

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcja:

Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracja:

Zakład fizjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycja miejscowa

w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń

które przyjmują: w Krakowie Administracja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę

przyjmują:

Administracja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nudio w Niemczech, Król. Polskiem i Rosji urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopisy

zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austrii	8 ztr.	80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	6 rsr.	w Niemczech	14 mk	we Francyi	24 fr.
Półrocznie:	"	4 "	40 "	"	3 "	"	7 "	"	12 "
Kwartalnie:	"	2 "	20 "	"	1 1/2 "	"	3 1/2 "	"	6 "

TREŚĆ: I. ZIELEWICZ: Zastosowanie kreoliny w chirurgii. — II. MARS: Przypadek wyniszczenia i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety powikłany porodem. — III. FEIGEL: Z pracowni prosektoryjnych szpitala powszechnego we Lwowie. Przyczynki do kazalistyki „Porencephalii.” (C. d. i. Dok.) — IV. SZYMKIEWICZ: O plantacji zębów. — V. Oceny i sprawozdania. Farmakologia. MÖSER. — LANGE. — Choroby wewnętrzne. LENHARTZ. — KLEIN. — KISCH. — Choroby nerwowe. FLEINER. — EISENLOHR. — Choroby dzieci. DEMME. — Chirurgia. SMITAL. — WATRUBA. — LANDERER. — Okulistyka. LAQUEUR. — Choroby uszne. LICHTWITZ. — Choroby skórne i weneryczne. FOURNIER. — MILTON. — Medycyna sądowa. SAMELSOHN. — VI. RYDYGIER: Opis nowej kliniki chirurgicznej w Krakowie, tudzież kilka ogólnych uwag o stosownem urządzeniu kliniki chirurgicznej. — VII. Higijena, Epidemiologia, Policja lekarska. KÖRÖSI. — Okólnik. — Rozporządzenie. (Dok.) — VIII. Wiadomości bieżące.

I. Zastosowanie kreoliny w chirurgii.

Podał

Dr. Zielewicz,

lekarz naczelny oddziału chirurg. w szpitalu St. Miłosierdzia w Poznaniu.

Wobec dzisiejszego kierunku techniki chirurgicznej, dążącej do wyemancypowania się zupełnie z pod wpływu środków antyseptycznych w zastosowaniu do ran świeżych, na każdy nowy środek przeciwnieślny spogląda się ze strony chirurgów z góry, choćby wynalazcą jego był mąż takiej na tem polu powagi, jak Lister¹⁾. Da się to samo powiedzieć i o kreolinie. Każdy, kto śledził literaturę tego nowego, od kilku jednak już lat znanego środka, przyzna, że fachowa chirurgia uporeczywie o nim zachowywała milczenie, a to oczywiście dla tego, ponieważ nie chciało nawet zwracać uwagi na środek, którego skład chemiczny i sposób fabrykacji pokrywany był tajemnicą w celach konkurencyjnych. Wiele i my z tego powodu mieliśmy już sposobność wyrazić swoje przekonanie²⁾, dziś zaś w kwestyi kreoliny ponownie zabieramy głos dla tego, ponieważ ostatnimi czasy w literaturze fachowej pojawiły się zdania, które sprawę niniejszego środka na nowe wprowadzają tory.

Od chwili, jak się udało Henlemu³⁾ skutecznie zbior kreoliny, takowa przestała być „środkiem tajnym.” Mieszanka wiadoma kreoliny składa się tedy według Henlego z mydła smołowego, oleju kreolinowego, pyridyny i fenolu. Brak jednego z tych części składowych, z wyjątkiem pyridyny, odbiera kreolinie jej własności przeciwnieślnie. Znając zaś skład chemiczny, nie trudno będzie każdemu chemikowi pod kontrolą na drodze syntezy sfabrykować kreolinę, a tym sposobem na przyszłość upada zarzut, że tajemniczość fabrykacji cennemu zakładając środkowi w oczach ludzi naukowych odbierać musiała część jego wartości.

Chemiczne badania Henlego i tę praktyczną mają doniosłość, że w nich znalazło potwierdzenie, wypowiedziane już przed rokiem przez E. Rottera¹⁾ zdanie co do desinfekcyjnej wartości mieszanin. Rotter twierdzi mianowicie, że przez zmieszanie różnych środków antyseptycznych w minimalnych ilościach działanie ich przeciwnieślnie wzmacnia się i tym sposobem małymi ilościami tych truciź jest w stanie osiągnąć doniosłe skutki przeciwnieślnie. Mieszanka tedy składająca się n. p. z 0.5% kwasu karbolowego i 0.001% sublimatu działa energiczniej, niż kwas karbolowy lub sublimat sam w rozcieńczeniu powyżej oznaczonym, a przytem mieszanina przeciwnieślna nie jest trująca.

Badania Henlego odnoszą się wyłącznie do kreoliny z hamburskiej fabryki Pearsona et Comp., spodziewać się jednak można, że fabrykacja kreoliny wejdzie odtąd na drogę pewnej jednolitości i pozbywszy się swego tajemniczego charakteru stworzy nam preparat o stałym składzie chemicznym, na który się w praktycznym zastosowaniu spuścić będzie można.

Zdaje się, że także z powodu różnej fabrykacji kreoliny nie można było dotąd jednolicie rozstrzygnąć pytania: czy środek ten jest truciźną, lub nie. Tak pod względem doświadczalnym jako i klinicznym podzielono się na dwa przeciwne obozy, większość jednak oświadcza się za nieszkodliwością kreoliny Pearsonskiej w każdym razie. Baumgarten²⁾ skonstatował wprawdzie trujące własności kreoliny, ale eksperymentował tylko na tak małych zwierzątkach, jak świnki morskie, którym środek ten podskórnie wstrzykiwał, to też jego wyniki w zastosowaniu do człowieka nie mogą być decydującymi. Ermengen³⁾ także na drodze eksperymentalnej przyszedł do wręcz odmiennego zdania: kreolina jest antisepticum pierwszorzędne, nie drażni jak kw. karbolowy i sublimat, a własności trujących całkiem nie posiada. Dodać

¹⁾ cf. Wykład Listera, mianu d. 4 listopada 1889 w *Medical Society of London*. — ²⁾ *Nowiny Lekarskie* 1889. Zeszyt 2, str. 99. — ³⁾ *Ueber Creolin und seine wirksamen Bestandteile. Archiv f. Hygiene* 1889, str. 188.

¹⁾ *Zur Antiseptik. Centralblatt f. Chirurgie* 1888. Nr. 40. — ²⁾ *Mittheil. über einige das Creolin betreffende Versuche. Centralblatt f. Bacteriologie*. Bd. V, Nr. 4. — ³⁾ *Recherches experim. sur la créoline. Ref. w Centralblatt für Chirurgie* 1889, Nr. 33.

winniśmy, że van Ermengen doświadczenia swoje odnosi do kreoliny Pearsona. Do podobnych wyników przyszedł Blas na drodze doświadczeń¹⁾. Że wewnętrzne użycie kreoliny u zwierząt aż do 50 grm. nie wywoływało objawów zatrucia, wiadomo było już dawniej z doświadczeń Fröhnera. Pod względem klinicznym za szkodliwością kreoliny przemawiają Rosin²⁾ i Cramer, a wreszcie w bardzo stanowczym tonie van Ackeren. W przypadku Rosina chodziło raczej o *sepsis puerperalis*, niż o zatrucie, a przypadek Cramera odnosi się do dziecka, które zresztą wyzdrowiało, najmniej zaś jest w stanie zachwiać nas w zaufaniu do kreoliny van Ackeren. Tenże ogłosił³⁾ z kliniki Gerbarda przypadek mniemanego otrucia kreoliną i wysnuł zeń wnioski zbyt daleko idące. Jeżeli mężczyzna dorosły wypije około 250 cem. nierozcieńczonej kreoliny (w celach samobójczych) i po 20 dniach leczenia wychodzi zdrów ze szpitala, to taki środek antyseptyczny według pojęć dzisiejszej techniki desinfekcyjnej za niebezpieczny w myśl Ackerena uważany być nie może.

Używając kreoliny od dwóch przeszło lat, tak w praktyce szpitalnej, jako i prywatnej, posługiwałem się prawie wyłącznie fabrykatem Pearsonowskim i doświadczenia moje przemawiają tylko na korzyść tego środka. Pomijam niezaprzeczenie ujemne własności kreoliny, mleczne zabarwienie roztworu, moczny, dla osób nerwowych, nim się doń przyzwyczajają, przykry zapach — wady te są powszechnie znane, lecz obok dodatnich własności kreoliny nie czynią jej ujemy. Ów smołowy osad na dnie naczyń da się łatwo ominąć, gdy się tylko świeżych używa roztworów, lub przynajmniej takich, które nie dłużej nad 10—12 godzin zostały przyrządzone.

Tymczasem wady te, które się w przyszłości niezawodnie ominąć dadzą, sowitą znajdują rekompensację w dodatnich własnościach kreoliny, a do tych zaliczamy; 1) własności jej przeciwnie w wysokim stopniu; 2) zupełny brak ubocznego, trwającego działania, przynajmniej w ilościach, jakie do celów chirurgicznych wystarczają; 3) znakomite własności odwaniania (*desodoratio*).

Aczkolwiek przeciw działaniu antyseptycznemu kreoliny ze strony bakterjologów tu i owdzie podnoszą się wątpliwości, liczba klinicznych spostrzeżeń przemawiających na korzyść tego środka wzrasta z dnia na dzień, tak w chirurgii, jako i w ginekologii. Moje oświadczenia, oparte na znacznej liczbie większych i mniejszych zabiegów operacyjnych, każą mi upatrywać w kreolinie nader cenny środek, którego w praktycznym zastosowaniu żaden z dotychczasowych zastąpić mi nie jest w stanie. Do splókiwania ran używam roztworu $\frac{1}{2}$ —2%, do opatrunku używam często gazy w tymże roztworze umaczonej i lekko wyždżetj. Lekko ściągające działanie kreoliny wywiera korzystny wpływ na krwotoki miąższowe, a owo zresztą niemiłe mleczne zabarwienie roztworu było mi nieraz pożądanem o tyle, że przy zlewaniu pola operacyjnego kreoliną małe naczynia broczące łatwiej w oko wpadają.

Od czasu do czasu uważałem po kreolinie wypryski (eczema), od czego jednak żaden środek antisept. nas nie uwalnia, do maceracji skóry atoli przychodzi nader rzadko, gdyż opatrunek prędko wysycha. Na moich rękach skutkiem

mycia kreoliną występuje wyprysk, inni dostają go od kw. karbolowego, inni znów od sublimatu.

Zaufanie do bezwzględnej nieszkodliwości kreoliny angielskiej spowodowało mnie do zastosowania środka tego w tych razach, gdzie się dotychczas, z obawy przed trzającimi własnościami sublimatu i kw. karbolowego, posługiwałem kwasem borowym, a więc 1) u dzieci i starszych; 2) u osób osłabionych, u chorych ze zmianami organicznymi (n. p. skrobiowe zwyrodnienia trzew.); 3) do irygacji jam ciała.

Decydującem dla mnie doświadczeniem nad nieszkodliwością kreoliny był przypadek usadowionego tuż nad zdziergaczem raka odbytnicy (*adenoma*), który w prywatnej praktyce u osoby czterdziestoletniej operowałem w maju r. 1888. Celem utrzymania rany pooperacyjnej w stanie aseptycznym urządziłem wlewania dwuprocentowego roztworu kreoliny w odbytnicę trzy razy dziennie po kilka litrów, bez najmniejszej szkody dla pacjentki. W kilka godzin po irygacji pokazywała się kreolina w moczu ciemno zabarwionym, bez białka, mimo to przez kilka dni z rzędu irygowano dalej. Nie mogę więc dzielić zapatrywania Ackerena, że jak tylko w moczu pokaże się znane charakterystyczne brunatne zabarwienie, należy kreolinę usunąć; mojem zdaniem objaw ten nie jest jeszcze dostatecznym objawem zatrucia kreolinowego, jakkolwiek nie przeczę, że pewna ostrożność i tu nie zawadzi. W każdym jednak razie na podstawie licznych doświadczeń uważam kreolinę za środek przy operacjach w kisce odchodowej niezbędny, czy to do wypłukiwania ran, lub do ich tamponady. Do tamponowania używa się dziś powszechnie gazy jodoformowej, która jednak do tego celu użyta ostatnimi czasy okazała się⁴⁾ środkiem wcale nie obojętnym.

Nader pożądanym środkiem jest kreolina w terapii chorób pęcherza moczowego. Narząd ten znosi, jak wiadomo, bardzo źle tak sublimat, jak i kwas karbolowy, dlatego gdy nam zależało na dokładnem wypłakaniu pęcherza większymi ilościami płynu antyseptycznego, uciekaliśmy się do kwasu borowego, do nadmanganianu potasowego, do octanu glinu, środków, z których żaden pod względem pożądanym tutaj własności z kreoliną współzawodniczyć nie może. Do irygacji pęcherza wystarcza $\frac{1}{2}$ -procentowy roztwór w letniej wodzie. W chronicznej *cystitis* terapia kreolinowa dobre dawała mi wyniki. W katarze pęcherzowym, towarzyszącym przerostowi gruczołu krokowego, nie zaam lepszego nad kreolinę środka. We wzmiankowanym cierpieniu prostaty nie chodzi tyle o sam gruczoł, ile o następne cierpienie pęcherza, więc jeżeli nam się uda katar pęcherzowy częstemi irygacjami kreoliny jako tako powstrzymać, tośmy już osiągnęli wiele i zaskarbiliśmy sobie wdzięczność naszych zwykłych wiekowych pacjentów, którzy z natury rzeczy do operacyjnych zabiegów wcale nie są już skłonni. W *cystitis gonorrhoeica* kreolina działa pomyślnie tak na następne, jako i na pierwotne cierpienie.

Po uretrotomii zewnętrznej z powodu zwężeń cewki pochodzenia trypowego oddaje nam kreolina także pożądaną usługę. Toć zwykłą zwężenia towarzyszą bywa katar pęcherza, a komplikacja ta stanowi jedną z najważniejszych przyczyn, dla czego przeważna część chirurgów po uretrotomii pozostawia cewnik komornym w pęcherzu, choć narzędzie to bywa często przyczyną ropnego zapalenia cewki moczowej. Otóż do zapobieżenia tej ewentualności posługujemy

¹⁾ Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belg. 1889, 2. —

²⁾ Zur Lehre von der Creolintoxication. Berl. klin. Wochens. 1889, 35 — ³⁾ Ein Fall von Creolinvergift. b. Menschen. Berlin. klin. Woch. 1889, 32.

⁴⁾ Hochenegg-Samter. Berl. klin. Woch. 1889.

się najchętniej przeplukiwaniami cewki i pęcherza $\frac{1}{2}\%$ roztworem kreoliny, acz przyznać musimy, nie zawsze z pożądanym rezultatem, zwłaszcza jeżeli cewnik dłuższy czas w pęcherzu pozostawić byliśmy zmuszeni.

Nader wdzięczne pole do zastosowania kreoliny stanowi opłucna. Kto po operacjach otoku opłucnowego uważa za konieczne wypłukiwanie jamy opłucnowej, temu kreolina musi być bardzo pożądanym do tego celu środkiem z powodu swoich antyseptycznych, a jednak nie trujących własności. Od czasu, gdy w przypadku resekcji żebra z powodu otoku opłucnowego, niezbyt zastarzałego, zdarzyło mi się zatrucie skutkiem przeplukania jamy roztworem sublimatu 1:5000, powitałem w kreolinie jedyny wszelkim warunkom tutaj odpowiadający środek. Dotychczas nie znamy metody operacyjnej, któraby w starszych otokach dawała nam zupełną gwarancję dokładnego z jamy odpływu i należytego jej wyczyszczenia, zwłaszcza jeżeli jama, jak to się zdarza, poprzerastana jest błonami lub pasmami rzekomymi. Ztąd też to pochodzi niebezpieczeństwo ze strony środków takich, jak sublimat do płukania użytych, kreolina jest jedynym płynem, którego w tym celu bez wszelkiej obawy w dowolnej ilości użyć możemy. Macica i pochwa dały, jak wiadomo, Virchowowi pochoch do zbadania dyfterycznej sprawy kiszek skutkiem zatrucia sublimatowego po irygacji tychże narządów. Odtąd też zapal do sublimatu u ginekologów bardzo osygnęły i coraz liczniejsze odzywają się głosy za użyciem kreoliny przy operacjach w macicy i pochwie. Przy perineorafii, kol. poperineoplastyce, przy łyżeczkowaniu macicy: w ogólności przy operacjach wymagających dłuższego zetknięcia się środka desinfekcyjnego z narządem rodzimym kreolina oddaje nam znakomite usługi. Wystarczają tu roztwory 1—2%, mocniejsze n. p. 3% roztwory sprawiają wprawdzie nie długotrwałe, lecz przykre palenie w pochwie, na co się po użyciu słabszych emulsyj chore nigdy mi nie skarżyły.

Wypłukiwanie żołądka przy raku tegoż narządu — do którego to zabiegu posługuję się zawsze doskonałym aparatem Czerniańskiego¹⁾, sprawia nieszcześliwym tym chorym znakomitą ulgę, a dodanie do letniej wody małej ilości 0.5% kreoliny, znoszą oni bardzo dobrze, zwłaszcza w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z krwotokami żołądkowymi, pochodzącymi z rozpadu nowotworu. Otóż rozkład treści żołądkowej zdaje się pod wpływem kreoliny nie postępować tak szybko i chorzy mogą dłużej wytrzymać bez irygacji żołądka. Znakomite usługi oddaje nam kreolina śród przeplukania żołądka, gdy go chcemy nie tylko wypróżnić, ale i o ile można zdesinfekować przed resekcją lub gastroenterostomią, do czego potrzeba znacznej ilości płynu. Wobec ewentualności zakażenia septycznego otrzewny treścią żołądkową dokładne wypłukanie żołądka kreoliną nie jest bez pewnego znaczenia zapobiegawczego.

II. Przypadek wycisowania i wypadnięcia pęcherza moczowego u kobiety, powikłany porodem²⁾.

Podał
Docent Dr. A. Mars.

Wypadnięcie wycisowanego pęcherza moczowego przez cewkę moczową na zewnątrz opisują autorowie pod nazwą: *Inversio vesicae urinariae cum prolapsu* (*Exocystis*, *Cystoptosis*). Stan ten chorobowy napotykamy wyłącznie u kobiet i należy on do zmian bardzo rzadko się przydarzających.

¹⁾ *Nowiny Lekarskie* 1889

²⁾ Odczytane w Tow. ginek. krak. d. 3 grudnia 1889.

Wielu autorów w podręcznikach podaje tylko nieznaczne wzmianki, a niektórzy nawet jak n. p. Antal w najnowszej swej monografii o chorobach dróg moczowych wcale nie wspomina o tem cierpieniu, Winkel (*Deutsche Chirurgie* Lief. 62 str. 96) poświęca temu przedmiotowi więcej uwagi, zestawia literaturę i wylicza przypadki znane, a podane przez Meckela, Streubela, Nöela, Haëna, Weinlechnera, Olivera, Crosseggo, Thomsona i Pereyego, omawia stosunki anatomiczne, objawy, rozpoznanie i leczenie.

W grudniu 1888 r. zostałem wezwany na naradę lekarską do Krzeszowic do położnicy, którą miał pod opieką kol. Stawowski, a do której Dr. Dura już poprzód i wraz ze mną był na naradę proszony. Pacjentkę widziałem dwa razy, przebieg zaś obserwowali Dr. Dura i kol. Stawowski, którzy mi szczegółów, dotyczących wywiadów, jak niemniej i późniejszego przebiegu łaskawie udzielić raczyli.

M. O., 25 lat licząca, żona piekarza, w młodości zawsze zdrowa, pierwszy raz rodziła przed 2-ma laty zupełnie prawidłowo. Mniej lub więcej w rok po tym porodzie zauważyła, że z pomiędzy warg sromowych występuje jej od czasu do czasu guz, szczególnie podczas natężającej pracy, podczas gdy dźwigała cięższe przedmioty, podczas oddawania moczu i stoła. Guz ten mógł dochodzić wielkości śliwki, był niebolesny, ilekroć się jednak pojawił, następowało utrudnienie w oddawaniu moczu. Zrazu ustępował guz po silnym i głębokim wdechu, później jednak to niewystarczało i chora musiała go sobie palcem odprowadzać, co się jej zwykle łatwo udawało. Ponieważ, prócz nadmienionych dolegliwości innych niedoznawała, a mężowi przyznać się do cierpienia nie chciała, przeto też i rady lekarskiej wcale nie zasiągała. W końcu lutego 1888 r. ostatni raz miesiączkowała, poczem druga ciąża rozwijać się poczęła. Podczas ciąży guz pomieniony wysuwał się daleko częściej z pomiędzy warg sromowych, zawsze jednak dawał się palcem napowrót z łatwością odprowadzić. Po za tem ciąża przebiegała prawidłowo. Dnia 1-go grudnia tegoż roku urodziła dziecię płci męskiej, duże, silne, zdrowe. Poród na pozór nieokazywał żadnych ważniejszych zboczeń, był jednak, jak chora podawała, cięższym od pierwszego. Pierwsze bóle wystąpiły dnia 30 listopada o godzinie 10-tej wieczorem, były zrazu rzadkie i słabe, później silniejsze. W 12 i pół godzin uścicie zewnętrzne macicy było zupełnie rozwarte. Od chwili rozwarcia zupełnego ujścia zewnętrznego macicy chora poczęła silnie przeć podczas bólu, o $\frac{3}{4}$ na 12-tą pękł pęcherz płodowy i odpłynęła nieznaczna ilość wody płodowej, a w kilka minut za jednym bólem wystąpiła główka przed części rodne i nastąpił poród. Łożysko całkowite odeszło niebawem. Po porodzie oddawała chora mocz bez żadnych dolegliwości dobrowolnie. Dnia następnego o godzinie 9-tej rano, czyli w 21 godzin, po porodzie, zauważyła chora, że z pomiędzy warg sromowych występuje guz, tym jednak razem znacznie większy, aniżeli kiedykolwiek. Próbowwała robić głębokie wdechy, starała się palcem, jak dawniej, guz odprowadzić, jedno i drugie jednak nie prowadziło do celu. Niebawem po wystąpieniu guza pojawiło się parcie bolesne na mocz i niemożność oddawania takowego, któreto objawy zniewoliły chorą do wezwania pomocy lekarskiej. Zawezwany kolega znalazł guz pomieniony między wargami sromowymi i rozpoznał w nim częściowo wypadły przez cewkę moczową pęcherz moczowy. Obok guza zaprowadził cewnik do pęcherza moczowego i odprowadził znaczną ilość moczu, poczem macica poprzód dnem wysokości pępka sięgająca, zstąpiła na dół do wysokości połowy odległości między pępkiem a spojeniem kości łonowych. Następnie próbowano, czy się guz nie da odprowadzić, co się jednak nie udało, tylko spostrzeżono, że pod uciskiem palców guz zmniejszał swoją objętość i stawał się mniej napięty, po zwolnieniu jednak ucisku palców wracał do pierwotnego stanu. Ani podczas pierwszego badania, ani później, odpływu z części rodnych, odpowiadającego odchodom położowym, prawie niespostrzegano. Na razie zalecono okłady zimne na powierzchnię guza i zawezwano mnie do chorej. Wieczorem tego samego dnia widziałem chorą po raz pierwszy: osoba silnie zbudowana i bardzo dobrze odżywiona, skóra wilgotna, miękka, ciepłota ciała 37.6, tętno 84. Organa klatki piersiowej zdrowe. Przez powłoki brzuszne, bardzo grubą pod-

ściółką tłuszczową podszyte, podczas dotyku bolesne, można wy-
czuć na trzy palce poniżej pępka dno macicy, zresztą wynik
ujemny. Z pomiędzy warg sromowych występuje guz wielkości
jaja kurzego, o powierzchni pokrytej błoną śluzową z wejrzeniem
aksamitnem. Od strony cewki moczowej zabarwienie jego było
żywo czerwone, po stronie zaś więzadełka ciemno-czerwone, gdzie-
niegdzie sinawo plamiste. Oglądając guz ze wszech stron dokła-
dnie, żadnego przewodu na nim nie znalazłem. Guz ten kształtu
mniejszego lub większego kulistego dawał się po bokach i od tyłu obejść
swobodnie palcem, od przodu zwał się nagle w szypułkę grubo-
ści palca wskazującego, na której występował ze znacznie roz-
szerzonego ujścia cewki moczowej. Ujście cewki moczowej było
guzem zakryte. Przy dotyku guz. był bolesny, elastyczny, nie-
wyraźnie chleboczący, miernie napięty, tak, że robił wrażenie tor-
biela o ścianach grubych, naciekłych, zbitych. Pochwa szeroka,
gładka, a przez przednią jej ścianę czuć po za spojeniem kości
łonowych podłużne, na palec co najmniej grube ciało, odpowia-
jące rozdętej cewce moczowej. Część pochwową macicy dobrze
zwinętą nie okazuje nic osobliwego. W przednim sklepieniu
pochwowem wyznaczyć można dalszy ciąg części pochwowej, a tem
samem macicę w prawidłowym przodo-pochyleniu ułożoną. Skle-
pienia boczne i sklepienie tylne wolne. Tak w pochwie, jak i na
powierzchni guza nieznaczna ilość śluzu. W celu dalszego bada-
nia wprowadziłem cewnik metalowy do pęcherza, przyczem od-
płynęło trochę mętnego; następnie, aby oznaczyć, jak wy-
soko sięga szypułka guza, starałem się wprowadzonym cewnikiem
obejść ją w cewce dookoła, co mi się w zupełności udało.

Wobec tych danych rozpoznano zgodnie wypadnięcie wy-
nicowanego pęcherza moczowego, o ścianach naciekłych skutkiem
powstającego zagłobienia, i postanowiono go odprowadzić.

W celu odprowadzenia, objąłem guz końcami palców ręki
lewą od dołu i uciskając miernie w kierunku cewki moczowej,
starałem się tym sposobem jużto napięcie guza i pojemność jego
zmniejszyć, jużto go zmniejszony odprowadzić. Po kilku minu-
tach guz zmniejszył się może o trzecią część swęj objętości, tra-
cił napięcie i elastyczność, ściany nkladały się w grube fałdy,
odprowadzić się jednak żadną miarą nie dawał. Wśród tego za-
biegu doznawałem wrażenia, jakoby guz się jakiejś treści pozby-
wał, same jednak ściany pozostawały na zewnątrz cewki moczow-
wej i nawet części jej najbliższej położone wcale się do niej nie
wsuwały. Miarkując z grubości fałdów, w jakie się ściany guza
układały, a co wśród przesuwania ścian na sobie łatwo czuć
można było, grubość ich musiałem ocenić co najmniej na pół
centymetra. Nadto podczas przesuwania ścian na sobie dokładnie
czuć mogłem, że wewnątrz guza gładkie powierzchnie na sobie
się przesuwają. Po usunięciu palców guz powiększał się natych-
miast do rozmiarów pierwotnych. Gdy powtórna próba w sposób
opisany do celu nie prowadziła, próbowałem sposobu podanego
przez Winckla (l. c. S. 99), aby uciskać za pomocą palca
lub grubego cewnika część guza najniższą położoną, a tem samem
tą, która najpierw wypadła. Odprowadzenie tym sposobem rów-
nież się nie udało. Wówczas stojąc po lewej stronie łóżka ują-
łem cały guz od dołu w palce ręki lewej koszyczkowato ułożone
i uciskałem go lekko ku środkowi i w kierunku ujścia cewki
moczowej. Gdy się guz znów nieco zmniejszył i ściany pofałdo-
wały, począłem palcem wskazującym ręki prawej, ułożonej na
wzgórku sromowym, posuwać części guza najbliższej szypułki po-
łożonej w kierunku ujścia cewki moczowej. Tym sposobem udało
mi się bardzo łatwo guz odprowadzić. Krwawienia wśród zabiegu
nie było wcale. Chcąc dalej zbadać, jak się zachowuje guz od-
prowadzony i cewka moczowa, wprowadziłem palec wskazujący
bez żadnego oporu przez cewkę do jamy pęcherza. W pęcherzu
końcem palca nie wyczuć nie mogłem. Cewka moczowa przed-
stawiała się jako przewód szeroki, dla palca swobodnie drożny.
Okolica ujścia wewnętrznego cewki moczowej rozszerzała się lej-
kowato ku jamie pęcherza, i po chwili dopiero czuć można było,
że ujście wewnętrzne cewki moczowej poczyną się zwolna kur-
czyć. W miarę kureczenia się cewki wysuwałem zwolna palec,
a nie mając pod ręką cewnika elastycznego, założyłem za po-
mocą sondy pasek gazy jodoformowej do pęcherza, której koniec
sterczał na zewnątrz warg sromowych. Uczyniłem to w celu,
juzto aby utrudnić ponowne wypadnięcie pęcherza, jużto aby
pobudzić cewkę moczową do silniejszego ściągania się. Na brzuch

zalecono okłady wysechające, nadto przestrzykiwania pochwy roz-
czynem kreoliny.

3/12 ciepłota ciała rano 38.4, tętno 94, wieczorem 38.7.
Mocz sączy się z miernym bólem koło paska gazy jodoformowej,
krwawo zabarwiony, mętny. Wśród dnia lekki dreszcz, brzuch
mocno wzdęty, bolesny, odbijanie, nudności, raz wymioty. Zaor-
dynowano 6 pijawek dołem brzucha, chininę, *Aq. laurocerasi*
cum morphio, clysm. Po południu wypadła gaza z cewki mo-
czowej, założono świeżą. Macica sięga dnem na dwa palce niżej
pępka, odchodów niema prawie żadnych.

4/12 ciepłota ciała rano 37.5, wieczorem 37.8. Brzuch mo-
cno bolesny i wzdęty, znaczniejszy ból nad pachwiną lewą, silne
bóle wśród odpływania moczu, wyjęto gazę z pęcherza i co
kilka godzin odprowadzano mocz cewnikiem. Rozpoznano: *para-*
metritis sinistra, podano: *calomel cum laudano*, zresztą lecze-
nie tożsamo.

5/12 ciepłota ciała rano 37.1, wieczorem 37.6. Chora czuje
się względnie dość dobrze, brzuch mniej wzdęty i mniej bolesny.
Silne bóle podczas odprowadzania moczu, stolca nie było. Od-
chodów połogowych niema żadnych. Mocz przenikliwy amonija-
kalnej woni, mętny, krwawy, zawierający w osadzie znaczną ilość
ropy, skrzepy krwi i strzępy dość duże błony śluzowej. Oddzia-
ływanie moczu alkaliczne. Pod mikroskopem znaleziono kry-
ształki fosforanu amonowo-magnowego i moczanu amonowego
obok nielicznych kryształków szczawianu wapniowego, nadto ciążka
ropy i ciążka krwi liczne.

6/12 ciepłota ciała rano 37.5, wieczorem 37.6. Po lewa-
tywie bardzo obfite stolce cuchnące, odchody połogowe krwawe,
skąpe. Przy odprowadzaniu moczu bardzo znaczne bóle. Prze-
płukano pęcherz moczowy 1/2% roztworem kwasu karbolowego.
Wewnątrz podano: *natrium benzoicum cum laudano*.

7/12 ciepłota ciała rano 37.2, wieczorem 37.4. Tegóż dnia
byłem ponownie wezwany do choréj, zastałem ją widocznie zmie-
nioną, z twarzą wystraszoną, skórą obficie potem okrytą. Brzuch
bolesny więcej po stronie lewej, gdzie wy badać można większy
opór i zbity guzowatość odpowiadającą wypocinie macicznej, po-
wyżej już rozpoznanej. Chora żali się na znaczne bóle podczas
oddawania moczu i podczas zakładania cewnika. Odprowadzony
mocz barwy ciemno-czerwono dymnej, mętny, nie przezroczysty,
przenikliwie cuchnący. Z zapachu właściwego domyślać się można,
że pęcherz zawiera części zgorzelinowe, a tem samem, że najpra-
wdopodobniej część pęcherza, która wypadła, w całości lub
częściowo uległa zgorzeli. Podano choréj *suppositoria cum lau-*
dano, wewnątrz: *decoctum seminum lini cum kali chlorico*,
nadto zalecono przepłukiwanie pęcherza moczowego roztworem
kwasu salicylowego, założono gruby cewnik Nélatona posmaro-
wany maścią zawierającą kokainę.

8/12 ciepłota ciała rano 37.4, wieczorem 37.9. Na brzegu
dolnym ujścia cewki moczowej spostrzeżono małą szczelinowatą
rankę na kilka milimetrów głęboką. Z powodu znacznych bólów
cewnik Nélatona usunięto. Podano wodę Giesshiebelską do napoju.

9/12 ciepłota ciała rano 37.8, wieczorem 38.5. Silny dreszcz,
ogólne osłabienie, nudności, wymioty, czkawka. Podano w ka-
wałkach lód, stare wino.

10/12 ciepłota ciała rano 38.2, wieczorem 37.8.

11/12 " " " 37.7, " 38.4.

Przez te dwa dni bóle wśród oddawania moczu bardzo silne.
Na około ujścia cewki moczowej gruby naciek. Wyż wymieniona
ranka na dolnym brzegu ujścia cewki moczowej pokryta wypo-
ciną szarą. Stolce bardzo częste, wolne, częścią krwawe. Upadek
sił znaczny. Środki podniecające.

12/12 ciepłota ciała rano 37.5, wiecz. 38.5. Stan ten sam

13/12 " " " 38.2, " 38.5.

Upadek sił bardzo znaczny, chora apatyczna, chwilowo nie-
przytomna, to znów podniecona, niespokojna, zrywa się nagle,
biega po pokoju, chce uciekać, bije otoczenie, majaczy. Język
suchy, stolce częste wolne.

14/12 ciepłota ciała rano 38.0. Stan ten sam zrana, po
południu nagle zapad i śmierć. Oględziny pośmiertne nie zostały
dozwolone.

(Dok. nast.)

III. Z pracowni prosektoryjum szpit. powszechnego we Lwowie.

Przyczynki do kazuistyki „Porencephalii.“

Podał

Prof. Dr. Longin Feigel,

Prosektor szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy i Dok. Patrz Nr. 3).

Co się tyczy przypadków tego rodzaju wrodzonych, to widzimy ze wszystkich opisów, iż zawsze mózg doszedł na powierzchnię swą do zupełnego rozwoju; widzimy bowiem w przypadkach częściowych braków główne bruzdy mózgowe, a nawet i korowe bruzdy wykształcone, ostatnie niekiedy tylko w położeniu swem zmienione. Z tego możemy osądzić, że braki wrodzone częściowe nie powstały przed 5-tym, najczęściej zaś dopiero po 6—7 miesiącu rozwoju płodowego, w którym to czasie bruzdy i zwoje mózgowe wyraźnie występują. Braki takie, jak w naszym 4-tym i 5-tym przypadku, powstały również dopiero po zupełnem wykształceniu mózgu, czego dowodzą już i prawidłowo zbudowane opony twarde, z zatoką sierpowatą, prawidłowo zbudowana pajęczówka, przylegająca do opony twardej, rysunek zwojów na pajęczówce utrzymywane, wreszcie resztki utrzymanej kory mózgowej na oponach miękkich z prawego boku czaszki, jak to widać w naszym 4-tym przypadku. Z powyższego wynika też, że braki te wrodzone istoty mózgowej nie polegają na braku lub wadliwości zawiązków mózgowych, lecz na innych przyczynach, na co pomiędzy innymi i Heschl zwrócił uwagę. Również i Lallemand, Cruveilhier, Roger, Brodowski i i. uważali jako przyczynę powstania tych braków sprawy zapalne istoty mózgowej (*encephalitis*), albo samoistnie powstałe, lub też z urazu wynikłe. Kundrat zwraca jednakże uwagę, że w najczęstszych przypadkach braki porencefaliczne wrodzone mają tak właściwe wejście, wyróżniające je wybitnie od innych spraw chorobowych, iż na pierwszy rzut oka musimy je uważać za skutek odrębnych jakichś spraw chorobowych. W najczęstszych przypadkach bowiem, zwłaszcza wrodzonych, wszelkie ślady pierwotnej sprawy chorobowej są już zupełnie zatarte, widzimy zaś tylko utratę istoty mózgu, a w miejscu istoty mózgowej nagromadzony czysty płyn surowiczy; w rzadkich tylko przypadkach widzimy obok braku istoty mózgowej jeszcze resztki błon mózgowych lub wyściółkę komór nie gładką, lub pokryte tkaniną łączną gąbczastą, z limonem naczyniami; w pozostałych zaś tu i owdzie szczelinach zawarty nie czysty płyn surowiczy, lecz płyn mlecznawy lub barwikiem krwi zabarwiony, a wtedy obraz chorobowy zbliżony jest do innych procesów znanych nam z anatomii patologicznej mózgu. Z drugiej strony torbiele udarowe (*cystides apoplecticæ*), lub utraty powstałe z rozmiękczenia istoty mózgowej u osób starszych są zupełnie podobne do tych braków, a tylko dla tego nie nazywamy ich porencefaliami, ponieważ utrata istoty mózgowej nie leży na powierzchni, tylko w głębi mózgu i ponieważ w takich przypadkach nie tyle brak sam, jak napotkana zmiana utkania mózgu jest sprawą bardziej w oczy wpadającą. Zachodzi tedy pytanie, czy sprawy chorobowe wywołujące opisane zmiany są we wszystkich tych przypadkach jednakie, czyli też zachodzą odrębne zmiany w przypadkach wrodzonej porencefalii? Otóż Kundrat dowodzi na podstawie znanych dotychczas przypadków, iż przyczyną rozległych braków płodowych są rozmiękczenia, podobne do wydarzających się w innych tego rodzaju przypadkach, różnicę zaś stanowi tu tylko znaczna zazwyczaj roz-

ległość utraty, którą ustrój płodu bez szkody dla dalszego ogólnego rozwoju wytrzymuje. Charakterystyczną jest tu jednak okoliczność, wynikająca z całego obrazu w tych przypadkach, iż nie napotykamy również i tu nigdy zupełnego zatkania naczyń i ustania krążenia, a dowód krwi do naczyń nie jest zupełnie odcięty, lecz tylko znacznie upośledzony i dochodzi wreszcie do takiego stopnia niedokrewności, iż tkliwa istota nerwowa obumiera, podczas gdy opony mózgowe i tkanina łączna bywają jeszcze wcale dobrze odżywiane; z powodu zaś odbywającego się krążenia i częścią wytworzenia się nowych naczyń, może, zwłaszcza u płodu, nastąpić tak rychle i dokładne wessanie rozpadowych mas, pochodzących z obumarłej istoty nerwowej tak, iż w pewnym okresie widzimy naczynia przepelnione drobinami tłuszczowemi, aż wreszcie pozostaje w miejscu rozpadłej istoty mózgowej jama wypelniona zrazu płynem mętnawym, mlecznym, wreszcie zaś czystym płynem surowiczym. Podwójne sieci naczyniowe w oponach mózgowych, prostopadle odgałęzienie naczyń wchodzących do mózgu z opon mózgowych, wreszcie układ naczyniowy i stosunki krążenia krwi w mózgu, wyjaśniają zarazem powstanie i szerzenie się sprawy rozmiękczenia zawsze w głębokich częściach istoty mózgowej białej i charakterystyczne jej rozprzestrzenienie. Jakoż widzimy w naszym 2-gim i 3-cim przypadku, iż utrata zajmuje przeważnie głębokie warstwy istoty białej półkul mózgowych, podczas gdy istota korowa jest przeważnie tylko z zaniku wciągnięta, brakuje zaś tylko na niewielkiej przestrzeni, w przypadku zaś naszym 4-tym widzimy wobec zaniku całych półkul mózgowych przeciwieństwo utrzymane resztki istoty korowej z boku czaszki, co dowodzi, iż takowa najbardziej opierała się zniszczeniu, a cząstki jej nawet ocalały.

Pod jakimi warunkami następuje u płodu taki stopień niedokrewności mózgowia, trudniej dokładnie oznaczyć. Ogólna niedokrewność i stąd osłabienie krążenia u matki; inne wady w odżywieniu ustroju tejże; choroby łożyska i naczyń płodowych, często kila płodu (*endarteritis syphilitica*), wreszcie kureze macicy, występujące w ostatnich miesiącach ciąży, do których przyczynić się może i właściwe położenie płodu, utrudniające należyte wypelnienie krwią naczyń mózgowych, mogą być powodem takiej niedokrewności mózgu i dalszych następstw takowej; podobnie zaś mogą w przypadkach tego rodzaju wcześniej nabytych ucisk czaszki wśród porodu, wybroczyny śródczaszkowe i t. p. szkodliwości dać powód do wystąpienia takiego obumarcia tkanin z niedokrewności (*anaemische Necrosen*). Jakoż wszystkie dotychczas znane przypadki porencefalii wrodzonej bez zaniku całych półkul wykazują siedzibę utraty w zakresie tętnic oponowych półkul mózgowych i to najczęściej, jak to ma miejsce i w naszym 2-gim i 3-cim przypadku, w zakresie tętnicy oponowej średniej, cz. tętnicy rowka Sylwiusza (*arteria fossae Sylvii*), co odpowiada i zwykłej siedzibie rozmiękczeń wskutek niedokrewności i w przypadkach nabytych, podczas gdy nigdy siedzibą ograniczoną tych zmian nie są zwoje podstawowe mózgu, w których natomiast najczęstszą przyczyną zmian chorobowych są zatkanie lub zakrzepica naczyń (*embolia i thrombosis*), okoliczność, która również przemawia przeciw przypuszczeniu tych zmian jako przyczyny braków w przypadkach, w których takowe ograniczone są do półkul mózgowych, podczas gdy zwoje podstawowe widzimy nienaruszone. Tylko w takich przypadkach, w których, jak w naszym 5-tym, a podobnie i w 4-tym przypadku, brak dotyczy i zwojów podstawowych mózgu, lub ich części, musimy jako przyczynę po-

wstania braku przypuścić i równoczesne zatkanie naczyń podstawowych przez zator (emboliję).

W przypadkach z zupełnym zanikiem półkul mózgowych Kunderat stawia pytanie, czy nie należy uważać wodną puchlinę komór jako przyczynę powstania tak rozległego zanku?, zwraca jednakże uwagę na okoliczność, iż widzimy często bardzo wysokie stopnie wrodzonej puchliny komór bez takiego zanku półkul mózgowych; zresztą i utrzymywane części mózgu nie wyglądają tak, jak gdyby na nie wywarty był ucisk z wewnątrz, lecz przeciwnie są w opisanych przypadkach grube, brzegi ich okrągłe, a powierzchnia wypukła, nie zaś spłaszczona; błony w otoczeniu ich zaś często bywają zgrubiałe — szczegóły, które przemawiają przeciw przypuszczeniu jako wyłącznej przyczyny braku półkul mózgowych jedynie puchliny komór. Natomiast musimy przyznać, iż osobna postać tych przypadków, mianowicie zanik całych półkul mózgowych polegać musi na odrębnej przyczynie, a jako taką uważa Kunderat równocześnie obok rozmięczenia wskutek niedokrewności istniejącą puchlinę komór mózgowych, wskutek której brak istoty mózgowej przybiera tak znaczną rozległość. Ułożenie płodu główką ku dołowi być może że wywiera przytem pewien wpływ na utrzymanie podstawowych zwojów, gdyż części te są wtedy najmniej na ucisk narażone. I w tych przypadkach jednak sprawa rozmięczenia dotyczy zawsze głównie części mózgu odżywianych przez naczynia oponowe, t. zw. płaszczą mózgową, co przemawia przeciw przypuszczeniu zatoru lub zakrzepicy naczyń jako przyczyny wywołującej zmiany dotyczące mózgu; że zaś i tu sprawa chorobowa polega głównie tylko na niedostatecznym odżywieniu i obumarciu z niedokrewności istoty nerwowej, tłumaczy nam zarazem, dlaczego i w tych przypadkach, pomimo tak rozległych braków, opony mózgowe miękkie, zwłaszcza zaś pajęczówka, bywa zazwyczaj dobrze utrzymana; istnienie bowiem osobnej silniejszej sieci naczyńiowej w utkaniu i pod pajęczówką sprawia, iż dowóz krwi do niej jest jeszcze dostatecznym, podczas gdy odrębna delikatna sieć naczyńiówki i sieci naczyńiowe mózgowe mogą być słabiej odżywiane; jakoż widzimy zwykle, jak i w naszym 4-tym i 5-tym przypadku, iż przy zaniku całych półkul mózgowych jest tylko pajęczówka utrzymana, naczyńiówka zaś zginęła wraz z korą mózgową lub ściągniętą jest w resztkach swych ku wyściółce komór; opisywana zaś w takich przypadkach tu i owdzie *meninx vasculosa* jest tylko utkaniem bliznowatym, która często wyściela wewnątrz powierzchnię pajęczówki; wyjątkowo tylko napotkano i pajęczówkę częściowo lub całkowicie zanikłą. Gdzie zwoje podstawowe są utrzymane, widzimy utrzymaną i wyściółkę komór, gdyż takowa posiada swoje własne naczynia; często jest przytem wyściółka, jak w naszym 4-tym przypadku, zgrubiałą. W przypadkach wreszcie, jak nasz 5 ty, w którym zanikły i zwoje podstawowe, zmuszeni jesteśmy jako osobną przyczynę zanku tychże przypuścić i równoczesne zatkanie naczyń podstawowych mózgu, obok niedostatecznego odżywienia półkul mózgowych ze strony naczyń oponowych i obok poprzednio powstałej puchliny komór, która stała się przyczyną zanku całych półkul mózgowych.

Co się tyczy oddziaływania braków częściowych na dalsze okolice mózgu i na budowę czaszki, to w 1-szym naszym przypadku nie widzimy ani w budowie mózgu, ani w budowie czaszki, widocznych jakich zmian, co również cechuje przypadek ten jako nabyty w ciągu życia. W 2-gim naszym przypadku widzimy obok gwiazdkowatego ułożenia zwojów w najbliższym otoczeniu braku

skrócenie o 2 cm. dotkniętej półkuli mózgowej i zaciągnięcie części potylicznej tejże półkuli ku istniejącej w niej jamie, wskutek czego półkula ta jest mniejszą, niż półkula zdrowa. prawa, co i w innych znanych przypadkach porencephalii często się przydarzało. Odpowiednio temu widzimy i lekką asymetryję sklepienia czaszki po stronie lewej, gdyż czaszka jest tu płytsza i jakby splaszczoną, co również najczęściej zdarzało się i w innych dotychczas znanych przypadkach. Komory mózgowe są jak zwykle w takich przypadkach, i w naszym przypadku lekko powiększone. W trzecim naszym przypadku widzimy również charakterystyczne dla wrodzonych tego rodzaju przypadków promieniste ułożenie zwojów mózgowych w najbliższym otoczeniu i na bocznych ścianach jamy, zresztą zaś zupełnie prawidłowe wykształcenie i ułożenie zwojów mózgowych na obu półkulach; komory, zwłaszcza lewa, odpowiednio stronie dotkniętej brakiem mózgu, lekko rozszerzone, zwoje podstawowe małe i pokryte zgrubiałą wyściółką. Natomiast widzimy w budowie czaszki powiększone wymiary tak szerokości sklepienia, jak długości i szerokości jamy czaszkowej średniej, właśnie po stronie lewej mózgu, dotkniętej brakiem, co zdarza się w znanych przypadkach stosunkowo dość rzadko, a co przypisać musimy otwarciu komory lewej do jamy braku i puchlinie zewnętrznej po tejże stronie. Mózg i rdzeń przedłużony były we wszystkich naszych 3-ech przypadkach prawidłowo zbudowane. Co się tyczy ostatnich naszych 2-ech przypadków, to w 1-szym z nich uderza jedynie nieznaczne powiększenie wymiarów czaszki; w ostatnim zaś przypadku obok powiększenia jamy czaszkowej widzimy i asymetryczne powiększenie wymiarów sklepienia i podstawy czaszki po stronie lewej, co wytłumaczyć możemy tylko puchliną mózgową, która istniała podczas urabiania się opisanych zmian, podczas gdy obecny obraz, jako zupełnie zakończony, nie może wytłumaczyć istniejącej asymetryi jam czaszkowych.

Co się tyczy reszty ustroju dotyczących osób, to nie widzimy w naszych przypadkach żadnych wybitniejszych zmian, pomimo tak różnorodnej rozległości istniejących braków, z wyjątkiem tylko przypadku 3-go, w którym widzimy zdrobnienie rysów twarzy po stronie cierpiącej, lewej, mięsniowość nóg, palce u obu rąk skurezone ku dłoni, wybitne zmniejszenie ręki prawej, a nadto skurczenie (*contractura*) ręki prawej w łokciu. Wedle Kunderata kontraktury te występować zwykły w znanych przypadkach wtedy, jeżeli przy utrzymanych zwojach podstawowych zniszczenie istoty białej i włókien od kory do wewnętrznej torebki (*capsula interna*) przebiegających jest obszerne, lub też, jak we wcześnie nabytych przypadkach, nastąpił brak zupełnego wykształcenia włókien nerwowych motorycznych. W naszym przypadku umiejscowienie i rozległość braku odpowiadają właśnie pierwszemu warunkowi i tłumaczą dostatecznie opisane objawy ruchowe.

Co się tyczy wreszcie oddziaływania opisanych braków częściowych na czynności umysłowe dotyczących osób, to w pierwszym naszym przypadku, w którym brak istoty mózgowej był nabytym w ciągu życia, nie dostrzeżono żadnych zboczeń pod względem władz umysłowych; podobnie miała się też rzecz i w przypadku naszym 2-gim, pomimo, iż brak opisany miał wybitne cechy wady wrodzonej; w 3-cim naszym przypadku natomiast, również wrodzonej porencephalii, prócz objawów motorycznych, obok ogólnie lichego odżywienia i nędznego stanu układu mięsni-

wego, wybitnym był idiotyzm od urodzenia, jakoteż niewyraźna mowa.

Kończąc na tem opis naszych przypadków, miło mi złożyć serdeczne podziękowanie Wielm. IP. Dr. Henrykowi Mehrerowi, prymaryjuszowi szpitala izraelskiego we Lwowie, który był łaskaw wykonać mi z natury zdjęte ryciny opisanych przypadków.

IV. O plantacyi zębów.

(Odczyt miany na zwyczaj. posiedz. Tow. lek. krak. d. 6 list. 1889).

Podał

Dr. Kazimierz Szymbkiewicz.

Mam zaszczyt przedstawić Panom pacjentkę, lat 19 liczącą, u której przed 25 dniami dokonałem ekstrakcyi, a następnie replantacyi pierwszego zęba trzonowego dużego w dolnej szczękę po stronie lewej. W dzień przed operacją przybyła do mnie ta osoba, żaląc się na bóle w górnych zębach siecznych i w lewej połowie dolnej szczęki. Przed 4-ma tygodniami szukała ona pomocy u OO. Bonifratrów, gdzie wyjęto jej drugi ząb trzonowy w dolnej szczękę po stronie lewej, przezco jednak dolegliwości, trwające już przeszło od roku, wcale się nie zmniejszyły. Badanie wyrwanego zęba, przyniesionego mi przez pacjentkę, wykazało, iż na powierzchni żucia, oraz na ścianie policzkowej znajdowały się wprowadzone próchnicowe jamy, które jednak nie drażyły zbyt głęboko i wcale nie sprowadzały takiego zadrażnienia pulpy, aby można było usprawiedliwić tak energiczny zabieg. W ten sposób pozbawioną została chora organu, który należyście ochroniony, mógł jeszcze całe dziesiątki lat z korzyścią dla żucia służyć.

Badanie zgryzu w okolicach bólami zajętych przekonało mnie, iż na zębach siecznych górnych znajdują się powierzchowne ubytki, które przy zmianie temperatury, a mianowicie przy używaniu zimnych napojów i wzięwaniu chłodnego powietrza, mogły nieznacznie tylko sprawić dolegliwości, a to przez odsłonięcie zębowniny, czulej na zmiany termiczne. Pulpa, która nigdzie widoczną nie była, mogła również przez zcieńczenie pokrywającej ją ściany doznawać nieznacznego w tych warunkach zadrażnienia. Wszystkie te przypadki ustąpiły zupełnie po zaplombowaniu otworów cementem.

Daleko głębsze jednak zmiany przedstawiły się oczom moim w drugiej okolicy bólami zajętej, a mianowicie na pierwszym zębie trzonowym dużym w lewej połowie dolnej szczęki, gdzie widoczną była głęboka próchnicowa jama, zajmująca odśrodkową (*distal*) ścianę korony i większą część jej powierzchni żucia. Jamę tę wypełniła mocno cuchnąca miazga rozpadowa, a badanie zgłębnikiem nie wykazało, jak było do przewidzenia, żadnych dolegliwości w jamie pulpy, która to ostatecznie już od dłuższego czasu obumarciu uległa musiała. Natomiast podczas opukiwania występowały dość silne bóle, rozpromieniające się wzdłuż całej lewej połowy dolnej szczęki, aż do ucha. Bóle te miały się pojawiać dobrowolnie podczas spożycia nocnego i przy żuciu pokarmów stałych, a łagodnieć przy zatrzymywaniu w ustach zimnej wody. Ponieważ ząb ten twardo jeszcze był osadzony, a otaczające części miękkie, oraz ściany kostne zębodołu, nie okazywały żadnych objawów zapalnych, musiałem rozpoznać w niniejszym przypadku ostre zapalenie okostnej w pierwszym okresie jej rozwoju t. j. w stadium przekrwienia, wywołane doświadczeniem się rozkładowych części pulpy przez ujścia kanalików korzeni do zębodołu i zadrażnieniem tejże błony.

Chcąc, wobec tak znacznej straty, jaką pacjentka przez wyrwanie względnie zdrowego zęba dla swego odżywiania poniosła, uratować przynajmniej ten drugi ząb, i w ten sposób lewą połowę zgryzu dla sprawy żucia ocalić, postanowiłem dokonać na nim ekstrakcyi, a następnie przygotowałem go aseptycznie zewnątrz organizmu, wstawić napowrót w miejsce, które dotychczas zajmował. Wprawdzie można było uratować ten ząb bez narażenia chorej na tak energiczny rękoczyn, ale jeżeli się uwzględni najpierw długość czasu, jaki jest potrzebny do przeprowadzenia ścisłej desinfekcyi kanalików korzeni, dopóki wszelkie objawy zapalenia

okostnej nie ustąpią, a powtórne znaczne trudności, towarzyszące usunięciu wszelkich rozkładowych pierwiastków pulpy z kanalików i wprowadzaniu tamże nitki waty, napojonych silnym środkiem desinfekcyjnym, wobec tak niekorzystnego położenia jamy próchnicowej, należy przyznać, iż okoliczności te dostatecznie usprawiedliwiały operację.

Wskazania zatem, jakie do wykonania ekstrakcyi w niniejszym przypadku miałem, były następujące:

- 1) Obecność znacznych rozmiarów próchnicowej jamy, wypełnionej gnijącą miazgą, która wydawała woń odrażającą.
- 2) Możliwość przeniesienia sprawy próchnicowej na sąsiednie i przeciwległe, jeszcze zupełnie zdrowe zęby.
- 3) Obecność ostrego zapalenia okostnej, połączonego z silnymi, od dłuższego czasu trwającymi bólami.
- 4) Brak czasu ze strony pacjentki, która jako osoba pozostająca w obowiązku i przez cały dzień aż do późnej nocy zajęta nie mogła codziennie, celem zmiany opatrunku do mnie przychodzić.
- 5) Znaczne trudności przy oczyszczaniu kanalików korzeni z powodu niekorzystnego usadowienia jamy próchnicowej.

Najważniejszem zaś wskazaniem do wykonania replantacyi była konieczność uratowania tego zęba dla sprawy żucia, wobec utraty sąsiedniego zęba trzonowego, oraz ta okoliczność, iż pacjentka zgadzała się na ten zabieg, przygotowana, jeżeliby się tenże ewentualnie nie udał, na powtórzną ekstrakcję. Rokowanie w tym przypadku zdawało mi się pomyślnem, a to z następujących powodów:

- 1) Zapalenie okostnej przedstawiało początkowy okres, bez żadnego śladu ropienia.
- 2) Działka i kość, tworzące odpowiedni zębodoł, były zupełnie prawidłowe i sprawą zapalną nie zajęte.
- 3) Pomyślny rezultat, osiągnięty przy zupełnie podobnych warunkach w kilku dotychczas przeze mnie obserwowanych przypadkach.

Operacyi dokonałem w dniu 13 października b. r. Za pomocą stósownych kleszczy, poprzednio 5% roztworem kwasu karbolowego oczyszczonych, wy dobyłem ząb, bez najmniejszego naruszenia kości i dziąseł i natychmiast wrzuciłem go w naczynie 2% roztworem kwasu karbolowego wypełnione. Pacjentce poleciłem, celem wstrzymania zresztą nie zbyt znacznego krwotoku i desinfekcyi jamy ust płukać takowe zimną wodą, do której dodano kilka kropeł kreoliny. Nawiasem wspomnieć muszę, iż kreolina, jako *haemostaticum*, oddała mi już w kilku przypadkach krwawienia po ekstrakcyi, bardzo dobre usługi. Obmywszy następnie własne ręce 5% kwasem karbolowym, przystąpiłem do opatrzenia wyjętego zęba, przestrzegając o ile możliwości zasad antiseptyki. W odległości kilku mm. od końca korzeni znajdowała się okostna w stanie zapalnym, a mianowicie okazywała lekkie nastrzykanie naczyniowe i nieznaczne zgrubienie, górne jej partyje jednak były zupełnie prawidłowe. Jama, o której wyżej wspomniałem, zajmowała całą ścianę odśrodkową aż do granic korzeni, oraz większą część powierzchni żucia, a jak się później przy oczyszczaniu pokazało, przebiegała ona jeszcze ścianę górną, tworząc w niej otworek wielkości główki od szpilki, a co najważniejsza, rozciągała się i ku ścianie odśrodkowej (*mesial*), którą także przebiegała, przez co jama ta zagrażała infekcją sąsiedniemu zębowi t. j. drugiemu dwuguzikowemu. Po usunięciu miazgi rozpadowej za pomocą lyżeczkowatych ekskawatorów, kilku obrotami świderka osadzonego w toczydle zeszkrobano rozmiękle i próchnicą zniszczone warstwy zębowniny. Najwięcej trudności w dalszym ciągu sprawiło i najdłuższego wymagało czasu oczyszczanie kanalików korzeni z gnijących resztek pulpy, które wydobyto za pomocą cienkich haczykowatych drucików. Następnie wmyto całą jamę i kanalik korzeni najpierw zgęszczonym kwasem karbolowym, a później czystym alkoholem i wysuszono. Ujścia kanalików zatkałem ściśle waleczkami złota Wolraba, same kanalik wypełniłem cementem, a jamę główną wraz z jej bocznymi ujściami amalgamem. Nie starałem się o wymodelowanie korony i nadanie jej kształtów anatomicznych, wychodząc z tego przekonania, iż przy następownem

osadzeniu zęba cała ta sztuczna część korony, zrobiona z plastycznego materiału, który dopiero w kilka godzin twardnieje, ulegały niewątpliwie zupełnemu zniszczeniu. Ostatecznie zeskrobałem najbardziej zapaleniem zajęte części okostnej, tuż obok ujścia kanalików i nieco końce obu korzeni spłówałem.

Po dokonaniu tego przystąpiłem do replantacji, wypłukawszy poprzednio skrzepy krwi z zębodołu za pomocą 2% roztworu kwasu karbolowego. Ponieważ korzenie miały kierunek nieco rozbieżny, a i ściany zębodołu, od czasu jego opróżnienia musiały się ku powstałej próżni zaciągnąć i takowe ścieśnić, przeto osadzenie zęba połączone było z pewnemi trudnościami, skutkiem czego powstał nieznaczny krwotok dziąsłowy, który natychmiast po osadzeniu zęba w swoim miejscu i wypłukaniu ust zimną wodą, ustał. Akt ten replantacji według podania chorób nie sprawiał jej znaczniejszych dolegliwości, a cała manipulacja od chwili wyjęcia zęba, aż do końca operacji trwała godzinę. Ząb po dokonaniu osadzenia zajął natychmiast swoje prawidłowe położenie i tylko nieznacznie ponad powierzchnię swego sąsiada wystawał. Zaniechałem wszelkich umocowań, czy to w postaci ligatur, czy też w postaci szyn gutaperchowych lub kauczukowych, idąc za zdaniem Colemana (*Lehrbuch d. Zahnärz. Chirurgie u. Pathologie*), który stanowczo twierdzi, iż wszelkie takie opatrunki przeszkadzają zespoleniu się zęba z otoczeniem i są głównym powodem częstokroć występującego zapalenia, ropienia, a nawet obumarcia ścian zębodołu. Zresztą w niniejszym przypadku antagonistą w drugiej szczęcie stanowił dla osadzonego zęba dostateczną szynę i ugniatał go podczas każdorazowego zgryzienia, przyczem powstający ból był wybornym regulatorem co do nasilenia tego ucisku. Wyjątkowo tylko przy replantowaniu przedkowych zębów tak w górnej, jak i w dolnej szczęcie, czyli wogóle zębów jednokorzennych użyć można z korzyścią opaski Herbsta, o czem w jednym przypadku miałem sposobność się przekonać. Opaska ta robi się z kawałka gumy (*Cafferdam*), na której wytłoczone w odległości mniej lub więcej 1 ctm. dwa otworki, nakłada się na dwa zęby sąsiadujące z replantowanym i tam się je nitkami jedwabnymi umocowuje. Między obu otworkami znajdującą się część gumy, lekko naprężoną, uciska i utrzymuje replantowany ząb w swoim położeniu.

Na drugi dzień po dokonanej operacji dowiedziałem się, iż chora przepędziła noc zupełnie spokojnie, doznając tylko nieznacznych bólów przy nagryzieniu tego zęba. Przedmiotowo stwierdzić można było dość znaczną ruchomość jego i bolesność przy silniejszym nacisku, również otaczające dziąsła przedstawiały objawy zapalne. Dziąsło to zapędzłowo mieszaniną składającą się z *Tra. Jodi* i *Tra. Aconiti prt. aequ.* 16/10. Ząb jeszcze nieco ruchomy, ale nie bolesny. Dziąsła nieco bledsze.

19/10. Stan ten sam. Zastosowano też samo pędzlowanie.

24/10. Ząb replantowany mocniej osadzony, bólów żadnych. Chora próbuje lewą połową gryzu żuć twardsze pokarmy, nie doznając przy tem żadnych dolegliwości. Pędzlowanie jak wyżej.

26/10. Ząb silnie osadzony, nie bolesny. Dziąsło bladobłędowo-zabarwione, tylko na brzegu mocniej nastrzykane. Zalecono 2% *kuli chloricum* do płukania.

30/10. *Status idem.*

(C. d. n.).

V. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Dr. H. Möser (Hamburg): **Spostrzeżenia nad użyciem przyrządu Weigerta do wziewania powietrza ogrzanego w grzeli płuc i krtani.**

M. robił doświadczenia na 20 chorych, z których pewna ilość cierpiała tylko na gruźlicę krtani i tchawicy. Powietrze wdychiwane i ogrzewane przyrządem Weigerta miało 160 do 260°C. ciepłoty. Posiedzenia urządził przez 4 tygodnie codziennie po godzinie. Wdychiwania możliwe są tylko u osób nie bardzo osłabionych i z silną wolą. Początki są nader przykre, towarzyszy im bowiem zawsze silny kaszel kurczowy i znaczne zmęczenie. Często zdarzają się także oparzenia

kół i języczka, raz zauważył silne obrzmienie nagłośni i tylniej ściany krtani. Mowa po takim posiedzeniu jest utrudnioną, głos chrypliwy. Krwotoków płucnych nigdy nie było, owszem wdychiwania wstrzymywały istniejące krwawienia. Tętno z początku jest nieco szybsze, jednak wkrótce uspokaja się, ciepłota ciała nie podwyższa się. Oddechy stają się stanowczo głębsze, a wskutek tego pojemność płuc większa. W jednym przypadku zauważył M. szybkie wessanie się wypociny opłucnej. W przypadkach katarów i nacieków szczytowych dalej w okresie rozpadowym nie widział autor żadnego zbawionego wpływu. Ani ilość płwocin ani prątków nie zmniejszyła się, a objawy przedmiotowe i podmiotowe były te same, kaszel zaś po posiedzeniach tak gwałtownie się wzmagał, iż trzeba było podawać krople uspokajające. Tylko owrzodzenia gruźlicze w krtani i tchawicy szybciej się zblizniały niż przy leczeniu kw. nilekowym. Polegając na tych doświadczeniach przychodzi autor do wniosku, iż wziewanie powietrza ogrzanego u suchotników jest wprost szkodliwe, a stosowanie takowych może być tylko usprawiedliwionem w gruźlicy krtani. (*Brl. kl. Wschft.*, 1889, Nr. 52).

Dr. W. Lange (Kopenhaga): **Rzadki przypadek idyosynkrazji przeciw taninie.**

Lekarz praktyczny wie, iż są ludzie, którzy do pewnych leków mają odrazę, czyli, jak się po medycznemu wyrażamy, idyosynkrazyję. Najczęściej spotykamy się z nią przy wewnętrznym podawaniu leku, często jednak i zewnętrzne użycie staje się niemożliwe. Mimo swęj licznęj praktyki nie zauważył L., by garbnik kiedykolwiek sprawiał odrazę, a przerzucając odpowiednie podręczniki i dzieła, nie spotkał najmniejszej nigdzie o tem wzmianki. Młody mężczyzna 29-letni szukał u Dra L. porady na chroniczny katar nosa i gardła. Ponieważ poprzednio przedsiębrane wypalenia galwanokauterem nie wiele przyniosły ulgi, zastosowano pędzlowanie roztworu taniny 1 na 15. W godzinę po zapędzlowaniu błona śluzowa silnie nabrzękała, lepki wydzielając śluz, łuki zaś, a szczególnie języczek tak znacznie obrzmiał, iż polykanie stało się bolesnem. Pigułki lodowe i zimne okłady na szyję stan nieco polepszyły. Na drugi dzień, wystąpiła na ciele czerwona plamista wysypka (*Urticaria*) z ogólnem osłabieniem i nieco podniesioną ciepłotą. Po 24 godzinach wszystkie objawy ustąpiły. Leczony teraz dopiero objaśnił lekarza, iż zawsze przy każdorazowym wewnętrznym zażyciu taniny podobnych doznaje skutków, z tym dodatkiem, iż mocza przybiera barwę czarną. Na podstawie tego przypadku przypuścić należy, że i przy zewnętrznym użyciu garbnika w dość słabym roztworze pewną jego ilość organizm sobie przyswaja, bo w ten tylko sposób można sobie wytłumaczyć ogólne osłabienie i powstanie wysypki. Na samym końcu dodaje Dr. L., iż zupełnie podobne objawy widział u niektórych po zapędzlowaniu błony śluzowej gardła roztworem jodu z gliceryną. (*Deutsche med. Wschft.*, 1890, Nr. 1).

Choroby wewnętrzne.

H. Lenhartz (Lipsk): **O komórkach barwikowych w przebiegu wady serca występujących (*Herzfehlerzellen*).**

Płuca przy istniejącej wadzie serca przedstawiają patologiczny obraz induracji brunatnej. Powstaje ona wskutek silnego rozdzicia naczyń włosowatych, które wężykowato okracając się w pęcherzyk płucny wchodzą i w ten sposób pojemność jego znacznie zmniejszają. Także i rozgałęzienia międzyzrazikowe tętnicy płucnej znajdujemy silnie przekrwione, wskutek czego całe płuco przybiera barwę brunatną, a na przekroju spostrzegać się dają złogi barwikowe obok licznych drobnych wynaczynień. Złogi barwikowe zawarte są w komórkach także wewnątrz pęcherzyków zajmujących. Komórki te barwikowe znajdują się zawsze w płwocinach na wadę serca cierpiących, nigdy zaś, mimo licznych w klinice Wagnera badań, nie było ich w płwocinach suchotników lub na zapalenie dławcowe płuc cierpiących. Są więc one w przebiegu wad serca charakterystyczne i znajdujemy je tak u cierpiących na niedomykalność i stenozę czterech zastawek, jakoteż wobec *myocarditis*. Chorzy na przewlekłe wady serca w okresie niekompensacji wydzielają płwociny, mniejszą lub większą ilość brunatnych lub żółto-czerwonych strzępków zawierające. Zostawione w spokoju układają się

w 3 warstwy. Warstwa najniższa składa się przeważnie z owych strzępków barwikowych. Pod mikroskopem przedstawiają się one jako komórki już to bez, już to jądra zawierające, są cztery razy większe od ciałek krwi, a wśród nich mieści się grubo lub drobno ziarnisty barwik żółto-brunatny. Hematoidyny nigdy w nich nie znaleziono. Hoffmann i Sommerbrodt uważają je za odpadle, zwykle komórki przybliżone z pęcherzyków pochodzące. Wagner jest innego zdania. Wobec silnego przekrwienia płuc przy wadach serca przychodzi do wypacania się (*per diapedesin*) ciałek czerwonych krwi lub też do kompletnych wybroczyn. Wiadomą jest rzecz, że ciałka limfatyczne w pobliżu takich wybroczyn się znajdują, pojedyncze czerwone ciałka krwi pochłaniają, które później w barwik się zamieniają. Komórki więc owe barwikowe są to leukocyty. Ze komórek tych nie natykamy w dławicowym zapaleniu i gruźlicy płuc, zdaje się żądać pochodzić, iż tworzą się one przeważnie wśród pęcherzyków, które w 2 wymienionych chorobach są w częściach płuc zajętych bezpowietrzne, powtórę raptowny i wstrząsający ich przebieg nie daje ani dosyć czasu ani spokoju do jacy ich wytworzenia się takowych. Opisane więc komórki są charakterystyczne dla wad zastawkowych serca w okresie niekompensacji i dyagnostycznie powinny być zawsze zużyte. (*Deutsche med. Wschft.*, 1889, Nr. 51).

Dr. Gustaw Klein (Wrocław): Śledziona wędrująca w miednicy małej.

W instytucie anatomo-patologicznym uniwersyteckiego robiono sekcję kobiety, na zapalenie płuc zmarłej. Śledzionę jej, znacznie powiększoną, znaleziono silnie opadniętą, bo w *excavatio vesico-uterina* usadowioną, opierającą się na krążku macierzy do pochwy za życia wprowadzonym. Macica sama była ku tyłowi pochylona i przytykała do kości krzyżowej. Za życia wzięto opadniętą śledzionę za macicę nowotworowo zwiększoną i krążkiem przytrzymano. Rzecz ta nie zupełnie nowa, acz rzadka, bo Dietl i Rezek dwie powymyśliły tego samego rodzaju opisują. Od głowy prawie pionowo ułożonej trzustki i od dolnego brzegu żołądka ciągnął się ku miednicy małej, na duży palec gruby, raz w około swą osi okręcony sznur z więzadeł *gastro-lienalis* i *phrenico-lienalis* spleciony, w którym przebiegały silnie rozszerzone żyły i wężkowato pokręcone tętnice. Sznur ten wpadał w *hilus lienis*. Żołądek, kiszka gruba poprzeczna zwiotczała i ku dołowi silnie obsunięta. Wątroba ku tyłowi i dołowi zepchnięta. Za przyczynę opadu, czy wędrowania śledziony uważają Rokitski i Förster szczególną wiotkość więzadeł brzusznych wobec powiększonej i ku dołowi cięższej śledziony. Żaden jednak z pisarzy nie wspomina, iż do przyczyny także i sznurówkę zaliczyć należy, co u obecnie sekcjonowanej najważniejszą zdaje się być przyczyną. Niskie ustawienie wszystkich trzewi brzusznych stanowiło za tem przemawiają, także nadzwyczaj silna bruźda sznurówkowa na skórze wewnętrznej występująca. We wszystkich w literaturze znanych przypadkach wędrującej śledziony nie była ona tak nisko ustawiona, jak u obecnie. Leczenie polega na usunięciu przyczyn, jak u. p. energiczne zwalczanie zimnicy, aby zapobiedz powiększeniu się śledziony. Jeżeli opad już istnieje, w takim razie należy założyć opaskę podtrzymującą, gdy i ta nie wystarcza, chyba wyłuszczenie śledziony wskazanem by było. (*Wr. med. Blt.*, 1889, Nr. 51).

Prof. H. Kisch (Praga): O niektórych objawach sercowych u kobiet, wśród okresu klimakterycznego.

Dotychczas żaden z klinicystów nie zajął się zbieraniem występującymi w zakresie czynności serca u kobiet przechodzących menopauzę. W ostatnich czasach lekarz francuski Clément opisuje 4 przypadki *kardiopatji* u kobiet miesiączkować przestających. Autor ma w tym kierunku dość znaczne doświadczenia i niejednokrotnie mógł się przekonać o pewnych zmianach występujących w czynności serca u kobiet zupełnie zdrowych, bez żadnej wady tegoż organu. Najbardziej objawem jest przyspieszanie i wzmocnienie bicia serca (*Tachycardia*). Bicie to występuje nagle, bez poprzedniej żadnej przyczyny, częściej w nocy niż za dnia, łączy się z objawami przekrwienia mózgowego, jakoto: bólem i zawrotem głowy, uczuciem gorąca, silnym tętnieniem i szumem w uszach,

dołącza się do tego często bezdech i uczucie gnienienia w piersiach. Tętno 120—150. Objawy te trwają zazwyczaj kilka minut i mogą się parę razy na 24 godzin powtarzać, nie przedstawiają zaś nic groźnego, albowiem z ustąpieniem krwawień miesiączkowych i one zupełnie ustępują. Pożywienie więcej roślinne, częste spacerowanie i środki przeczyszczające, przyczyniają się znakomicie do zmniejszenia i osłabienia tych dość nieprzyjemnych napadów. Przyczyną *tachycardji* w tych przypadkach jest bezwątpienia zadrażnienie zakończeń nerwowych w jajniku proces zaniku przechodzącym, które drogą odruchu udziela się gałązkom nerwu współczulnego. Przemawia za tem bicie serca, jakie występuje u kobiet kastrowanych, u których tworzenie się blizny jest przyczyną drażniącą.

U kobiet słabszych, w młodości swą na blednięcie cierpiących, a których znaczne krwawienia towarzyszyły miesiączkowaniu i porodom, bicie serca występuje wśród objawów osłabienia czynności serca. Tętno nagle, małe, łatwo dające się ugnieść i nie częste. Tętno serca przytłumione, często szmer skurczowy. W miejscu przekrwienia występują objawy zastoiny żylnego. Znaczne osadzanie się tłuszczu, występujące u kobiet w tym okresie będących, wywołuje także chorobowe objawy serca tłuszczonego, jakoto: bezdech, krótkość oddechu i inne objawy duszniczej sercowej. (*Brl. kl. Wschft.*, 1889, Nr. 50).

Choroby nerwowe.

Dr. W. Fleiner (Heidelberg): Przypadek choroby Addisona.

Na 62 im zjeździe lekarzy niemieckich w Heidelbergu przedstawił F. z kliniki prof. Erba 44-letniego mężczyznę, na chorobę Addisona cierpiącego. Chory zmarł, a sekcja rozpoznanie zupełnie potwierdziła. Mężczyzna ten był zupełnie w pierw zdrowym i dopiero po silnem przeziębieniu się spostrzegł nagle występujące na piersiach i grzbiecie brunatne plamy. Do tego przyłączyły się wkrótce objawy gastryczne, jak biegunka, bóle żołądka i brak apetytu. Ciemne zabarwienie skóry postąpiło dalej na szyję, rozsuwało się z jednej strony na twarz, z drugiej pod pachy, wkrótce objęło zgięcia łokciowe, piersi, brzuch i części rodne, a na siłę coraz bardziej przybierało. Plamy wystąpiły także na błonie śluzowej jamy ust. Siły coraz bardziej chorego opuszczać zaczęły; popęd płciowy zupełnie ustał. W okolicy kiszki poprzecznej wyczuć można było w głębi nierówny, twardy guz, który ku dołowi aż do samego pępka sięgał. Wielka bolesność nie pozwoliła zbadać stosunku jego do sąsiednich organów. Jakić natury guz ten mógłby być, można się było tylko domyślać. Chory pokrzepiwszy się nieco w klinice, opuścił ją, lecz już po 6 tygodniach w daleko gorszym stanie do niej wrócił. Zabarwienie brunatne rozlało się na daleko większej przestrzeni. Objawy gastryczne wzmogły się, przystąpiły bowiem silne wymioty. Guz dobrze wymacalny zajmował okolice żołądka, a brak kw. solnego w wymiocinach dozwolił rozpoznać rakową jego naturę. Żółtaczka, powiększenie wątroby i klujące bóle w piersiach zakończyły obraz chorobowy. Barwika czarnego nie było ani we krwi, ani w moczu.

Sekcja wykazała: Po za rękoma kości piersiowej gruczoły limfatyczne znacznie przerosły, w jedną masę guzowatą zbitą, sięgającą do lewej jamy opłucnowej, a obejmując z tej strony osierdzie okalającą aortę i wyjście lewej *carotis*. Nerw błędny i współczulny lewy przechodzą przez tę masę guzowatą i są w przebiegu swym nią objęte. Mała krzywizna, jako też tylna ściana żołądka zajęta jest na 12 centm. długim guzem rakowym na wewnętrznej swą powierzchni rozpadającym się. Przewód żółciowy uciśnięty. Gruczoły pozaozotrzewnowe znacznie powiększone tworzą z guzem żółciowym jedną zbitą całość i komunikują z lewym przednerkiem, które także jest nowotworowo zajęte. Nerw współczulny od górnego ujścia nerwów trzewowych (*nn. splanchnici*) silnie zgrubiał nie daje się odłączyć od masy guzowatej go otaczającej. *Ganglion coeliacum* zupełnie jest z nią zrosnięte. Zwój górny szyjny wielkości jaja gołębiego, a zwoje przednerkowe guzowato nabrzmięte. Zachodzi teraz pytanie, co było w tym przypadku przyczyną powstającej choroby Addisona? Czy zwyrodnienie rakowe nadnercza, czy też nerwu

współczulnego? Już Addison przypuszczał, że pewne zmiany nerwu współczulnego w okolicy nadnercza chorobę przez niego opisaną spowodują. Kahlden jednakowoż w 15 przypadkach nie znalazł żadnej zmiany tych nerwów. Nie wiemy nawet na pewne, co jest przyczyną zabarwienia brunatnego. Nothaagel i Damiéville przypuszczają, iż barwik ten pochodzi z hemoglobiny czerwonych ciałek krwi. Lecz gdzie tworzy się ten barwik, czy wśród naczyń, czy też poza nimi? Tizoni po wyjęciu nadnercza u królików znalazł zwyrodnienie istoty nerwowej przeważnie w korze mózgowej, jako też na dnach komórek czwartej. Naczynia krwionośne w miejscach tych były silnie nasyżone, a sąsiednie okolice wybroczykami pokryte. (*Berl. klin. Woch.*, 1889, Nr. 51).

Dr. C. Eisenlohr (Hamburg): **Przyczynek do zboczeń nerwowych urazowych.**

Zboczenia nerwowe urazowe były ostatnimi czasy przedmiotem kilku cennych prac jak Schultze, Seligmüllera, a przede wszystkim Oppenheima. Ostatni zwraca uwagę na to, iż gdy dawniej trudno było rozpoznać symulację od prawdziwych objawów nerwowych po urazach występujących, dziś udawanie nie jest rzeczą tak łatwą. E. godzi się na to zdanie Oppenheima, ale tylko wobec objawów psychicznych po urazach występujących, jak n. p. w hypochondryi z na padami padaczkowymi, w przeculicy lub porażeniu przeważnie nerwów zmysłowych i uczuciowych, w poluryi lub melituryi. W przypadkach lekkich ogólnych lub miejscowych rozpoznanie udawania nie będzie tak łatwe. Strümpell dzieli neurozy urazowe według objawów na miejscowe i ogólne. Do objawów miejscowych zaliczyć należy najpierw miejscową urazową histeryję Charcota, objawiającą się nie tylko porażeniem lub znieczuleniem członka urażonego lub pewnej grupy mięśni, ale także ogólnym osłabieniem i niewyraźnymi bólami. Jeżeli nie możemy spostrzedz pewnych hysterycznych oznak (*Stigmata hysterica*), wtedy symulację trudno od rzeczywistej choroby odróżnić, tem bardziej, że chorzy tacy śpią i odżywiają się wyśmienicie, nie okazując żadnych objawów, któreby o jakimś głębszym zaburzeniu nerwowym świadczyć mogły. Silne urazy, jak n. p. spadnięcie z znacznej wysokości, wstrząśnienie wskutek zderzenia się pociągów, wywołują inne objawy jak urazy słabsze, n. p. oparzenia, zwichnięcie kończyny i t. d. dlatego podział na lekkie i ciężkie może byłby racjonalniejszy. Z tych trzeba by wydzielić neurozy urazowe psychiczne, które na organicznych zmianach systemu nerwowego jak się zdaje nie polegają. (*Berl. kl. Wschft.*, 1889, Nr. 52).

Choroby dzieci.

Dr. Demme (Berno): **Bębniacz u dzieci.**

Stan ten chorobowy nie jest jeszcze dostatecznie przez lekarzy zbadany. Biedert mięsza pojęcia *tympanites*, *flatulentia* i *meteorismus*, uważając ostatni stan za odmianę ostrą poprzednich. Jolly spostrzegł, że u dorosłych powstaje bębniacz zazwyczaj na tle histerycznym najczęściej po wzruszeniach umysłowych. Ebstein szuka przyczyny w niedostatecznej jędrności odźwiernika, wskutek czego znaczna ilość powietrza dostaje się przy polykaniu do kiszek. Talma składa całą winę na skurcz przepony, a za dowód przytacza ustąpienie natychmiastowe bębniacy wśród narkozy chloroformowej. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że u dzieci istnieje bębniacz samoistny. Występuje on u dzieci krzywiczych, gruźliczych, z przerostem gruczołów kreskowych, jakoteż u cierpiących na chroniczne katary żołądka i kiszek. Przyczyną rozkładu jest nagromadzenie się gazów, wskutek skurczu spastycznego *muscularis* w kilku miejscach, wśród przebiegu kiszek występującego, tworząc w ten sposób kilka od siebie oddzielnych worków. Jeżeli brzuch przyjmuje postać kulistą, w takim razie gazy gromadzą się w kioskach cienkich, postać zaś bańkowata przemawia za gromadzeniem się ich w kieszce grubiej. Narkoza lub wprowadzenie rury w odbytnicę stanu nie zmienia. Faradyzacja powłok brzucha częściowo jest korzystną. (*Wr. med. Blätter*, 1890, Nr. 1).

Dr. Mendelsburg.

Chirurgia.

Smital. **Hydrocele feminina.**

U kobiet, podobnie jak u mężczyzn *processus vagina-*

lis, zazwyczaj jako postronkowaty wyrostek otrzewnej towarzyszący więzadłu okrągłemu przez cały kanał pachwinowy, może częściowo lub całkowicie pozostać otwartym i wywołać już to przepuklinę pachwinową już też, jeżeli wypełni się płynem surowiczym, t. zw. *Hydrocele feminina*. Możliwość tego dowodzą streszczone w pracy autora, obok przedstawionej historii rozwoju tych części w życiu płodowym, badania Zuckerkandla, Férégo, Engla i Hugona Sachsa. Z liczb przez tychże podanych wynika, że nie tylko o wiele częściej zarasta wyrostek ten otrzewnowy u kobiet, co tłumaczyć rzadsze występowanie u nich przepukliny pachwinowej lub *hydrocele*, lecz że częściej zarasta po stronie lewej niż prawej. Ze w przypadkach *hydrocele feminina* płyn rzeczywiście nagromadza się w wyrostku otrzewnowym nie zarośniętym, dowodzi tego, prócz stosunku torbieli do kanału pachwinowego i jamy brzusznej, także zachowanie się więzadła okrągłego, które wynaleźć można jako białawy lub różowy postronek na tylnej wewnętrznej ścianie torbieli, gubiący się następnie w wardze większej.

Niektórzy (Bends) opisują trzy rodzaje *hydrocele feminina*, praktyczniej jednak z Bandlem odróżniać tylko dwa: *hydrocele congenita* i *cystica*, stosownie do tego czy takowe z jamą brzuszną komunikuje, czy zamknięte ze wszech stron tworzy torbiel w ścisłym tego słowa znaczeniu. Opisyanych dotychczas przypadków *hydrocele feminina* jest 42 z których przytacza autor obszerniej pięć, mianowicie: 3 przypadki O. Chiariego z kliniki prof. Dumreichera (*Wien. med. Blätt.* 1879, Nr. 21—23), Littona 1 przypadek (*Virchows Archiv. LXXV*), i jeden przypadek Hinterstoissera z kliniki prof. Billrotha (*Wien. klin. Wochenschr.* Nr. 12); do tych dołącza swój przypadek z kliniki Wölflera w Gracu. Z tych 42 przypadków 3 razy spotykano *Hydrocele* u dzieci, raz u 15-letniej dziewczyny, 6 razy u kobiet niezamężnych i takich, które nie rodziły, 14 razy u pierwiastek i wieloródek. Co do rodzaju *hydrocele* przypada 25 na całkowite, 17 na odgraniczone; według Henniga na 8 po stronie prawej przypada 6 po lewej. Z zestawienia tego widać, że cierpienie to występuje częściej w wieku późniejszym i częściej po stronie prawej niż lewej. Powstaje jako obrzęk okolicy pachwinowej zrazu mały, rosnący powoli; jeżeli jest *Hydroc. cong* z jamą brzuszną komunikująca, wtedy da się odprowadzić, odgraniczona zaś nie, jednak i całkowita początkowo przez późniejsze częściowe zarośnięcie wyrostka otrzewnowego może zamienić się w zamkniętą torbiel. Dolegliwości nie spowodują, chyba że przybrawszy większe rozmiary przeszkadza przy chodzeniu i pracy, rzadko tylko wywołuje bóle podczas regularności występujące. Może jednak uleść zapaleniu lub zropieniu, a gdy zapalenie przejdzie na otrzewną, występują wtedy objawy, z jakimi spotykamy się przy uwięzieniu przepukliny pachwinowej, do tego stopnia, że wielce utrudnić mogą rozpoznanie (Chiari). Jako ważne punkta rozpoznawcze w przypadkach trudnych uważa autor: kształt obrzęku przy *hydrocele feminina* gruszkowaty, szerszy od dołu, zwięzający się znacznie ku zewnętrzznemu otworowi kanału pachwinowego, oraz drożność przewodu pokarmowego przy równocześnie istniejących objawach *peritonitis* miejscowej, jak wymioty, bolesność i gorączka. Leczenie bywa rozmaite: jak długo nie ma przypadków dolegliwych, należy wstrzymać się od cięższych zabiegów, u młodych osób można przy *hydrocele* dającej się odprowadzić zastosować pasek przepuklinowy, leczenie zaś operacyjne polega na nakłuciu bez lub ze wstrzyknięciem nastoju jodowego, nacięciu lub wyluszczeniu. Leczenie operacyjne spowodowało w wspomnianych 42 przypadkach 25 razy zupełne wyleczenie, w kilku znaczne polepszenie, 3 zaś pacjentki umarły. Zdaniem autora najracjonalniejszą metodą jest wyluszczenie, które tylko w przypadkach rozległych zrostów zastąpić by można nacięciem worka i leczeniem otwartym jamy powstałej po wypuszczeniu treści. (*Wien. klin. Wochenschrift* 1889, Nr. 42—44).

Dr. Langie.

Dr. C. Watruba Graz. **Chirurgiczne leczenie surowiczych i ropnych wysięków w jamie opłucnowej za pomocą stałych aspiracyjnych drenów.**

W jakich przypadkach i w jaki sposób chirurgicznie

leczyć należy wysięki opłucnowe, zależy przedewszystkiem od etyologii, jakoteż od klinicznego ich przebiegu. Dlatego zastanowić się trzeba, czy mamy do czynienia z wysiękiem a) na tle gruźlicy płuc lub opłucnej, b) jeżeli nie na tle gruźlicy, czy z surowiczym czy ropnym, c) czy wysięk jest świeży czy stary, t. j. czy istnieje dłużej nad 3 miesiące. Nigdy nie trzeba zapominać o punkcji próbnej. Co do sposobu operowania autor przechylił się na stronę zwykłej punkcji trójkątną, albowiem w takim razie odpada jedno z pytań a mianowicie, czy mamy do czynienia z wysiękiem surowiczym czy ropnym, albowiem w obydwóch przypadkach punkcja jako rękoczyn, nieprzedstawiający żadnego niebezpieczeństwa, jest wskazany. Po wbiciu trójkątna Roehlt i Mader zakładają zwykły dren z klapą wypocinę na zewnątrz wypuszczającą, ale powietrza do jamy opłucnowej nie wpuszczającą. Autor woli robić powszechnie w klinice prof. Alberta w Wiedniu używaną punkcję metodą Büllana-Immermanna, od roku 1876 przez Dra Büllana w Hamburgu po raz pierwszy zastosowaną a przez prof. Immermanna poprawianą. Metoda ta polega na założeniu w przetoce przyrządu aspiracyjnego stałego i wykonywaniu się w następujący sposób: Chorego kładzie się z podniesioną klatką piersiową na bok zdrowy. Bok chory odraża się gruntownie alkoholem i sublimatem. Pole operacyjne znieczula się kokainą. W przestwór 6 międzybrowowy w przedniej linii pachowej wbija się trójkątne zwykły. Po wyjęciu sztyletu wprowadza się przez kaniulę dren na 60 cm. długi, który za pomocą agrałki i plasterów przyczepnych na ścianie klatki piersiowej się umacnia. Kaniulę trójkątną po drenie, który w jej środku tkwi, na dół się sprowadza i tym sposobem usuwa. Na końcu drenu za pomocą rurki szklanej łącznikowej przytwierdza się na 1 metr długi wąż gutaperkowy, który łączy się znów z flaszka o podwójnej szyjce, do pewnej części płynem antyseptycznym napełnionej. Wydalanie wypociny następuje częściowo skutkiem ucisku śródpiersiowego, częścią wskutek aspiracji lewarowej. Odpływ następuje powoli, dlatego niema obawy krwotoku. Skoro flaszka cała się już wypełni, uciska się za pomocą sprężynowego uciskadła rurę gutaperkową, flaszka się oczyszcza i znów z rurą łączy, otworzywszy oczywiście uciskadło. Chory pozostaje kilka dni w łóżku, po zupełnem opadnięciu zaś ciepłoty z całym tym opatrunkiem wyjść z łóżka może, flaszki bowiem można za pomocą pasa przymocować do ciała. Cały ten sposób operowania jest prosty i prędko, dlatego i u bardzo osłabionych osób zastosowany być może. Wyjmowanie drenu jest wprost zakazane, zachodzi bowiem obawa przedostania się powietrza; czyścić i przetykać go zaś można za pomocą wstrzykiwań płynu przez rurę. Jeżeli wypocina jest ropy a empyema jest świeże, płuco prędko się rozszerza i noszenie tego drenu aspiracyjnego trwa krótko, jeżeli zaś empyema jest stare, płuco zrostami uciśnięte i nie ma więcej dążności do rozszerzania się, w takim razie trzeba przystąpić do resekcji żeber. W dalszym ciągu przytacza autor 6 przypadków z kliniki prof. Wölflera w ten sposób operowanych. Cztery zupełnie wyzdrowiały. Średnia długość leczenia wynosiła 64 dni, a zatem krótszą była, niż u operowanych cięciem piersiowym i resekcją żeber. Metodzie tej daje autor pierwszeństwo a przynajmniej zawsze winna być próbowana. (*W. med. Pr.* 1889, Nr. 49, 50 i 51).

Dr. Landerer (Lipsk): Leczenie bolesnej stopy płaskiej za pomocą mięsienia.

Co jest przyczyną bólów występujących w stopie płaskiej (*Tarsalgia adolescentium*), nie jest dostatecznie jeszcze wyjaśnionem. Leczenie ich takie jeszcze bardzo wiele pozostawia do życzenia. W podręcznikach chirurgowie polecają opaskę gipsową lub podkłady w bucie. Autor leczy zbożem nie to mięsieniem. Do utrzymania zewnętrznego kształtu ciała, nie tylko przyczyniają się więzadła pojedyncze kości ze sobą łączące, ale także pewne napięcie mięśni, które się równoważy. Jeżeli elastyczność tychże zniesioną zostanie, więzadła nie posiadają tyle siły, aby kształt stawu utrzymać mogły. Z drugiej strony, przy wrodzonym zbezkształtowaniu mięśni często są przyczyną, iż naturalnego kształtu członkowi nadać nie można. Opierając się na tych danych autor mając przed sobą zbezkształtowanie zastanawia się najpierw, czy

przyczyny takowego nie należy szukać w grupie mięśni do odpowiedniego stawu należących. Wobec stopy płaskiej masuje najpierw mięśnie *tibialis post.*, *triceps*. i krótkie mięśnie stopy, a używa do tego wszystkich 3 metod t. j. gnieceń, uderzania i smarowania. Przytoczone w dalszym ciągu przypadki, tym sposobem leczone, świadczą o jej korzyściach. (*Berl. kl. Wschft.*, 1889, Nr. 47). Dr. Mendelsburg.

Okulistyka.

Prof. Laqueur (Strassburg). O jaskrze u osób młodych.

Powszechnie podzielanemu zapatrywaniu, jakoby jaskra u osób młodych do rzadkości należała, przyznaje autor wszelką słuszość. Na podstawie atoli zarówno skrzętnych poszukiwań w literaturze odnośnej (Schirmer, Mooren, Schmidt-Rimpler, Peppmüller, Nettleship), jakoteż przedewszystkiem kazuistyki własnej, opartej na 6 przypadkach jaskry, spotreganej u osób między 17—36 rokiem życia, przychodzi Laq. do przekonania, że ta choroba nie tylko nie oszczędza wieku młodego, ale w przebiegu swym w tym właśnie okresie życia ludzkiego pewne charakterystyczne właściwości wykazuje, którym, jako do tej pory przez poprzednich autorów nie uwzględnionym, uważa za stosowne parę uwag poświęcić. Ze spostrzeżeń jego wynika że:

1) najczęstszą postacią jaskry w wieku młodym jest jaskra prosta, niepowikłana, a co najwięcej t. zw. „jaskra zwiastunowa“, odpowiadająca najłżejszej formie jaskry zapalnej.

2) Sprawa ta chorobowa ogranicza się tu o wiele częściej niżli u osób wieku podeszłego do jednego oka. Zjawisko to przemawia, zdaniem jego, w obec braku zazwyczaj jakichkolwiek ogólnych zmian ustrojowych u osób młodych za tem, że w powstaniu jaskry odgrywają najważniejszą rolę zaburzenia miejscowe w samem oku.

3) Cechującym jest zachowanie się komórki prrodkowej, której nie znalazł nigdy płytszą, często zaś nieprawidłowo głębszą.

4) Podwyższenie napięcia oka było w ogólności mierne, niekiedy nawet tak nieznaczne, że przez lekki ucisk palcami na gałkę oczną nie dawało się na pewno rozpoznać. Przeciwnie zaś wydrążenie tarczy n. wzr. było we wszystkich przypadkach wysokiego stopnia, o brzegach stromych, bez obrączki twardówkowej obok wybitnego zaniku tkanki n. wzr. w tych razach, gdzie sprawa chorobowa trwała dłużej.

Na ten niestosunek między nieznacznem podniesieniem ucisku śródocznego a stałem wytwarzaniem się głębokich wydrążeń tarczy zwraca autor całkiem słuszną uwagę cytelnika, wyzyskując równocześnie ten szczegół przeciw teorii uciskowej o powstawaniu wydrążenia jaskrowego. W końcu pod względem etyologicznym podnosi Laq., że mimo uzasadnionych głosów wiarogodnych badaczy co do wpływu dziedziczności na powstawanie jaskry, w spostrzeganych przez się przypadkach nie był w stanie wykazać tego czynnika przyczynowego. (*Archiv f. Augenheilkunde* XXI, B. 1 H.).

Dr. Bienkowski.

Choroby uszne.

Dr. L. Lichtwitz (Bordeaux): O użyciu fonografu w celu mierzenia siły słuchu.

Okulista może za pomocą wziernika ocznego i znanych tablic oznaczyć całkowitą siłę wzroku, wziernik uszny tylko ucho zewnętrzne nam badać pozwala, gdy tymczasem zmiany w głębszych częściach ucha leżące tylko za pomocą istniejącej siły słuchu badać możemy. Jeżeli się mówi o sile słuchu, to rozumie się samo przez się, iż ma się na względzie możność przyjmowania fali głosowych wprost przez powietrze do małżowiny usznej się dostających. Dotychczas lekarze używają do mierzenia siły słuchu zwykłych zegarków kieszonek. Pomijając to, iż nie wszystkie zegarki mają jednakową siłę uderzenia, uczy doświadczenie, iż wielu ludzi nie słyszy uderzenia zegarkowego, mimo, iż słowa powiedziane doskonale do ucha ich dochodzą. Prócz tego uderzenie zegarka składa się z 2 nierównych tonów. Akumetry Starda, Politzera i innych wiele przedstawiają niedogodności. Najlepszą jednostką mierniczą siły słuchu byłaby mowa ludzka, ale przekonano się, iż różne głoski w różnych odległościach i tak samogłoski na daleko większą odległość spółgłoski, by-

wają słyszane, a organ głosu różnych lekarzy jest także różnym. Najlepszym akumetrem jest fonograf Edisona. Za pomocą niego można ułożyć skalę głosową (*Phonogramm*), tak jak okuliści mają skalę optometryczną. Siła pojedynczych numerów skali będzie stałą a niezmienną tak, iż najdrobniejsze różnice w sile słuchu oznaczyć będzie można. Lekarze niech się zgodzą na jednostkę siły głosu, którą jako powszechnie przyjętą, udzieli się wszystkim fonografom w celach akumetrycznych służących mających. (*Wr. med. Bl.*, 1889, Nr. 48).

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Fournier: **Leczenie kiły za pomocą wstrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rtęci.**

Wstrzykiwania podskórne nierozpuszczalnych przetworów rtęci (*Calomel*, *Hydr. oxydat. flav.*) dla dwóch przyczyn przewyższają sublimatowe. Najpierw zastosować można od razu dawkę większą (0.50—0.20), wskutek czego wstrzykiwania nie potrzebują być często, lub codziennie powtarzane. Potwóre, przetwory nierozpuszczalne pod skórę wstrzyknięte resorbują się bardzo powoli i są jakby składami, z których organizm powoli lek sobie wyjmuje i przyswaja. Należy tylko przy wstrzykiwaniu przestrzegać zasad antiseptyki. Fournier zapisuje następujące formułki: *Rp. Calomel. vapor. parat. 1.50, Vaselini 15.0*—albo *Rp. Hydr. oxydat. flav. 1.50, Vaselini 15.0*. $\frac{1}{2}$ do 1 strzykawki Pravaza na raz wstrzyknąć i po 3 tygodniach powtórzyć. Że wessanie następuje natychmiast, przekonanywa rozbiór moczu, w którym od razu rtęć da się uodowodnić. Ujemną stroną tej metody jest większa bolesność w miejscu nakłócia, jako też częste nacieki, które jednak w ropień bardzo rzadko przechodzą. Mimo wszystkich tych zalet autor zwolennikiem jest stanowczo polykania pigulek rtęciowych. Jest to bowiem równie skuteczny środek, a dla chorego nie tylko najwygodniejszy, ale i najprzyjemniejszy. (*W. m. Bl.* 1889, Nr. 52).

Dr. Mendelsburg.

Milton (Londyn): Leczenie kiły.

M. uważa wycięcie wrzodu twardego, zwłaszcza jeżeli jest połączony z obrzmieniem gruczołów chłonnych, jako niemożliwe do wykonania w Anglii. Odradza od zbyt wczesnego używania środków rtęciowych przed pokazaniem się objawów wtórnych, obawiając się ich szkodliwego wpływu na zmiany koniecznie nastąpić mające. Według M. minęły już czasy weierań; wprawdzie być może, że one są najskuteczniejszym środkiem, ale tylko w połączeniu z dawnem, dziś więcej nieużywanem odosobnieniem w ciepłych miejscach, zawijaniem po uszy w materyje welniane i t. d. Także o wstrzykiwaniach wyraża się niekorzystnie, a żąda następującego postępowania, przez siebie podanego: 1) Leczenie nie przygotowawcze, celem zupełnego uporządkowania żołądka i jelit, a w każdym razie kilkuniedniowe używanie środków przeczyszczających solnych; 2) przez 4—6 tygodni bardzo małe, powoli, a w każdym razie nieznacznie zwiększające się dawki jodku potasu w połączeniu z środkami gorzkiemi, najczęściej także przez tygodnie w połączeniu z matami dawkami sublimatu; 3) przez 7 tygodni kąpiele parowe kalomelowe, w ogólnej liczbie 24, i to 1.25—1.75 kalomelu do jednej kąpieli; 4) używanie odmiany *Decoct. Zittmanni*. Trzy miesiące później o wiele krótsze powtórzenie leczenia, tak samo po sześciu miesiącach, a gdy występują nawroty, po takim samym czasie ostatnie leczenie. To samo leczenie należy przeprowadzić w kile trzeciorzędnej. (*Viertelj. f. Derm. u. Syph.*, rocznik XX).

Medycyna sądowa.

Samelson (Kolonia): **O stanowisku lekarza jako świadka-znawcy przed sądem.**

Sposób przesłuchania lekarza jako świadka, wprowadzony do sądownictwa przez § 379 niemieck. postępow. cyw., może lekarza wprowadzić w przykre położenie i już często dał powód do nieporozumień między sędziami a lekarzami. Dla tego przedstawia S. cztery zdania, jako wynik narad z znakomitym prawnikiem: 1) każdy lekarz, wezwany przed sąd jako świadek-znawca, powinien uwagę sądu na to zwrócić, czyby nie było odpowiedniejszym odebrać od niego przysięgę jako od znawcy; 2) jeżeli sąd temu się sprzeciwia, powinien w swych orzeczeniach jak najtroskliwiej unikać wszelkiego orzeczenia i ograniczać się raczej do nagich

faktów; 3) jeżeli lekarza się wzywa do wydania orzeczenia na zasadzie twierdzeń wypowiedzianych przez lekarza ordynującego jako świadka, to powinien sumiennie zbadać, czy na zasadzie tych twierdzeń może wydać orzeczenie znawcy i jeżeli sądzi, że sumienie każe temu zaprzeczyć, powinien wydanie orzeczenia uczynić zależnem od współdziałania z lekarzem ordynującym, wezwanym jako znawca; 4) należy uczynić wnioski najwyższym władzom sądowym krajowym wydania rozporządzenia do sądów, na mocy którego poleca się im usilnie, aby w przypadkach, w których przesłuchuje się lekarza ordynującego jako świadka i następnie na podstawie jego twierdzeń żąda się od niego lekarskiego orzeczenia, zawsze i to nawet mimo sprzeciwiania się jednej ze stron, wezwano lekarza ordynującego, jeżeli nie jako jedynego znawcę, to przynajmniej obok innych lekarzy. Pierwsze dwa z tych wniosków, przedstawionych na zjeździe lekarzy niemieckich w Brunszwiku, napotkały na żywy opór obecnych i w końcu zgodzono się zastąpić je następującymi dwiema tezami Wallichsa (Altona): 1) jeżeli lekarz zostaje wezwany jako świadek-znawca przed sąd, powinien zwrócić uwagę sądu, w razie jeżeli mu się przedkłada pytania, na które może odpowiedzieć tylko jako znawca, czyby nie było stosowniejszem, odebrać od niego przysięgę jako od znawcy; 2) jeżeli sąd to odrzuca i żąda przecież od lekarza orzeczenia znawcy, wnosi zażalenie do odpowiedniej władzy. (*Munch. m. W.*, 1889, Nr. 28).

Notatki lecznicze.

Działanie kokainy na nerwy węchowe. H. Zwaardemaker (*Fortsch. d. Medicin* Nr. 13) donosi: Kokaina wessana w dostatecznej ilości przez górne części błony śluzowej nosa sprowadza przemijający bezwzdech; brak powonienia poprzedza *Hyperaesthesia olfactoria*. Bezwzdech odnosi się równocześnie do różnych rodzajów powonienia.

Na międzynarodowym zjeździe dla terapii i materia medica (Paryż, sierpień 1889) prowadzono żywą rozprawę nad **środkami przeciwgorączkowymi** i korzyściami **leczenia przeciwgorączkowego wogóle**. Dujardin-Beaumetz i inni przemawiali bardzo za używaniem leków w wyższych stopniach gorączki, pozostawiając postępowanie chemii rozstrzygnięciu, który lek jest w danym przypadku wskazany, podczas gdy Stockvis i Semmola twierdzili, że wysoka gorączka sama przez się wcale nie jest niebezpieczną i że raczej używanie leków może zaszkodzić ustrojowi. Assaky (Budapeszt) chwalił **kwasy dijdosalicylowe** z powodu jego działania przeciwgorączkowego, przeciwnie do bólu usmierzającego; jako środek przeciwgorączkowy posiada o tyle pierwszeństwo przed przetworami dotąd używanymi, że wpływa także korzystnie na gościec reżymiczny i przewlekły. Dawka dzienna: 1.0—4.0. **Exalgin** (*methylacetanilid*) chwali Bardet jako nadzwyczaj skuteczne *nervinum*, podczas gdy Féréal uważa go za nieskuteczny i sprowadzający często (jak antifebryna) niebieskie zabarwienie skóry. Dujardin-Beaumetz uważa *exalgin* za znakomity przeciw bólom i nerwobólom, jeżeli ograniczyć się można do małych dawek, podczas gdy większe dawki sprowadzić mogą wspomniane trujące (anilina) działanie (*D. m. W.* 1889, Nr. 34).

Dr. Baschkopf.

VI. Opis nowej kliniki chirurgicznej w Krakowie, tudzież kilka ogólnych uwag o stosownem urządzeniu kliniki chirurgicznej.

Podał

Prof. L. Rydygier.

Trzeba było znać starą klinikę chirurgiczną w Krakowie, żeby zrozumieć, z jaką radością i wdzięcznością zabieram się do opisu nowej. Radość tę i wdzięczność miałem sposobność niedawno wyrazić przy poświęceniu kliniki, którą to uroczystość zaszczytlił swą obecnością minister oświaty br. Gautsch i namiestnik hr. Badeni.

Nowa klinika chirurgiczna jest to jednopiętrowy budynek, wybudowany w spokojniejszej części miasta niezbyt daleko od dawnych klinik. Fasada zbudowana jest w stylu włoskiego renesansu, w ogóle przy budowie mało zważano na zewnętrzne urządzenie budynku, a główną wagę kładziono na stosowne urządzenie i podział rozmaitych ubikacji. Cały bu-

czasu zabiera. Mniejsza już o to, że uczeń mniej wprawny preparat przesunie, albo śrubkę przekreśli i asystent ma ciągle robotę z ustawianiem preparatu, ale czekanie z wykładem, aż się skończy to ciągle wchodzenie i wychodzenie jest bardzo nieprzyjemne. Dla tego uważam przyrząd projeekcyjny za bardzo potrzebny dla kliniki chirurgicznej, starałem się o niego usilnie i jestem bardzo wdzięczny panu ministrowi oświaty Gautschowi, że mi go kupić pozwolił.

Niemniej jednak muszę podziękować panu ministrowi oświaty, że wysłuchał mych przedstawień i gorących prób i pozwolił na wykonanie amfiteatru z żelaza, zamiast drewnianego, jaki z początku był proponowany i zatwierdzony. Teraz dopiero stało się możliwym zaprowadzenie w sali wykładowej wzorowej czystości przez to, że ją całą z góry do dołu można zmywać, gdyż siedzenie i podstawki pod nogi umieszczone stoją zupełnie wolno na żelaznej podstawie. Podkładki pod nogi są z blachy i muszą być gęsto podziurawione, żeby woda wszędzie mogła łatwo ściekać i zmyć brud z butów i kurz z ulicy przez słuchaczy naniesiony. Kto będzie badał dawne z drewna zbudowane ławki, to musi znaleźć wszędzie w kątach i zagłębieniach, nawet gdyby służba była wzorową, brud i kurz. Otóż jeżeli przed operacją wejść słuchacz, to kurz wzbija się w górę, a potem podczas operacji napowrót opada i może ranę zakazić. Żelazny amfiteatr jest wprawdzie nieco droższy, ale znowu nie tak znacznie; przy naszej sali wykładowej kosztował wszystkiego o 2000 złr. więcej. Wykonany został przez firmę Gridl w Wiedniu zupełnie dobrze. Niektóre drobnostki możnaby w przyszłości jeszcze zmienić, żeby zmywanie tem ułatwić. (Dok. nast.)

VII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Körösi: O wpływie wieku rodziców na żywotność dzieci.

Między okolicznościami, obciążającymi dziedzicznie zdolność do życia nowo narodzonych, odgrywa także rolę według J. Körösiego w Budapeszcie stosunek wieku rodziców. Spostrzeżenia autora polegają na 24.000 przypadkach. Zmarłych osesków wciągał aż do wieku jednego miesiąca do statystycznego obliczenia, a jako przyczyna śmierci znajduje się: wrodzona niemoc do życia, gruźlica, wodogłowie i krzywica. Co się dotyczy wpływu ojca, to pokazuje się, że żywotność dzieci spłodzonych w wieku niżej 25 ciał lat jest mniejszą, to jest, że śmiertelność osesków jest większą. Najkorzystniejsze stosunki przedstawiają dzieci spłodzone w wieku między 25 tym a 40-tym rokiem. Co się dotyczy matki, wynikają najkorzystnie warunki dla zdolności do życia nowo narodzonych dla czasu od 20-go do 35-go roku, podczas gdy dzieci pochodzące z matek niżej 19 tu lat i wyżej 35-cia odznaczają się mniejszą siłą życiową. Co się dotyczy połączonego wpływu wieku obu rodziców, to przedstawiają się te małżeństwa jako najkorzystniejsze ze względu na zdolność życiową dzieci, gdzie ojciec jest starszym, niż matka (W. m. W. 1889 Nr. 31).

Dr. Baschkopf.

L. 86514.

Okólnik

c. k. Namiestnictwa do wszystkich Panów c. k. Starostów i WWP. Prezydentów miast Lwowa i Krakowa.

Doszło do wiadomości c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych, iż pewien lekarz w Wiedniu zajmuje się sporządzaniem tak zwanych „wzmocniających pigułek dla mężczyzn“ (*Stärkungspillen für Männer*), wydaje je swoim pacjentom i ogłasza wydaną przez siebie broszurę, która ma na celu reklamę jego zakładu ordynacyjnego. Z uwagi, że lekarzowi, nie uprawnionemu do utrzymywania apteczki domowej, nie wolno wydawać chorym lekarstw; z uwagi, że wzbronione jest zapisywanie recept z użyciem dowolnie obranych nazw leków, co każe domyślać się porozumienia z aptekarzami, nie mniej, że w ogóle zabronioną jest bezwarunkowo wszelka umowa co do interesów wzajemnych pomiędzy lekarzami a aptekarzami, dalej, że wydawanie pacjentom leku w postaci tajnego środka jakoteż i sposób anonowania charakteryzujący niewłaściwe postępowanie tego lekarza, nie da się pogodzić z zasadami powszechniej ordynacji sanitarnej z r. 1770 i z instrukcją lekarską, wydaną dekretem kancelaryi nadwornej z 3 listopada 1788 l. 16135, a prztem uwłącza także godności stanu lekarskiego, do przestrzegania któ-

rę obowiązują się lekarze sponzyją, zawezwało wys. c. k. Ministerstwo spraw wewnętrz. Namiestnictwo w Wiedniu do położeń tamy takiemu także gdzieindziej pojawiającemu się, a przez publiczne bezwstydne ogłoszenia popieranemu bezprawiu, aby w niektórych lokalach ordynacyjnych, zwłaszcza dla tak zwanych tajnych chorób, zaprzestano wydawać pacjentom lekarstwa, które lekarzowi tylko z apteki zapisać wolno, aby oraz zapobiegano rozpowszechnianiu w tego rodzaju lokalach ordynacyjnych pism, mających na celu bezwstydna reklamę i wabienie pacjentów dla zakładu.

Wskutek rozporządzenia wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrz z dnia 3 grudnia 1889 l. 22204 poleca się Panu na te sprawy zwrócić swoją uwagę, a przeciw lekarzom postępującym w podobny sposób postąpić z bezwzględną surowością prawa a o każdym zaszyłym tego rodzaju przypadku donosić wyższej Władzy.

Wreszcie zwraca to rozporządzenie ministeryjalne uwagę na to nadużycie, że niektórzy dentyści sprzedają pacjentom w swych lokalach ordynacyjnych przetwory lecznicze po największej części przez nich samych ordynowane lub wcale nawet przez nich sporządzone.

O czem Pana dla ścisłego przestrzegania zawiadamiam.

Lwów, dnia 26 grudnia 1889.

Badeni.

Rozporządzenie

c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 12 grudnia 1889, dotyczące cennika leków na rok 1890.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

§ 13. Za wodę zwyczajną w jakiegokolwiek ilości, można policzyć jeden cent, z wyjątkiem, jeżeli użytą została do odwarów lub nalewów.

§ 14. Jeżeli w przepisie lekarskim nie podano dokładnie ilości jakiego obojętnego składnika albo też, jeżeli dla przyrządzenia leku potrzebnym jest taki w receptie niewymieniony obojętny składnik, to należy przy taksowaniu uwidocznnić na recepte ilość zużytego obojętnego środka.

Obliczając należytość za środki lekarskie, przepisane w kroplach, przestrzegać należy następującej zasady: Jednemu gramowi równa się dwadzieścia kropel olejów tłustych, jakoteż ciężkich eterycznych olejów, nastojów rozcieńczonych kwasów mineralnych i w ogóle płynów wodnistych — dwadzieścia pięć kropel pozostałych olejków eterycznych, eteru octowego, wyskoku eterowego i chloroformu, wreszcie pięćdziesiąt kropel czystego eteru.

§ 15. Na każdej recepte, według której sporządzono i wydano w aptecce publicznej lub domowej lekarstwo, ma być przed ekspedycją należytość dokładnie cyframi wypisana, tudzież cena materyjałów, roboty i naczyń (pudełek) itd. osobno oznaczoną.

W publicznych aptekach winien ten, kto oznaczył cenę lekarstwa, umieścić na recepte oprócz ceny także datę, firmę apteki i swój podpis: ekspedycją zaś lekarstwo obowiązany jest wypisać na sygnaturze każdym razem datę ekspedycji i swoje nazwisko.

§ 16. Wolno wydawać lekarstwa poniżej taksy; jednak w takim razie należy na recepte oznaczyć cyframi tak należytość według cennika przypadającą, jak i należytość dobrowolnie zniżoną.

Jednakże lekarstwa wydane poniżej taksy powinny posiadać takie własności, jak farmakopea przepisuje; także co do wagi nie wolno czynić ujemy.

Także w odrębną sprzedaż nie wolno policzać za leki ceny wyższej, aniżeli według cennika leków przypada.

§ 17. Przy oznaczaniu cen leków, nie objętych farmakopeą, mają polityczne władze w tych przypadkach, któreby do ich ocenienia doszły, przestrzegać tych samych zasad, według których ustanowiono ceny dla leków objętych farmakopeą, a których brzmienie dosłowne dołączono do cennika leków na rok 1890.

§ 18. Pijawek nie uważa się za artykuł leczniczy, atoli aptekarze obowiązani są utrzymywać je w dobrym stanie w zapasie.

Za jedną pijawkę ustanawia się cenę dziesięciu centów. Przy dostawach na koszt funduszy publicznych od ceny tej nie odciąga się żadnego opustu.

§ 19. Ceny przyjętych przez farmakopeę materyjałów opatrunkowych podane są w osobnym cenniku, jako dodatek do cennika lekarstw. Od cen tych nie ma być również żaden opust odciganym.

§ 20. Lekarze i chirurdzy, uprawnieni do utrzymywania aptek domowych lub przyrzędów ratunkowych (rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 26 grudnia 1882 r. Dz. p. p., Nr. 182), mają sprowadzać potrzebne przetwory i środki lecznicze (tak pojedyncze, jak i złożone) jak wreszcie wszelkie inne przetwory lekarskie wyłącznie z najbliższej apteki i wykazać się w tej mierze osobnymi książeczkami poboru. W książeczkach tych mają być dokładnie wyrażona nazwa i waga leków, tudzież czas ich poboru i stwierdzone podpisem aptekarza.

Zniżenie ceny leków pozostawia się obopólnemu porozumieniu. Co do środków weterynaryjnych, obowiązuje cennik dla tychże ustanowiony.

Za czynności i za naczynia wolno przy wydawaniu leków dla zwierząt zastosować ten sam cennik, który obowiązuje co do lekarstw dla ludzi.

§ 22. Każde przekroczenie powyższych przepisów, o ile nie podpada pod ogólną ustawę karną, karaniem będzie grzywną do pięciu złotych reńskich a. w. albo aresztem do 14 dni (rozporządzenie ministerjalne z d. 30 września 1857 Dz. p. p., Nr. 198).

§ 23. Istniejące oprócz tych postanowień przepisy o sprawowaniu i sprzedaży artykułów leczniczych i leków obowiązują nadal.

Taaffe m. p.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 stycznia. N. Pan zamianował prymariusza szpitala św. Łazarza w Krakowie i tytularnego profesora Dr. Stanisława Pareńskiego nadzwyczajnym profesorem szczególnej patologii i terapii lekarskiej, docenta Dr. Władysława Gólowej patologii i terapii lekarskiej, docenta Dr. Antoniego Głuzińskiego nadzwyczajnym profesorem tegoż samego przedmiotu, a docenta Dr. Henryka Jordana nadzwyczajnym profesorem położnictwa i ginekologii w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* **Lwów** d. 20 stycznia. Sekcja lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich na odbytem w dniu 18 stycznia posiedzeniu administracyjnym wybrała nowe biuro, w którego skład wchodzi: jako przewodniczący Dr. W. Bylicki, jako zastępca Dr. Hilary Schramm, sekretarz naukowy Dr. Jendl, sekretarz administracyjny Dr. Dębicki Klemens, gospodarz Dr. Longchamps, członkowie biura: Dr. Sielski, Dr. Rosner Jan; delegaci na walne zgromadzenie doroczne członków Towarzystwa lek. galic.: Dr. Stroynowski, Dr. Mahl, Dr. Ziembicki, Dr. Dębicki Karol.

* Z prawdziwą dowiadujemy się przyjemnością, że posadę prymariusza oddziału chorób skórnych i wenerycznych w szpitalu powszechnym we Lwowie otrzymał wskutek jednomyślnego uchwały Wydziału krajow. radca zdrowia Dr. Żegota Krówichowski, a więc z kandydatów bezwzględnie najgodniejszy i najczystszy. Wiadomość ta, nie wątpliwie, wywoła największe zaspokojenie nie tylko pośród licznych przyjaciół mianowanego, ale i wszystkich lekarzy w kraju, znających pracowitość, sumienność i wielką zaćność kol. Krówichowskiego. Zyska na tej minacyi i piśmiennictwo nasze, koło którego kol. K. tak wielkie położył zasługi, poimmo, że dotąd nie rozporządzał oddziałem szpitalnym.

* **Kraków** d. 23 stycznia. Na posiedzeniu wczorajszym Tow. lek. krak. na wstępie prezes w przemowie zaznaczał stanowisko Towarzystwa lek. krak. jako areny dla pracy i wzajemnego porozumiewania się kolegów — Towarzystwa, mającego dońskie znaczenie społeczno-narodowe. Zachęca, a raczej uważa za obowiązek, żeby wszyscy młodzi do Towarzystwa wstąpili. Po nastąpił zapowiadany wykład prof. Browicza; w dyskusyi brali udział prelegent i kol. Pieniążek. Następnie kol. Sroczynski przedstawił chorego, u którego wykonano wyjęcie wągra podsiatkówkowego. W końcu kol. Kaufmann wygłosił swój odczyt „o mięsieniu“.

* Na ostatnim swem posiedzeniu Wydział lekarski Uniw. Jagiell. zamianował Dra Stanisława Momidłowskiego, asystenta przy klinice chorób dzieci, na dalsze 2 lata na tę posadę; nadał Drowi Tadeuszowi Langiemu, w kwocie 500 złr., nice chirurg. stypendyjm Wydziału kraj. w kwocie 500 złr.; mianował Dra Aleksandra Rosnera elewem przy tejże klinice i nadał mu stypendyjm rządowe w kwocie 300 złr.; wreszcie przedstawił senatowi akademickiemu 1-mo loco Dra Gustawa

Hempla, 2go asystenta przy katedrze anatomii patologicznej, a 2o loco Dra Stanisława Czaplńskiego, asystenta przy katedrze fizjologii, do nadania stypendyjm s. p. Klimowskiego, celem wyjazdu za granicę.

* Rozprawę kol. Pomorskiego musieliśmy przerwać, ponieważ nie gotowe jeszcze są klisze do rycin. Rozpoczęliśmy jednak drak tej rozprawy przed ukończeniem kliszy dlatego, że praca ma temi dniami ukazać się w języku niemieckim, chcąc tym sposobem odpowiednio do zasady naszej skonstatować, że artykuł pierwszy był drukowany w języku polskim.

* Otrzymałmśmy następujące sprostowanie:

Szanowna Redakcyjo! W artykulu moim, umieszczonym w pierwszych dwóch Nrach *Przeglądu Lekarskiego* z b. r. pozostał przez pomyłkę w zdaniu umieszczonym na str. 19 (w. 20 i 21 od góry) wyraz „Plotką“, mogący dotknąć kolegów, przeciw którym w dyskusyi był użyty. Ponieważ nie miałem zamiaru nikogo osobiście dotknąć, a chciałem jedynie dobitnie wystąpić przeciw twierdzeniu, którego ogłoszenie było w swoim czasie dla mnie bardzo niemilem, zmieniam niniejszem zdanie to na następujące: „Mylne jest jednak i nieczem nieudowodnionem twierdzenie.“

Z głębokim szacunkiem *Prof. Dr. A. Obaliński.*

Kraków d. 21 stycznia 1890.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** Dr. Karol Fränkel, asystent przy zakładzie higieny i docent w Berlinie mianowany został nadzw. profesorem w tutejszej wszechście.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień Dra w. nauk lekarskich w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Adolf Beck, rodem z Krakowa.

* **Zmarli:** Dn. 15 b. m. Dr. Karol Ulrich, asystent kliniki prof. Eiselta w Pradze czeskiej w 29 roku życia; w Łodzi Dr. Tomasz Homme, wychowaniec Uniw. Jagiellońskiego. Z influenzy: w Heidelbergu radca dworu profesor baron Dusch w 66 roku życia (prof. patologii tamże od roku 1870, lekarz chorób dzieci); w Monachium praktyk Dr. Bischoff i b. prof. szkoły akuserek Dr. Schmitt.

Redaktor odpowiedzialny: *Prof. Dr. L. Blumenstok.*

KOMISYA PRZEMYSŁOWA TOW. LEK. KRAK.

na podstawie uchwał tegoż Towarzystwa

poleca następujące wyroby i przetwory:

1. **Buljon** p. A. Solkowskiego w Krysowicach poczta Mościska.
2. **Celch** *Grahama* p. G. Barucha w Podgórzu.
3. **Jarzyn** suszone pp. Seelinga w Izdebniku.
4. **Jarzyn** i owoce suszone p. Różańskiego i Sp. w Bochni.
5. **Kakao** proszkowane i czekoladę wyrobu P. Henryka Tretera we Lwowie.
6. **Kapsułki elastyczne** (z olejkami ryecynowym, tranem, balsamem kopaiwanym, tranem żelazistym i t. p.) wyrobu p. Kottowicza w Krakowie i **Kapsułki** (z olejkami ryecynowym i z tranem itp.) wyrobu p. M. Zahradnika, aptekarza w Jezierny.
7. **Kafir** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie i p. St. Wolańskiego we Lwowie.
8. **Kofacyki** (Tabletki) z uretanu, pr. korz. rzewniowego, pr. listków senesowych, z sublimatu do opatrunków chirurgicznych itp. wyrobu apt. p. K. Wiszniewskiego w Krakowie.
9. **Krowianke** pp. Freysingera w Lisku i Kubińskiego we Lwowie.
10. **Mleko** z obory pp. St. Homolacza w Gnojniku, St. Niedzielskiego w Śledziejowicach i St. Zelenkiego w Grodkowicach.
11. **Olejek z sosny karłowatej polskiej** (*Oleum pini pumilionis polonicum*) p. apt. Nitribita w Kryniey.
12. **Papierki synapismowe** na podobieństwo papierków Rigollota wyrobu p. Lebensteina na Zwierzyńcu pod Krakowem.
13. **Pastyłki z nitrogliceryną** p. Mutniańskiego apt. w Warszawie i pp. Kowalskiego i Beldowskiego apt. w Krakowie.
14. **Pigułki** p. A. Mańkowskiego apt. w Przemyśle (z arsenianem sodowym, chlorkiem morfinu, z siarkanem atropinu, z wyciągiem makowca, kreozotowe bezwonne, z kw. arsenawym i kreozotem i perełki chlorałowe).
15. **Piwo słodowe** wyrobu p. K. Wiszniewskiego apt. w Krakowie.
16. **Placuszki** (t. z. Albertki) z maki razowej p. Czyńskiego w Jarosławiu.
17. **Plasty smarowane** (empl. adhaesivum ext., hydrargyri ext. diachyli comp. ext., cantharidin ext., thapsiae, de Vigo cum et sine mercurio, empl. Schiffenhauseni, papier Wlinsi, katalplasty Hamiltona) pp. Trzeńskiego i Urbanowicza w Warszawie.
18. **Przetwory farmaceutyczne** (empl. diachyli s., extr. malferri, resina jalapae i t. p.) p. Zieniewicza apt. w Brzostku.
19. **Przybory opatrunkowe chirurgiczne** p. Dobrowolskiego w Krakowie.
20. **Stożki mentolowe** p. apt. Sobierajskiego w Krakowie.
21. **Sztuczne wody mineralne** (Bilińska, jodowa, litowa, Selterska, Vichy, żelazista) pp. Rzący i Chmurskiego w Krakowie.

ZAKŁAD LECZNICZY

DLA UMYSŁOWO CHORYCH I NERWOWYCH
w Kowanówku pod Obornikami

w W. Ks. Poznańskim

w uroczej okolicy i najkorzystniejszych warunkach higienicznych położony, — we wszelkie zasoby lecznicze dzisiejszej psychiatrii i newroterapii zaopatrzony, — z wygodami, elegancją i komfortem urządzony, przyjmuje każdego czasu na kuracyą chorych płci obojej.

22—1—1

Na żądanie prospekta z warunkami.

Dr. Winklewski.

Dr. Karczewski.

TABLETKI Z WYCIAGIEM KASKARY

18—25—1

wyrobu Konstantego Wiszniewskiego, aptekarza w Krakowie
polecone przez Towarzystwo Lekarskie krakowskie, na wniosek Komisji przemysłowej tegoż Towarzystwa pismem z dnia 6 Kwietnia 1888 roku, L. 308 — jestto lek bez zaprzeczenia najłatwiejszy do zażycia i najprzyjemniejszy ze wszystkich środków przeczyszczających. Użycie nie naraża na żadną przerwę w zajęciach, nie sprawiając najmniejszych boleści lub nudności.

Sposób użycia: Dorosłe osoby potrzebują użyć od dwóch do sześciu tabletek jednorazowo zależy to od potrzeby. Każdą tabletkę położywszy na języku należy popić wodą. —

Cały słoik kosztuje 60 centów, lecz i na sztuki nabyć można.

MATTONIEGO

GISSHÜBLER
najczystsza
alkaliczna
SZCZAWA

Szczególnie wypróbowana

w chorobach narządu oddechowego i trawienia, w dnie, w niezycie żołądka i pęcherza, środek swoisty w chorobach dzieci.
Jako leczenie poprzedzające lub następowe po Karlsbadzie.

MATTONIEGO

WYCIĄGI BOROWINOWE

SÓL BOROWINOWA
ŁUG BOROWINOWY

Wygodne środki do przyrządzania

KĄPIELI BOROWINOWYCH i ŻELAZISTYCH w DOMU

Od dawna wypróbowane

w Metritis, Oophoritis, Peritonitis, Błednicy, Żółtach, Krzywicy, Upławach białych, Usposobieniu do poronień, Porażeniach całkowitych i połowicznych, Niedokrewności, Gościecu, Dnie, Ischias i Krwawnicach.

MATTONIEGO

WODA GORZKA z BUDA-PESZTU

wyborny środek

PRZECZYSZCZAJĄCY.

ROZSEŁKI wszelkich naturalnych WÓD MINERALNYCH
i produktów źródłanych dokonywa

HENRYK MATTONI

FRANCENSBAD, — WIEDEN, — KARLSBAD.

MATTONI i WILLE w BUDAPESZCIE.

9—52—4

Kapielowy i kapielowa

polecają swe usługi W. P. Doktorom do wykonywania wszelkich procedur hydropatycznych, oraz masażu żołądka i całego ciała i upraszają o łaskawe zlecenia.

113—4—2

Antoni i Krzysztofa Petz,

ul. Floryjańska, Nr. 34, Kraków.

Peptony Pepsynowe Chapoteaut

z czystego mięsa wołowego.

Są one obojętne, nie zawierają ani glikozy ani chlorku-sodu, ani winianu sodu.

Proszek z Peptonu Chapoteaut

jest zupełnie rozpuszczalny, dana jego waga odpowiada pięć razy większej co do wagi ilości mięsa, z powodu swej czystości jest on wyłącznie używanym w Laboratorium Pasteur'a do kultur mikroorganizmów.

Zadawać go można w rosole, herbach, oplatkach lub lawatywach.

Wino z peptonu Chapoteaut.

Smak ma bardzo przyjemny, zaleca się po jedzeniu w ilości 1—2 kieliszków. Dawka zawarta w jednym kieliszku odpowiada 10 grammom mięsa.

Peptonami można żywić chorych ciężko, przez całe tygodnie i miesiące bez stosowania innych pokarmów.

Skład w Paryżu 8. r. Vivienne oraz we wszystkich aptekach.

13—6—1

— Żelazo Dra Girarda. —

W raporcie swoim do Akademii medycznej w Paryżu Prof. Dr. Hérard pisze: „że preparat ten chory chętnie zażywają, żołądek dobrze go znosi; w dawce 10—20 centigramów dziennie, podnosi siły i leczy bladaczkę i małokrwistość jak wszelkie dobre przetwory żelaza; główną zaś zaletą tej nowej soli żelaznej pod względem terapeutycznym jest to, że nie spowodza zatwardzenia, a nawet zwiększając dawkę do 30, 40, 50 centigramów można wywołać wypróżnienia“.

(Bulletin de l'académie de Médecine: 2 Série t. I. 1872, pag. 1109 Seq.)

Skład w Paryżu 8 ul. Vivienne, oraz we wszystkich aptekach.

14—6—1