zawsze się udawało; godną jest tylko uwagi ta okoliczność, że odpowiednio do stopnia rozrzedzenia wzrastała długość okresu wylegania się choroby. Przy rozprowadzeniu wydzieliną oliwą (1:50), także nie traciła ona swojej własności zarażenia; e) z chemicznych czynników wyprobowano tylko wpływ węglanu potażu, którego zaledwie równa ilość z wydzieliną zmieszana niszczyła cechujące własności ostatniej. Doświadczenia te ze względu na swoją różnorodność, dokładność i powagę autorów mogą posłużyć za podstawę do niektórych wniosków, jeżeli niezupełnie stanowczych, to w każdym razie bardzo prawdopodobnych, a mianowicie: a) w każdym przypadku, gdzie zachodzi obawa czy zdjęta lymfa ospowa z ręki nie

zawiera jadu przymiotowego, dosyć jest nie szczepić jej zaraz, a dopiero po upływie 8-u dni, przez co takowa nie straci jak wiadomo swojej własności, a stanie się zupełnie bezpieczną. Doświadczenia pod lit. b) wskazują ściśle związek jadu przymiotowego z białkiem ścinającym się przy ciepłocie 40°. Szereg doświadczeń pod lit. c) może uspokoić chirurgów co do łatwości przeniesienia choroby przymiotowej za pomocą narzędzi, możebnej tylko przy niezmiernem niedbalstwie. Dalej, ponieważ wydzielina przymiotowa zeschnięta na gałganach nie jest zaraźliwą, przeto wszelka bielizna i odzienie nie mogą jej przenieść. (Wyniki tych doświadczeń nie odwołają chirurgów od zachowania zawsze i wszędzie przestrzeganej przez nich czystości, lecz mogą posłużyć do wyjaśnienia w rzach wątpliwych, jaką drogą prawdziwie przeniesiony został jad przymiotowy, o co obwiniano dotąd często narzędzia, bieliznę, skbankę i t. p. Przypisek sprawozdawcy). W końcu: doświadczenia z wydzieliną rozrzedzoną za pomocą wody lub oliwy, wykazują jak łatwo jest zarazić się np. w baniach i jak mało przynosi pożytku oliwa użyta w celach zapobiegawczych.

W dalszym ciągu posiedzenia po kilku uwagach co do przenoszenia się choroby przymiotowej z rodziców na dzieci i udziału, jaki w tem może mieć ojciec, a jaki matka, czł. BLOCH odczytał: „O wyższości woreczków z lodem przy leczeniu durzycy nad chłodnemi kąpielami.” Ponieważ użycie ostatnich połączone jest z wielu niedogodnościami, więc p. BLOCH zastąpił je pęcherzami z lodem, które kładzie na brzuchu przez dobę i dłużej, jeżeli ciepłota ranna przechodzi 39°C. Zauważył on przy tem, że każdy pęcherz leżący z lodem przez dobę zniża ciepłotę o $\frac{1}{2}$ —1°; kładąc zaś 2—3 pęcherzy na całą powierzchnię brzucha, można otrzymać większe niżnienie ciepłoty. Ten sposób leczenia nie przeraża chorych i otaczających, nie przeciąża usługi i nie wymaga ciągłej baczności lekarza, jak to ma miejsce przy kąpielach letnich. Tenże wyłonek odczytał „o działaniu trimetylaminy w ostrym gościecu stawowym.” Ponieważ MEDYCYNA donosiła obszernie o działaniu tego środka (Patrz str. 206 i 495 r. 1873), przeto w niniejszem sprawozdaniu mówić o nim nie będziemy.

Czł. MAJEWSKI odczytał historję choroby kobiety cierpiącej na wrodzony, zupełny niedostatek pochwy, warg sromnych i przedniej ściany pęcherza moczowego z wywróceniem części jego pozostałej na zewnątrz, o której w poprzedniem sprawozdaniu uczyniliśmy wzmiankę. Przy pierwszym w r. 1859 badaniu chorej, mającej lat 22 i pełniącej obowiązki praczki w szpitalu Ś-go Jakóba, obok prawidłowej, silnej budowy ciała i gruczołach piersiowych dobrze rozwiniętych Dr. M. znalazł na dolnej powierzchni brzucha, na linii środkowej, miękką, okrągłą obrzniętość ciemno-czerwonej barwy, około 3 cali w średnicy mającą, a około $\frac{1}{2}$ cala wystającą nad powierzchnię skóry; brzegi jej przechodziły w otaczającą skórę. W dolnej 3-iej części tej obrzniętości z dwóch małych otworków leżących na jednej linii poziomej wypływał mocz strumieniem przerywanym, długim do dwóch cali, nie jednocześnie z obydwóch otworków, lecz naprzemian raz z jednego, drugi raz z drugiego, w odstępach czasu równych, wynoszących 2 i więcej minut. Na $\frac{3}{4}$ cala poniżej tej obrzniętości, na wysokości odpowiedniej górnemu brzegowi spojenia łonowego znajdowały się poziomo położone dwie miękkie wyniosłości, mające wygląd zwyczajnych składek skórnych, u podstawy przeszło pół cala szerokie. Wyniosłości łonowej (*mons Veneris*), zwykle pokrytej włosami, nie było, lecz w miejsce jej znajdowało się spłaszczenie, a nawet prostopadłe do poziomu zagłębienie. Między wyżej wzmiankowanemi składekami skóry odległemi od siebie około cala, dawało się widzieć także lekkie zagłębienie z poziomą szczeliną na 3 linie długą. Zagłębienie to pokryte było zwyczajną skórą, delikatniejszą tylko w tem miejscu. Cała ta okolica począwszy od górnej nabrzmiałości, pokryta była rzadkimi włosami. Przy badaniu przez kiszkę stolicową i jednocześnie z zewnątrz wysledzić można było macię, pokrytą powłokami brzucha i nabrzmiałością powyżej opisaną. Szyjka maciczna kończyła się na zewnątrz owem zagłębieniem z poprzeczną szczeliną. Co do miesiączkowania chora oświadczyła, że takowe odbywa się prawidłowo co 3 tygodnie, trwa 3—4 dni odpływając przez wyżej wskazaną szczelinę. Wszystkie inne czynności ustroju odbywają się prawidłowo. Z wyników badania tego, łatwo było wniesić, że chora ta nie posiada zewnętrznych narządów płciowych, przy zawiązkowych zaledwie śla-

dach warg wielkich, i braku przedniej ściany pęcherza z wywróceniem na zewnątrz jego pozostałej części. O leczeniu stanu tego naturalnie mowy być nie mogło. Kobieta ta spostrzegana przez lat kilka, zdradzała swoje popędy płciowe, szukając towarzystwa mężczyzn i t. p.; wreszcie w r. 1867 wyszła za mąż, oddaliła się ze szpitala i znikła z oczów Dra MAJEWSKIEGO. W Marcu 1874 zjawiła się znowu w szpitalu jako chora. Przy badaniu, obok wyniszczenia całego ciała i silnej gorączki, znaleziono, że wypukła ściana pęcherza moczowego owrzodziła, była brudno szarej barwy, pokryta cuchnącą wydzieliną, która wypełniała jamę w głąb miednicy sięgającą; przy śledzeniu jej zgłębnikiem krwawiła. Z opowiadania kobiety pokazało się że chorą jest więcej jak od roku, że będąc zmuszoną ciężko pracować uczuwała bóle w dolnej części brzucha; owrzodzenia na powierzchni wywróconego pęcherza powstały przez tarcie zewnętrzne. Mocz wyciekający drażnił ciągle te owrzodzenia i stan pogorszał się do tego stopnia, że z powierzchni ich zaczęła płynąć krew często w znacznej ilości. Siły upadały, chora traciła sen i łaknienie. Od trzech miesięcy ustały odpływy miesięczne, zaczęła pojawiać się gorączka i gdy już chora pracować nie mogła, przybyła do szpitala. Z objawów tych należało przyjąć chorobę jako gorączkę wyniszczającą (*febris hectica*) w skutek owrzodzenia powierzchni wywróconego pęcherza. Chora w szpitalu przy zachowaniu należytej czystości i użyciu środków wzmacniających zdawała się być zdrowszą, lecz to tylko chwilowo, gdyż znowu krew zaczęła często odpływać z powierzchni wrzodzącej, ciepłota ciała wzrastała od 39°—41°, z dreszczami; owrzodzenie przeszło w rozpad i chora zmarła. Badanie pośmiertne zwłok potwierdziło, że powierzchnia uległa rozpadowi była wywróconym pęcherzem, a otwórki na jego powierzchni ujściami moczowodów. Pod pęcherzem leżała przednio-dolna ściana macicy i górna część jej szyjki, które były zrosnięte z pęcherzem. Macica powiększona, jajniki i trąby Fallopiusza prawidłowo rozwinięte, lecz wszystkie narządy dolnej części jamy brzusznej przesiąknięte były płynem surowiczo-ropnym, którego to płynu znaleziono także dosyć w próżni miednicy. Miedniczka nerki prawej znacznie powiększona tworzyła rodzaj workeczka przechodzącego w rozszerzony także moczowód, w który można było wprowadzić mały palec. Lewa nerka, jej miedniczka i moczowód prawidłowe. Inne narządy pomijamy. Lecz najciekawsze dla swojej rzadkości znaleziono zmiany w kościach miednicy po oddaleniu części miękkich. Kość krzyżowa była silnie rozwiciętą, kości biodrowe prawidłowe, lecz niewygięte odpowiednio, łonowe zaś w miejscu, gdzie winny tworzyć spojenie łonowe oddalone były od siebie na 10,2 cm. Linija niemianowana prawie prosta. Wskutek takiego zбочenia w kościach, wszystkie wymiary miednicy znacznie powiększone. Dr. M. wyjaśniając te wrodzone niedostatki, skłonnym jest przyjąć zdanie SCHRÖDER'A i v. der KOLK'A, podług którego pęcherz omoczny (*alantois*) przy nadmiernem swoim powiększeniu może być przyczyną, że przewód moczowy (*urachus*) nie zarasta i w następstwie pozostawia szczelinę, z której wypływa mocz na zewnątrz. Z czasem gdy dziecko urodzone zacznie oddychać, przyjmować pokarm, porusza się, brzegi szczeliny rozchodzą się coraz więcej pod wpływem działania mięśni i ciśnienia kiszek, aż wreszcie pęcherz moczowy, nie mając żadnej podpory, wywraca się na zewnątrz. Aby wyjaśnić brak części płciowych zewnętrznych lub zawiązkowe ich tylko ślady, innej trzeba szukać przyczyny w rozwoju płodu. Co do kości łonowych, jeśli był brak wrodzony połączenia między nimi, to późniejsze działanie mięśni mogło także podług Dra M. przyczynić się do większego ich od siebie oddalenia. Wywrócony pęcherz moczowy przedstawiał się jak wyżej opisano w kształcie miękkiej nabrzmiałości z dwoma otworami, z których wypływał mocz strumieniem przerywanym. Dowodzi to podług Dra M. niewątpliwej obecności włókien mięsnych w moczowodach. Mocz z miedniczek nerkowych napełnia moczowody do pewnej granicy, poza którą włókna mięsne zaczynają się ściągać, pokonywają opór zwieraczy przy wejściu do pęcherza i wydalają z pewną siłą część zebranego moczu. Ściągnięte mięśnie po zmniejszeniu ciśnienia powracają do zwykłego stanu, a zwieracz się zamyka dopóki znowu nie zbierze się konieczna ilość moczu.

Czł. Towarzystwa, *Gustaw Lewandowski.*

Protokół piątego posiedzenia Towarzystwa lekarzy Lubelskich, z dnia
4-go Listopada 1874 r.

(Dokonczenie. Zobacz Nr. 1).

6) Kol. GŁOGOWSKI odczytał dalszy ciąg objawów i rozpoznawanie cukromoczu (*diabetes mellitus*). Zwyczajnie za pierwszy objaw „suchot cukrowych“ podawane jest powiększenie ilości wydzielonego moczu w ciągu doby (*polyuria*) i tłomaczone przesyleniem krwi glikozą na zasadzie chemicznych i fizycznych praw wchłaniania i wydzielenia, a sprowadzające suchość w ustach, osuszenie błon śluzowych i wszelkich tkanek, zmniejszone wydzielenie żółci, zaparcie stolca, potrzebę zastąpienia wydzielonego płynu nowym płynem, t. j. powiększone pragnienie. Kol. G. zwrócił uwagę, że tłomaczenie to nie wystarcza, tego dowodzi najlepiej moczówka (*diabetes insipidus*) jako też, że stosunek może być odwrotny, że w skutek choroby żołądka powiększone pragnienie wywołuje moczówkę. — Co do zmian w wydzieleniu zwyczajnych części składowych moczu, które stanowią ważną odrębność choroby, podaje kol. G. stałe powiększenie ilości cukru (*glikozy*), którego dzienna ilość przy średnio rozwiniętej chorobie wynosi 100 grm., a wyjątkowo dochodzi do 8 razy tyle, gdy tymczasem w stanie zdrowia zaledwie ślady najmniejszych ilości wykryć się dają. Ilość znajdowanego w moczu cukru uznał kol. G. za zależną od pożywienia, ruchu, stanu przyrządów trawienia, okresu choroby i od osobniczej zdolności chorych do przyswajania sobie cukrów. W miarę powiększania się ilości cukru, wzrasta i ciężar gatunkowy moczu; zwykle bywa 1,035 — 1,045, widywano jednak i 1,050 — 1,060 do 1,074. Powiększenie to ciężaru gatunkowego zależy często od powiększenia ilości moczownika: od 45 — 100 grm. dziennie, zamiast 30 dziennie, kreatiny (MALY), podwojonych siarczanów i potrójnych fosforanów i chlorków. Dalej kol. G. wykazywał potrzebę pokrycia ubytków nadmiarem pożywienia, którego objawem jest wielkie łaknienie; w razie jeżeli pożywienie nie wystarcza, lub nie spożytkowywa się należyte następuje chudnienie, samozjadanie się. Ze zwyczajnych powikłań podał kol. G. gruźlicę i przewlekłe zapalenie płuc, czasem bez ostrego okresu, trwające bez wchłonięcia wysięku i kończące się rozpadaniem mięśni (tworzenie się jamy w płucach lub zgorzeli bez woni). Tu przytoczył KUSMAUL'a spostrzeżenie śmierci przy wolnym oddechu i prędkim tętnie.

W rozpoznawaniu choroby istnieją dawne uprzedzenia o jej niezbędnych objawach, jak: ogromne pragnienie, bardzo częste i obfite wydalanie moczu, łaknienie obok chudnienia, wysoki ciężar gatunkowy moczu i jasna jego barwa. Ani ciemna barwa moczu, ani średni jego ciężar gatunkowy, ani prawidłowa jego ilość przy zwyczajnym pragnieniu i łaknieniu, ani dobry wygląd nie powinny wstrzymywać od badania moczu na cukier, jeżeli tylko jest podejrzenie na cukromocz z powodu innych względów — jak: suchość w ustach, psucie się zębów, cuchnący oddech (*exhalatio foetida acidulosa*), bezsilność, niska ciepłota ciała, częściowa utrata wzroku, niemoc płciowa (*impotentia*), bezpłodność (*sterilitas*), brak miesiączki (*amenorrhoea*), swędzenie sromu i cewki moczowej (*pruritus vulvae et urethrae*), wyprysk napletka i warg większych (*herpes preputii et labiorum majorum*), przyszczycza (*eczema*), wrzodzionki (*furunculi*), wąglik (*anthrax*), zgorzel (*gangraena*), dna (*arthritis*), zbyttnia otyłość i dziedziczność choroby; kol. G. powoływał się na przypadki ze swojej praktyki, w których podejrzenia jego na cukromocz zostały stwierdzone przez wykrycie cukru przy zgorzeli nogi, — przypadek znany prof. SZOKAŁSKIEMU, przy swędzeniu sromu (*pruritus vulvae*) — kol. SCHMIDT'OWI, przy wągliku (*anthrax*) — kol. SAKSOWI, przy bezsilności, niedoślepiu, przyszczycy — kol. SMORCZEWSKIEMU; bezsilność, przy wiadomości o śmierci z suchot cukrowych ojca i siostry — spostrzeżenie kol. G. z kol. SURZYCKIM. P. SZNIERSTEIN sprawdzał rozbiór ciemnego moczu w ilości tylko 1000 c. s. całodziennej (24 kwart) z bardzo znacznym odsetkiem glikozy (6⁰/₀); — w przypadku tym obudziła podejrzenie niska ciepłota ciała. (Ze 130 chorych na cukromocz SEGEN znajdował u 30 glikozę przy mniej jak 2000 c. s. moczu. Puehlina (*hydrops*) i białkomocz (*albuminuria*) utrudniają rozpoznanie; najtrudniejszym jest do rozpoznania cukromocz przepuszczający

(*d. mellitus intermittens*); wtedy tylko częste dochodzenie cukru w moczu w różnych warunkach i porach dnia może wykazać cukier, najłatwiej w moczu poobiednim. Wykrycie glikozy dowodzi tylko cukromoczu (p. Tyg. Lek. 1857), brak zaś cukru w moczu sprawdził SCHERER i BRAUN przy moczowce cukrowej (*diabetes mellitus*) przy silnym nieżycie pęcherza, skutkiem którego glikoza ulegała rozkładowi. Cudzoziemcy, szczególniejszej znakomici fizjologowie, często nazywają mylnie „*le diabete sucre*” cukromocz sztuczny, czasowy (*glycosuria artificialis, transitoria*) występujący po cholercie, durzycy, ospie. U nas przeciwnie, mówiąc o „*diabetes mellitus*” nazywają to cierpienie cukromoczem. W końcu kol. G. przypomniał, że obecnie jest właśnie 200 letnia rocznica jak THOMAS WILLIS po raz pierwszy wykrył zapomocą smaku obecność pierwiastku słodkiego w moczu.

7) Mag. farm. RUSSYAN zakomunikował, iż w skutek ogłoszenia kol. JANISZEWSKIEGO o chloroformie (p. protokół Nr. 3), Inspektor lekarski (prezes) wraz z nim, jako assesorem farmacyi, obejrżeli chloroform we wszystkich aptekach m. Lublina i znalazł go dobrym, chemicznie czystym i posiadającym wymagany ciężar gatunkowy (1.49).

8) Choroby panujące w Lublinie i gub. lubelskiej w Październiku (spraw. kol. ULANOWSKI). Przeważnie spostrzegano durzycę wysypkową, powikłaną w nielicznych przypadkach zapaleniem ślinianki przysusznej (*parotitis*) często z zejściem śmiertelnym; w niektórych miejscowościach ostry gościec stawowy, dość często nieżytowe zapalenia migdałków, płonice częściej spostrzegano, aniżeli we Wrześniu; zaostrzenie cierpień przewlekłych u starców i znaczna ztąd między nimi śmiertelność; kilka przypadków gorączki połogowej.

9) Wpływ funduszów pieniężnych do kasy Towarzystwa (podanie kasyjera) Wnieśli po 6 rs. roczną za 187¹/₃ r. opłatę następujący czl. czynni: PAWŁOWSKI, GRZYBOWSKI, KOSKOWSKI, CZAJKOWSKI, PIROMOWICZ, MUŚNIKI, SKRZYŃSKI, KARCZEWSKI KŁOSSOWSKI, ZDAŃSKI, TREUTLER, CHARYTANOWICZ, ZAGÓRSKI, BORUCKI, i członek-wspierający ¹⁾ p. ROMAN KOZARYN, właściciel Jabłony, — 25 rs. rocznej opłaty. Do kasy przeto Towarzystwa od początku zawiązania się takowego wpłynęło 238 rs. ²⁾

Zgodnie z oryginałem, Dr. J. Talko, sekretarz.

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

Przetwory ergotynowe. Dr. A. WERNICH w pracy swojej „*Ueber Prüfung und Herstellung brauchbarer Ergotinpraeparate*” ³⁾ mówi naprzód o skutkach, jakie na pletwach żabich spostrzegał, przy podskórnem stosowaniu ergotyny, t. j. działaniu na układ mięśniowy włókien gładkich, *resp.* o zwężaniu naczyń krwionośnych i t. p. rzeczach w ogóle już znanych. W drugiej zaś części powyższego odczytu, również na doświadczeniach opartego, zastanawia się autor nad pojedynczymi składnikami sporyszu i stawia pytanie, któremu z nich główne działanie przypisać należy?

W tym celu sporysz stosownie przygotowany wytrawiał W. naprzód eterem, następnie wyskokiem; lecz oba te wyciągi, z osobna probowane, okazały się wcale niedziałają-

¹⁾ Wyjaśnienie: Wedle § 4 „normalnej ustawy,” przyjętej przez Tow. lek. lubelskich, członkami wspierającymi mogą być osoby wszelkich zawodów, mieszkające tak w gubernii jak i w innych miejscach, jeżeli objawia chęć wspomagania działań Towarzystwa pomocą materialną np. ofiarę pieniężną, książkami, narzędziami, remanentami szpitalnymi, lekami i przyborami do utworzenia klinik ruchomych. Na równi z innymi członkami Towarz. otrzymują oni na tę godność dyplomy, z podpisem Prezesa i Sekretarza, oraz przyłożeniem pieczęci Towarz. opatrzone. Członkowie-wspierający mogą być (obacz § 6) na zebraniach Towarzystwa, jako goście, bez prawa głosu (§ 24).

²⁾ Z powodu szczyplych ram naszego czasopisma, w przyszłości podawać będziemy sprawozdania na wzór tych, jakie podajemy z posiedzeń Tow. lek. Warszaw. i Wileńskiego a nie całe protokoły jak to dotąd czyniliśmy; zbyt są one obszerne dla naszych czytelników; — ten więc jest ostatnim, jaki w całości podaliśmy. (Red.)

³⁾ *Berliner klinische Wochenschrift*, r. 1874 Nr. 13. (Vortrag in Januar 1874. in d. Berl. med. Gesells.)

cymi. Wtedy sporysz, na który poprzednio działał eterem i mocnym wyskokiem, wyciągał kilkakrotnie wodą, następnie zgęszczał; — otrzymał tym sposobem przetwór mocno działający, lecz zanieczyszczony w części jakimś ciałem mazistém, ale nie dającym się zresztą bliżej określić. Wprawdzie nowa farmakopea niemiecka (1873) każe wodny wyciąg sporyszowy mieszać z rozcieńczonym wyskokiem i następnie cedzić, wskutek czego pewne zanieczyszczenia zostają wydzieleniemi i odsączonemi; ze względu jednak, iż załączony tu przepis nie jest jeszcze wystarczającym, poddał przeto W. dializę wodny swój wyciąg sporyszowy, umieściwszy takowy na papierze pergaminowym. Płyn przez przesączenie otrzymany nic nie stracił na pierwotnych swoich własnościach, — zgęszczony rozpuszczał się znowu łatwo w wodzie i bez mętu, — przy odparowaniu zaś dawał jeszcze pozostałość zabarwioną, zasługującą na dalsze badanie chemiczne. Pozostałość ta traktowana węglem zwierzęcym odbarwiła się wprawdzie, lecz przetwór stracił znowu pierwotną swoją działalność. W dalszym ciągu tych badań, autor zaprawił ostrożnie pierwotny wyciąg wodny amoniakiem i następnie wykluczając go kilkakrotnie wyskokiem amyłowym, albo eterem, poddał takowy przesączeniu. Płyn przesiąknięty, po odparowaniu, posiadał już bardzo mało części niedziałających. — Nareszcie autor chcąc zbadać cechy owego ciała w wyciągu wodnym głównie działającego, postąpił w sposób następujący: sporyszowy wyciąg wodny, przez przesączenie oczyszczony, zakwaszał ostrożnie rozcieńczonym kwasem siarczanym, następnie traktował go wyskokiem, z którym płyn się łączył; roztwór ten wyskokowy ostrożnie odparowany i zobojętniony węglanem sody, okazał się skutkującym. Ztąd autor wroci, iż składnikiem głównie w sporyszu działającym, jest ciało posiadające własności kwasu, który jako taki rozpuszcza się w wyskoku, staje się zaś w nim nierozpuszczalnym, gdy jest w związku z zasadami.

W końcu pracy wymienionej na początku, autor zastanawiając się nad przetworem ergotynowym przez siebie przygotowanym, utrzymuje iż w ogóle własności ciała w mowie będącego są też same, co wyciągu sporyszowego (podług nowej farmakopei niemieckiej) z którego do podskórnych wstrzykiwań najlepiej przyrządzać roztwór wodny 10⁰/₀, bez dodatku wyskoku lub gliceryny. I w rzeczy samej przeświadczone się, iż roztwór takiego stężenia wchłania się bardzo łatwo, i najczęściej po upływie doby nie pozostawia już żadnych śladów na miejscu stosowania.

P. ALVES, aptekarz w Berlinie, idąc za radą Dr. W., traktował ów oficjalny wyciąg sporyszowy jeszcze raz wyskokiem, przyczem znowu dość znaczna ilość części niedziałających, a więc zanieczyszczających oddzieloną została, i otrzymał tym sposobem t. z. „*Extractum secalis cornuti bis purificatum*”, który w stosunku 1 na 10 wody stanowi wyśmienity roztwór do zastrzykiwań podskórnych.

Bliższe szczegóły dotyczące tej kwestyi podał autor w pracyswojej niedawno wyszłej p. n. „*Einige Versuchsreichen über das Mutterkorn*”. (Berlin. Hirschwald—1874). Al. W.

W aptekach tutejszych przyrządzanym bywa *Extr. secalis cornuti v. Ergotinum Bonjeani*, podług obowiązującego przepisu w farmakopei rosyjskiej z 1871 r. Mianowicie: sporysz świeżo rozdrobniony nalewa się zimną wodą i pozostawia czas jakiś, — następnie odcedza, prasuje i znowu na pozostałość zimną wodą działa. Wyciągi wodne razem złane, paruje się na kąpieli wodnej do gęstości ulepku i dodawszy do tego przepisana ilość wyskoku 70⁰/₀ pozostawia się w balonie, kłócąc od czasu do czasu. Po upływie 24-ch godzin płyn się precedza i paruje do gęstości gęstego wyciągu. Wyciąg ten rozpuszcza się w wodzie łatwo, roztwór jednak pozostaje trochę mętnym, — oddziaływanie ma mocno kwaśne. Odnośnie do dawki, podaje farmak. rzeczona jako *maximum*: 6grn. na raz, — 18 na dobę. — Wychodząc więc z tej zasady, iż przepis powyższy otrzymywania ergotyny jest prawie takż sam jak w farmakopei niemieckiej nowej z 1873 r., radzilibyśmy zatem, aby i nasi pp. aptekarze przyrządzać chcieli *Extr. secalis cornuti bis purificatum*, który się marnie rozpuszcza w wodzie zupełnie bez mętu, a co stanowi nieodzowny warunek przy stosowaniu środka rzeczzonego sposobem podskórnym. (Przyp. sprawozd.)

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Londyn. Szpitale i zakłady naukowe lekarskie. Londyn, którego ludność równa się prawie ludności całej Bawaryi, a jest dwa razy większą od ludności całego królestwa Wirtemberskiego, posiada tak pod względem zakładów leczniczych, jak i pod względem środków naukowo-lekarskich olbrzymie materiały i pomoc. Dr. LIPPERT w Nr. 38 *Berl. kl. Wehrft.* z r. z. podaje szkic urządzeń lekarskich Londynu, z którego dla wiadomości naszych czytelników podajemy niektóre dane, mogące nadto posłużyć za wzór dla naszych warszawskich zakładów leczniczych i instytutów poświęconych nauce medycyny. W liczbie około 150 szpitali i różnych zakładów leczniczych Londynu, znajduje się 30 wielkich szpitali przeznaczonych nie tylko dla chorych, ale i dla odbywania studiów lekarskich. Z tych największy jest St. Thomas Hospital na 600 łózek. Przy nim od r. 1871 istnieje szkoła lekarska, w której odbywa się systematyczny teoretyczny i praktyczny wykład wszystkich nauk przyrodniczych i lekarskich w zwykłym zakresie uniwersyteckim. Szkoła ta opatrzona jest w nader bogate zbiory i wybornie urządzone kliniki, kierowane przez takie znakomitości jak: MURCHISON, PEACOCK, CLARK, LIEBRICH (okulista). Koszt studiów rocznych wynosi w tej szkole od 20 do 40 funtów (od 150 do 300 rubli). Prócz tej największej szkoły lekarskiej istnieje przy londyńskich szpitalach kilka innych zakładów naukowych lekarskich, mniej wprawdzie kompletnych, ale stojących na wysokości nauki lekarskiej w uniwersytetach niemieckich. Tu należą: szkoła lekarska „University College-Hospital”, gdzie między innymi wykładowcą jest Henry THOMPSON, specjalista w chorobach pęcherza; dalej „Kings-College-Hospital” gdzie wykłady prowadzi najznakomitszy z chirurgów londyńskich William FERGUSSON.— Jako doskonały zakład kliniczny znany jest szpital „Guy's-Hospital” w którym odznacza się jako profesor oftalmologii Dr. BADER (niemiec) i jako prof. chorób wewnętrznych Dr. GULR. Niemniejszą sławą cieszy się „St. Bartolomew's-Hospital and College” równie jak i zakłady naukowe lekarskie przy „London Hospital” przy „Westminster-Hospital”, „Charing Cros-Hospital”, St. George-Hospital”, „Middlesex-Hospital” i „St. Mary-Hospital”. Wszystkich zakładów leczniczych jest w Londynie przeszło 150; w tej liczbie mnóstwo poświęconych specjalnym działom chorób i chorych. Na czele wśród tych ostatnich stoją zakłady dla cierpiących na oczy: „Royal London Ophthalmic Hospital Moorfield” i „Westminster Eye Hospital”. Doskonale urządzone zakład dla chorych z chorobami gardła i krtani jest „Throat-Hospital”, w którym przewodniczy Dr. Marek MACKENZIE. Z liczby znakomitszych specjalnych zakładów leczniczych wspomnieć jeszcze wypada: St. Peters-H., „St. Mares-H.”, „Lock-H.”, „Cancer-H.”, „National-Orthopedic H.”, „Royal Orthopedic H.”, „Hospital for sick children” (szpital dla dzieci—przewodniczy w nim znany Dr. Charles WEST), „Consumption-H.” (szpital dla suchotników). Z pomiędzy szpitali dla kobiet zasługuje przede wszystkim na uwagę doskonale urządzone i już od 10 lat istniejący „New Hospital for women”, zostający pod wyłącznym kierunkiem dwóch znanych kobiet-lekarek Miss Garret ANDERSON i Miss MORGAN. Na czele szpitala poświęconego chorobom nerwowym stoi Dr. ALTHAUS znany na polu elektro-terapii. Dalej sławnym jest londyński dom obłąkanych „Bethlems-Hospital”. Wymienić też wypada szpital niemiecki kierowany przez Drów LATRO, LICHTENBERG, RASCH i i., szpital homeopatyczny „Hahnemann Hospital” i niesłychanie świetny „Greenwich-Hospital” dla inwalidów armii lądowej. Śmiertelność w szpitalach londyńskich jest niższą od średniej śmiertelności szpitali starego ładu, a nieznosna atmosfera karbolowa, tak często w tych ostatnich napotykana, w londyńskich szpitalach daleko rzadziej spotykać się daje. Najlepszym przewodnikiem pod względem lekarskim w Londynie dla lekarza cudzoziemca, jest przegląd wychodzący co roku we Wrześniu przy czasopiśmie „The Lancet” pod tytułem „The students number of the Lancet” w którym podawanym bywa spis wszystkich zakładów leczniczych, lista lekarzy i wykładowców, pora i miejsca odbywanych wykładów, kursów prak-

tycznych i operacji. Nadto każdy szpital ogłasza corocznie swój „Calendar etc.” z wymienieniem środków naukowych, osób w nim czynnych, z wykazem statystyki chorych i chorób i t. d. Nakoniec corocznie u księgarza Renshaw, 356 Strand wychodzi „Handbook”¹⁾ obejmujący sprawozdanie czynności wszystkich londyńskich zakładów leczniczych z ubiegłego roku. Z pomiędzy kilku zbiorów anatomico-patologicznych odznacza się zbiór przy „Royal College of Surgery” i zbiór wchodzący w skład „British-Museum.”

St. M.

Bibliografija.

Bibliografija za rok 1874 (niektóre dzieła już w ciągu r. z. były podane *Red.*).

BENEKE. Grundlinien der Pathologie des Stoffwechsels (448 str.) Berlin. 1874. Cena rs. 4 kop. 20.

BILLROTH. Untersuchungen über die Vegetationsformen von Coccobacteria septica und den Antheil welchen sie an der Entstehung und Verbreitung der accidentellen Wundkrankheiten haben (244 str.) Berlin. 1874. Cena rs. 18. Autor od dawna pracujący na tem polu jest jak wiadomo przeciwnikiem halierowskiej swoistości patologicznej grzybków i bakteryj napotykaných w ropie, posoco i t. p.

H. COHN. Die Schulhäuser und Schultische auf der Wiener Welt-austellung (66 str.). Breslau. 1873. Jest to krytyczny pogląd na urządzenia szkolne ze względu na higienę oczu. Autor jest znanym okulistą który pierwszy swoją statystyką chorób u uczącej się młodzieży, zwrócił uwagę na ten przedmiot.

ERN. Ueber den Einfluss subcutaner Carbolsäure Einspritzungen auf die Körperwärme nach Infection durch putride Substanzen (19 str.) Jena. 1874. Cena kop. 20. Podaliśmy już treść tej pracy w „Krótkich wiadomościach”. Autor zaprzecza swemi doświadczeniami swoistej roli pasożytów napotykaných podczas spraw zakaźnych w ustroju zwierzęcym.

GESELLIUS. Zur Thierblut-Transfusion beim Menschen. (17 str.) Petersburg. 1874. Cena kop. 40.

GOLDSCHMIDT. Systematische Zusammenstellung der Instrumente und Apparate für Medicin, Chirurgie und Geburtskunde, Kriegs-Heilkunde, Hospitaldienst und Krankenpflege. (224 str. z drzeworytami). Berlin. Cena kop. 80. Jest to spis narzędzi i przyrządów jednego z najzasobniejszych i najumiejtniej prowadzonych zakładów tego rodzaju.

GRÜN. Die Splanchnologie in 13 Vorträgen nach ihrem neuesten Standpunkte (79 str.). Berlin. 1874. Cena kop. 60.

HAGEN. Anleitung zur klinischen Untersuchung und Diagnose (2-e wydanie 173 str.) Leipzig. 1874. Bardzo wygodnie ułożony podręcznik.

HASSE. Die Lammbhut-Transfusion bei Menschen (78 str.) Petersburg. 1874. Praca ta oparta jest na wynikach otrzymanych w 31 przypadkach przetaczania krwi jagnięcej do żyły człowieka. O odczycie autora dotyczącym tegoż przedmiotu na zebraniu lekarzy i przyrodników niemieckich w r. 1873 już w piśmie naszym była mowa.

V. HÄTER. Compendium der geburtshilfflichen Operationen (315 str.) Leipzig. 1874. Cena rs. 2 kop. 40. Przeznaczone dla akuszerów praktycznych.

KRAFFT-EBING. Die Melancholie (69 str.) Erlangen. 1874. Monografia kliniczna autora zasłużonego bardzo, tak na polu sądowej psychiatrii jak i na polu zbroczeń umysłowych w ogólności.

G. KRAUS und W. PICHLER. Encyclopädisches Wörterbuch der Staatsarzneikunde (2 tomy) Erlangen. 1873. Cena rs. 8. Bardzo obszerne dzieło wyczerpujące cały zakres nauki o medycynie państwowej.

¹⁾ W r. z. wydawnictwo to przerwaniem zostało. (*Red.*)

B. v. LANGENBECK. Chirurgische Beobachtungen aus dem Kriege. (251 str. 11 tablic) Berlin. 1874. Cena rs. 3 kop. 60. Ani wiek podeszly, ani wielostronne zajęcia profesorskie, wojskowe i praktyczne, nie przeszkadzają zasłużonemu chirurgowi w pracach literackich. Przykład to dla wielu chirurgów.

LEYDEN. Klinik der Rückenmarks-Krankheiten (1-szy tom z 8-ma tablicami 478 str.) Berlin. 1874. Autor pierwszy dał podstawy racjonalnej patologii i anatomii patologicznej mlecza pacierzowego swą pracą o szarem zwyrodnieniu tylnych pasm mlecza czyli o tak zwanej tabes dorsalis.

R. PICK. Ueber das Amylnitrit und seine therapeutische Anwendung (74 str.) Berlin. 1874. Cena kop. 75.

ROTH. Die Arzneimittel der heutigen Medicin (2-ie wydanie 269 str.) Würzburg. 1874. Cena rs. 1 kop. 50. Jest to społeczna materia medica wolna od balastu przestarzałych rupieci z czasów Paracelsa. Tak wybór objętych nią środków jak i układ recept a wreszcie dodane na końcu repetitorium terapeutyczne, czynią z niej bardzo wygodny podręcznik.

P. SAMT. Die naturwissenschaftliche Methode in der Psychiatrie (60 str.) Berlin. 1874. Autor w tych wykładach daje pogląd na nową metodę według której już GRIESINGER psychopatie uważał za poddział patologicznej grupy neuropatii. Cena kop. 60.

VÖRSCH. Koprostate (219 str.). Ciekawa monografia oparta na licznych opisach chorób i badaniu trupów. Erlangen. 1874. Cena rs. 1 kop. 60.

O g ł o s z e n i a.

CENTRALBLATT für CHIRURGIE,

wydawany pod redakcją

Dra LESSER, Dra SCHEDE i Dra TILLMANS.

Tygodniowo jeden Numer, składający się najmniej z jednego arkusza in 8^o, cena półroczna 4 rs. (10 marek). Wszystkie księgarnie przyjmują zamówienia. Numera próbne znajdują się we wszystkich znaczniejszych księgarniach.

Lipsk, Grudzień 1874 r.

Breitkopf & Härtel.

ZAKŁAD LECZNICZY PRYWATNY DLA CHORYCH CHIRURGICZNYCH

D-ra CHWATA

w Warszawie, ulica Przejazd Nr. 11.

Chorzy dotknięci **chorobami zewnętrznymi** leczą się za umiarkowaną opłatą, przychodząc raz lub dwa razy dziennie (rano do godziny 9 i po południu pomiędzy 3 a 5), lub też pozostając na kuracji jako pensjonarze w Zakładzie, gdzie mają całkowite wygodne utrzymanie, pomoc lekarską, lekarstwa i wprawną obsługę felezerską. Zakład urządzony jest wzorowo i zaopatrzony w najnowsze przyrządy chirurgiczne i ortopedyczne odpowiednio wymaganiom chirurgii postępowej.

Apteka L. Ziemińskiego, Magistra Farmacyi w Warszawie, przy ulicy Marszałkowskiej wprost Zielonego placu.

Otrzymała: świeży transport **Tranu Lofodzkiego** oczyszczonego podług metody Aptekarza **Mellera** z Christianii — flaszka **50 kop.**; **Tran z żelazem i Jodkiem żelaza**, **Maltz-Extrakt Dr. Linka** z Stuttgartu, z **Chininą** i **Pepsiną**, — oraz **Pastyłki od kaszlu** i **Pastyłki paryskie** (de Dethan) w bólu gardła, zapaleniu i owrzodzeniu dziąseł, skorbucie, ślinopłylinie rțciowym — oraz przeciw chrypcy używane.