Rok XLIX. Kraków, dnia 12 lutego 1910. Nr 7.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej i zakładu fizyologii Uniw. Jag. w Krakowie.

Wpływ podskórnych wstrzykiwań adrenaliny na wydzielanie moczu u człowieka.

Podali

Dr. Wł. Kluger, asystent kliniki lekarskiej U. J.

Dr St. Welecki, b. asystent zakł. fizyologii U. J.

W ostatnich latach pojawiło się kilka prac, opisujących zmiany w wydzielaniu moczu, wywołane doświadczalnie u zwierząt przez wstrzykiwania adrenaliny.

Schatiłow stwierdził to zjawisko na królikach, którym wstrzykiwał adrenalinę śródżylnie, stopniując dawki od najniższych do stosunkowo bardzo wysokich. Dawki małe wywoływały stale zwiększenie ilości moczu na dobę i pewne niestałe zmiany w wydzielaniu azotu. Dawki natomiast bardzo wielkie, zbliżone do dawek śmiertelnych, miały skutek wprost przeciwny: zmniejszenie ilości moczu, przechodzące czasem wprost w bezmocz, prawdopodobnie wskutek znacznego zwężenia naczyń obwodowych, jakoteż i naczyń nerki.

Ta druga część doświadczenia przechodziła zdaje się granice doświadczenia fizyologicznego, a wkraczała w granice patologii, ponieważ u wszystkich zwierząt, u których wielkiemi dawkami adrenaliny wywołano zmniejszenie ilości moczu, występował równocześnie białkomocz, a to wskazuje na bądź-co-bądź nieprawidłowy stan nerek.

Welecki, badając równocześnie tożsamo zjawisko, używał jednak metodyki zupełnie innej.

Przekonawszy się uprzednio przy pomocy doświadczeń na kimografionie, że adrenalina, wstrzykiwana podskórnie i śródotrzewnie, podnosi również ciśnienie, ale w sposób inny, dla mających się toczyć doświadczeń o wiele korzystniejszy, wybrał do swych badań, przeprowadzanych na świnkach morskich, tylko te sposoby podawania adrenaliny.

Po wstrzyknięciu bowiem adrenaliny podskórnie lub śródotrzewnie ciśnienie podnosi się powoli i nie do tak znacznej wysokości, jak po wstrzyknięciu śródżylnem, jednak na tej miernej wysokości, do której po wstrzyknięciu doszło, utrzymuje się bardzo długo; przytem stale daje się zauważyć znaczne wzmocnienie pracy serca.

Zwierzęta, poddane doświadczeniom, dostawały przez cały czas tę samą ilość pożywienia.

Każde poszczególne doświadczenie składało się z trzech okresów: 1) z okresu wstępnego, w którym badano mocz zwierzęcia prawidłowego co do ilości i składników, 2) okresu doświadczalnego, w którym wstrzykiwano adrenalinę w pewnych odstępach czasu przez jedną lub dwie doby, i to w dawkach małych, nie przekraczających nigdy 1 cm³ roztworu adrenaliny (Parke-Davis) 1: 1000 na dobę, i wreszcie 3) z okresu końcowego, w którym już adrenaliny nie podawano, a badano ewentualne skutki po wczorajszem wstrzykiwaniu. Tą metodą wykonane badania wykazały, co następuje:

Ilość moczu dzienna już po niewielkich dawkach adrenaliny wzrastała znacznie, czasem nawet potrójnie i więcej, ciężar właściwy jego był znacznie mniejszy, ogólna (bezwzględna dzienna) ilość wydalanych z moczem produktów azotowych była mimo znacznego rozcieńczenia moczu pokaźnie zwiększona.

Również i doświadczenia Biberfelda, jakkolwiek znowu inną metodą wykonane, dały wyniki podobne.

Te trzy prace, wykonane prawie równocześnie i zupełnie niezależnie od siebie, jakoteż i praca E. Haasa, dały nam podnietę do powtórzenia tych dotychczas czysto teoretycznych badań na materyale klinicznym ludzkim, co też dzięki uprzejmemu pozwoleniu JWP. Prof. W. Jaworskiego wykonaliśmy w krakowskiej klinice lekarskiej.

Ernest Haas stwierdził mianowicie, że ze zwiększoną ilością moczu w następstwie sztucznie wywołanego wydzielania moczu idzie równolegle także i u niegłodzącego się człowieka zwiększenie do pewnego stopnia wydalania azotu. Nie pochodzi to, według Haasa, ze zwiększonego rozpadu białka, lecz z energiczniejszego wypłukiwania z tkanek produktów rozpadowych, zawierających azot.

Jakkolwiek, o ile chodzi o wydzielinę substancyi rdzennej nadnercza, względnie o adrenalinę, wpływu jej na przemianę materyi bezwzględnie wyłączyć nie można, przyznać jednak trzeba, że twierdzenie Haasa w znacznej mierze przyczynia się do wytłómaczenia tego nagłego i tak znacznego zwiększenia w moczu substancyi zawierających azot po podaniu adrenaliny.

Tem chętniej zaś przedsięwzięliśmy powtórzenie tych badań na ludziach, ponieważ przypuszczaliśmy, że tak znaczne i tego rodzaju wydzielanie moczu, wywołane nieszkodliwemi dawkami adrenaliny, mogłoby mieć również w pewnych przypadkach także znaczenie lecznicze.

Przed przystąpieniem do właściwych badań, wykona-

liśmy doświadczenia wstępne, mające na celu wykazanie, czy zapomocą małych dawek adrenaliny — (a tylko takiemi postanowiliśmy się posługiwać wobec zastraszających, przez niektórych autorów opisanych objawów) — da się również uzyskać pewne zmiany w ciśnieniu.

Mierzyliśmy ciśnienie przyrządem Riva-Rocciego. Z protokółów doświadczeń, których wykonaliśmy kilka z dawkami coraz to większemi, podamy tu dwa, t. j. I. z minimalną dawką działającą i II. z dawką naszem zdaniem maksymalną.

Doświadczenie I.

Badany A. S., lat 36, ciężar ciała 70 kg.

Ciśnienie przed wstrzyknięciem adrenal.: 95 mm Hg, tętno 62.

Wstrzyknięto podskórnie 0·00025 subst. czynnej adrenaliny (Parke-Davis).

Po 5 minutach: ciśnienie 100 mm, tętno 62
» 15 » » 110 » » 56
» 30 » » 116 » » 56
» 45 » » 116 » » 60
» 1 godzinie: » 120 » » 60
» 2 godzinach: » 118 » » 60.

Doświadczenie II.

Badany P. Ch., l. 19, waga 48,200 gr.

Przed doświadczeniem (prawidłowo) ciśnienie 112 mm, tętno: 72.

Wstrzyknięto podskórnie adrenaliny 0·001 subst. czynnej.

Ciśnienie po 5 minut. = 180 mm, tętno b. szybkie
» » 15 » = 170 » » dwubitne.
» » 20 » = 140 » » spokojniejsze.

Wskutek tych objawów uznać musieliśmy dawkę w II. doświadczeniu za najwyższą, jaką bez znacznej szkody podać jeszcze można.

Poszczególnych co do tego doświadczeń przytaczać nie będziemy, bo różnią się one od siebie tylko wielkością dawki lub też stopniem wyniku, zresztą zaś są równe. We wszystkich otrzymaliśmy: mierne, jednak długo trwające podniesienie ciśnienia, a czasem zwolnienie tętna; dalej uderzające wzmocnienie koniuszkowego uderzenia serca.

Te tak małemi podskórnie wstrzykniętemi dawkami wywołane objawy, zgadzające się prawie zupełnie ze zjawiskami, występującemi u zwierząt, tem bardziej pozwoliły nam przypuszczać, że i w moczu da się wykazać pewne zmiany. W przedsięwziętych w tym celu badaniach przyjęliśmy metodykę, stosowaną przez Weleckiego, a powyżej już dokładnie opisaną. Nadmieniamy tu tylko, że do doświadczeń tych dobieraliśmy chorych, których układ krążenia i narząd moczowo-płciowy były bez zmian. Podczas dni doświadczalnych nie dostawali oni żadnych leków, co do dyety zaś, to przez dni badania dostawali codziennie pożywienie i napoje te same i w tej samej ilości.

Z tego szeregu badań podajemy tu kilka, których wyniki najlepiej same za sobą przemawiają.

I. Andrzej S., l. 36. Waga 70 kg. (Rozpozn.: Helminthiasis).

23. III. 1909. Ilość moczu 1200 cm³, ciężar gat. 1,018. Cukier (Nylander, Fehling, pr. z fhenylohydrazyną) = 0. Białko = 0. Odsetek N = 1·54%. Dzienna ilość N = 18,48 gr.

24. III. Wstrzyknięto podskórnie 0.0005 subst. czynn. adrenaliny. Ilość moczu 1300 cm³ c. g. 1,018. Cukier — białko = 0. Odsetek azotu N = 1,49%. Dzienna ilość N = 19·32 gr.

25. III. 1909. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1300 cm³ c. g. 1,017. Odsetek N = 1,52%. Dzienna ilość N 19,76 gr. Cukier — białko = 0.

26. III. 1909. Wstrzyknięto podskórnie 0,001 subs. czynn. adrenaliny. Ilość moczu = 1800 cm³ c. g. 1,016. Białko — cukier = 0. Odsetek N = 1,37%. Dzienna ilość N = 24·66 gr.

II. Ten sam chory badany po 3 dniach przerwy.

29. III. Ilość moczu 1000 cm³ c. g. = 1,017. Cukier — białko = 0. Odsetek N = 1,43%. Dzienna ilość N = 14.3 gr.

30. III. Wstrzyknięto podskórnie 0·001 subst. czynn. adrenaliny. Ilość moczu 1500 cm³ c. g. 1016. Cukier — białko = 0. Odsetek N 1,52%. Dzienna ilość N = 22,8 gr.

31. III. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1400 cm³ c. g. 1,015. Cukier — białko = 0, Odsetek N = 1,482%. Dzienna ilość N = 20,548 gr.

1. IV. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1350 cm³. Cukier — białko = 0. Odsetek azotu: 1,478%. Dzienna ilość 18,993 gr.

III. Piotr Chr., l. 19. Waży 48 kg. (Rozp.: Tumor lienis minoris gradus probabiliter malaricus).

28. IV. 1909. Ilość moczu praw. 1,050 c. g. 1023. Białko — cukier = 0. Odsetek N 1,39%. Dzienna ilość N 14,495 gr.

29. IV. 1909. Wstrzyknięto adrenaliny 0·00025 subst. czynnej. Ilość moczu 1400 cm³ c. g. 1,016. Odsetek N = 1,32%. Dzienna ilość N = 18,48 gr. Białko — cukier = 0.

30. IV. Wstrzyknięto adrenaliny 0·0025 subst. czynnej. Ilość moczu 1850 cm³ ciężar gat. 1,014. Białko — cukier = 0. Odsetek azotu 1,19%. Dzienna ilość N = 22,015.

1. V. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1150 cm³, moczu nie zbadano chemicznie.

IV. Ten sam chory po 5-dniowej przerwie.

7. V. Ilość moczu (norm.) 1250 cm³ c. g. 1,025. Białko — cukier = 0. Odsetek N = 1,29%. Dzienna ilość 16,125.

8. V. 1909. Wstrzyknięto podskórnie adrenaliny 0,00025 s. czyn Ilość moczu 1600 cm³ c. g. 1,018. Odsetek azotu = 1,8%. Dzienna ilość 18,88 gr. Białko — cukier = 0.

9. V. Nie wstrzykiwano adrenaliny. Ilość moczu 1350 c. g. 1,020. Odsetek N = 1,27%. Dzienna ilość 17,45 gr. Białko — cukier = 0.

Te wyniki upoważniają nas do następujących wniosków:

1) Człowiek znosi mierne dawki adrenaliny bez szkodliwych następstw. Jako dawkę już nieobojętną, bo wywołującą zaburzenia ze strony serca i przykre uczucia podmiotowe uważamy 0·001 gr substancyi czynnej adrenaliny (t. j. 1 cm³ rozcz. 1: 1000) dla człowieka, ważącego mniej więcej 50 kilogramów.

2) Skutkiem podskórnych wstrzykiwań adrenaliny bywa u człowieka: mierne, lecz długo trwające podniesienie ciśnienia tętniczego, wzmocnienie i czasem zwolnienie pracy serca i znaczne zwiększenie ilości moczu.

3) Mocz po adrenalinie odznacza się mniejszym ciężarem gatunkowym, a bezwzględna ilość wydalonych z nim produktów azotowych zwiększa się. Jakkolwiek zwiększone wydzielanie moczu możnaby uważać za skutek podniesionego ciśnienia i wzmożonej pracy serca, to jednak to, tak stałe i znaczne, a nie zawsze proporcyonalne do ilości moczu zwiększenie ilości produktów, azot zawierających, każe nam przypuszczać, że adrenalina wywiera jakiś głębszy wpływ na przemianę materyi.

Piśmiennictwo. 1) Bieberfeld: Pflüg. Arch. f. Phys. CXIX. 6—8 p. 341. O dyurezie po injekcyach suprareniny. — 2) Bie-

berfeld: Pflüg. Arch. f. Phys. CXXI p. 265. Teorya sekrecyi nerek. — 3) Welecki: Roczniki Akad. Um. w Krakowie, 1907. Przyczynek do znajomości fizyologicznego działania nadnercza i adrenaliny. — 4) Schatiłow: Engelmans Arch. f. Psysiolog. 1908. Wydzielanie nerek w świetle działania adrenaliny. — 5) Welecki: Roczn. Akad. Umiejęt. w Krakowie, 1909. Zesz. I. Badania nad wpływem adrenaliny na wydzielanie CO_2 i moczu.

Rzut oka na nowsze zdobycze dyagnostyczne w medycynie wewnętrznej.

Wykład wstępny na kursie medycyny wewnętrznej dla lekarzy praktycznych

Podał

Doc. Dr Erwin Mięsowicz.

(Dokończenie).

Drugi rodzaj niemiarowości serca polega na t. zw. skurczach dodatkowych serca (opisanych przez Engelmanna, Wenkebacha, Heringa, Mackenziego). Jeżeli serce zostanie pobudzone do skurczu jakimś bodźcem dodatkowym, nie przypadającym w okresie powstawania bodźców prawidłowych, lub jeżeli mięsień sercowy jest na wszelkie bodźce, na które prawidłowo nie oddziaływa, nadmiernie wrażliwy, np. w przypadkach, gdzie nagle powstaje niestosunek między siłą mięśnia sercowego, a oporami w krążeniu, to wówczas powstają między prawidłowymi, rytmicznymi skurczami serca, dodatkowe skurcze, bądźto przedsionków, bądź też komór (extra systole). Ponieważ mięsień sercowy po każdym skurczu popada w t. zw. stan refrakcyi, to znaczy przez jakiś czas nie oddziaływa na bodźce ruchowe, wychodzące z przedsionka, zatem bardzo często, po skurczu dodatkowym serca, nie następuje w odpowiednim okresie skurcz prawidłowy. Jeżeli bodziec dodatkowy (Extrareiz) zadrażni komorę, to przedsionek kurczy się zwykłym swym rytmem, jak na krzywej tętna, zdjętej z żyły szyjnej, zobaczyć możemy, natomiast na równoczasowej krzywej tętna komory (zdjętej z tętnicy szyjnej) spostrzegamy dwie fale skurczowe, gdyż po fali skurczu prawidłowego następuje jeszcze fala skurczu dodatkowego. Po skurczu dodatkowym następuje okres refrakcyi mięśnia sercowego. Mięsień sercowy komory nie kurczy się w swoim czasie, tworząc przez to tak zwaną »pauzę wyrównawczą (kompensacyjną)«. Skurcz, następujący po takiej pauzie, odznacza się wielką siłą i wzmożonem uderzeniem końca serca, chorzy doskonale to »zatrzymywanie się« serca i następujący po niem silniejszy skurcz serca odczuwają. Jest to najczęstsza postać niemiarowości. Skurcze serca dodatkowe mogą być niewinnem zaburzeniem w czynności serca, mogą się nawet przez dłuższy czas utrzymywać, nie wywołując innych objawów w zakresie narządu krążenia. Mogą zupełnie nawet po długiem trwaniu zniknąć. Jednakowoż tak samo mogą być skurcze serca dodatkowe pierwszym objawem rozpoczynających się zmian anatomicznych w mięśniu sercowym i dlatego stwierdzenie niemiarowości serca powinno zwracać uwagę lekarza na troskliwe zbadanie nietylko narządu krążenia, ale i całego chorego i jego sposobu życia.

Stosownie do tego, czy bodźce dodatkowe wychodzą względnie zadrażniają przedsionek, czy też komorę, powstają najrozmaitsze postacie niemiarowości.

Aczkolwiek badanie niemiarowości serca tak przez fizyologów, jak i klinicystów, dostarczyło wielu ciekawych spostrzeżeń i oświetliło nieznane nam dotąd tajniki czynności serca, mimo to przyznać należy, że cała ta mnogość badań i niepomiernie narosła z tego powodu literatura, praktycznie znacznych wyników nie wyprodukowała. Bądź co bądź jednak bliższe wglądnięcie w sprawę niemiarowości pozwala nam nieraz na ściślejsze rokowanie i bardziej celowe postępowanie lecznicze.

Częstsze zastosowanie praktyczne znajduje w chorobach narządu krążenia mierzenie ciśnienia krwi w układzie tętniczym. Od czasu wprowadzenia do użytku klinicznego przyrządów do bezkrwawego mierzenia ciśnienia krwi, że wspomnę tu tylko o przyrządach Bascha, Gärtnera, Riva Rocciego, Recklinghausena i t. d., przekonano się, że ciśnienie krwi w układzie tętniczym człowieka podlega w warunkach chorobowych bardzo wybitnym wahaniom. Ponieważ mierzenie ciśnienia krwi jest obecnie zabiegiem bezkrwawym i łatwo oraz szybko daje się wykonać, przeto metoda ta weszła szybko w użycie i to nietylko w klinikach, ale także nawet w praktyce prywatnej.

Od czasu wprowadzenia do użytku klinicznego sposobów badania ciśnienia krwi zmieniły się bardzo zapatrywania na zachowanie się ciśnienia krwi w najrozmaitszych sprawach chorobowych. Wiemy obecnie, że znacznie częściej w najrozmaitszych sprawach chorobowych spotykamy się z podniesionem parciem krwi, aniżeli z obniżonem. Wiemy, że nawet w przebiegu najrozmaitszych wad sercowych w okresie niewyrównania, gdy występują wyraźne objawy zastoju żylnego, które to objawy uważano za następstwo osłabienia czynności mięśnia sercowego z powodu zmian degeneracyjnych w nim się toczących, parcie krwi w układzie tętniczym jest bardzo często znacznie podniesione. Wynikałoby z tego, że serce w stanach tych posiada jeszcze taką siłę, że może wytworzyć i utrzymać parcie krwi na znacznej wysokości i że przyczyną podniesionego parcia krwi i zaburzeń w krążeniu są może zmiany w krążeniu obwodowem. Wiemy zaś z badań najnowszych, że drobne tętniczki i naczynia włosowate odgrywają bardzo ważną rolę w mechanice ruchu krwi.

Mierzenie ciśnienia krwi ma znaczenie rozpoznawcze w chorobach nerek. W chorobach nerek w przebiegu lub następstwie gruźlicy płuc, duru brzusznego, spraw septycznych i w niektórych postaciach skazy moczanowej ciśnienie krwi nie okazuje zmian c. bowych. Znaczne podniesienie parcia krwi napotykamy w przebiegu przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek (nephritis chr. interstitialis), i to niekiedy już w tych okresach, kiedy nie ma jeszcze wyraźnych objawów w moczu i gdzie brak jeszcze białka w moczu. Gdy w warunkach prawidłowych ciśnienie krwi u człowieka wynosi około 100 mm. Hg., podnosi się ono we wspomnianej chorobie nerkowej do 250 mm. słupa Hg. Jeżeli wartości te przeliczymy na wysokość słupa krwi, to w warunkach prawidłowych ciśnienie w układzie tętniczym wynosi 1 m. 20 cm słupa krwi, w warunkach opisanego podniesienia parcia krwi 3 m. Rozpoznanie rozsianych spraw zapalnych w nerkach, przebiegających ze skłonnością do napadów mocznicy, zyskało przez oznaczanie ciśnienia krwi i stwierdzenie jego wzmożenia się, na pewności. Badanie ciśnienia krwi w przebiegu łagodnych białkomoczów, na-

potykanych w wieku młodocianym, jest także niezmiernej wagi, jeżeli chodzi o rozróżnienie spraw tych od przewlekłych, nieraz przez długi czas skrycie przebiegających spraw zapalnych w nerkach. W przebiegu białkomoczu t. zw. fizyologicznego lub ortostatycznego ciśnienie krwi waha się w granicach prawidłowych; ciśnienie krwi w białkomoczach, które zależą od sprawy zapalnej nerek, skrycie przebiegającej, np. w następstwie płonicy, zazwyczaj bywa podniesione.

W przebiegu stwardnienia tętnic i to szczególnie w przebiegu stwardnienia naczyń drobnych (angiosclerosis) napotykamy także znaczne podniesienie parcia krwi. Stwardnienie tętnicy głównej nie wywołuje podniesienia parcia krwi. Napady zaś dusznicy sercowej wywołują nieraz znaczne, ale przemijające podniesienie parcia krwi.

Podniesienie parcia krwi spotykamy następnie często u ludzi krwistych, otyłych, wykraczających »in Baccho«, palących nadmiernie, nerwowych i wrażliwych, przepracowanych umysłowo. Stwierdzenie podniesienia parcia krwi w tych stanach ma wielkie znaczenie nietylko rozpoznawcze, ale i prognostyczne. Rokowanie w przypadkach takich powinno być zawsze ostrożne, bo układ naczyniowy u chorych z objawami podniesienia parcia krwi nie jest już prawidłowy, a obserwacya kliniczna tych przypadków stwierdza skłonność do krwotoków mózgowych.

Przy mierzeniu ciśnienia zapomocą przyrządu Riva-Rocciego, który jest bardzo wygodny, postępujemy w ten sposób, że mankietem gumowym opasujemy ramię. Ten mankiet gumowy połączony jest z manometrem i pompką powietrzną. Przez napompowanie powietrza do mankietu gumowego uciskamy tętnicę ramieniową. Równocześnie obmacujemy tętnicę sprychową. Możemy stwierdzić przy obmacywaniu tętnicy sprychowej dwa zjawiska. Przy pewnem ciśnieniu, które można odczytać na manometrze, stwierdzamy chwilę, w której równa dotąd fala tętnicy sprychowej poczyna się zmniejszać. Następnie stwierdzamy chwilę taką, w której fala w tętnicy sprychowej znika i odczytujemy równocześnie na manometrze, jakie ciśnienie wywołało to zniknięcie.

Zmniejszanie się fali tętna w tętnicy sprychowej odpowiada najniższemu ciśnieniu w tętnicy, zupełne zniknięcie tętna odpowiada najwyższemu czyli skurczowemu ciśnieniu. Otrzymujemy dwie wartości, z których jedna odpowiada najniższemu ciśnieniu w tętnicy, istniejącemu w czasie rozkurczu, druga najwyższemu ciśnieniu w czasie skurczu serca. Różnica tych dwu wartości daje nam wyobrażenie o ciśnieniu tętniczem, a palcem wyczuwalne różnice w zachowaniu się tętna są właśnie zależne od tej różnicy, a nie od zachowania się ciśnienia skurczowego. Jeżeli np. po podaniu naparstnicy stwierdzamy lepiej napięte tętno, to objaw ten wcale nie zależy od podniesienia się ciśnienia skurczowego, gdyż ciśnienie to w bardzo wielu przypadkach korzystnego działania naparstnicy nawet obniża się. Objaw ten zależy tylko od powiększenia się różnicy między minimum rozkurczowem a maximum skurczowem. Różnica między tem maximum i minimum ciśnienia fali tętna zależy najwięcej od ilości krwi, którą każdy skurcz serca do układu naczyniowego wyciska, jest zatem poniekąd wskaźnikiem wielkości pracy serca i szybkości ruchu krwi. Wysokość ciśnienia skurczowego zależy zaś nietylko od ilości krwi, wyciskanej przez każdy skurcz serca, lecz także i od oporów w krążeniu obwodowem, na które krew natrafia. Jeżeli opory w krążeniu obwodowem są znaczne, to ciśnienie skurczowe będzie również znaczne, a ciśnienie w czasie rozkurczu będzie mało opadać. Jeżeli zaś opory w krążeniu obwodowem są nieznaczne, to ciśnienie skurczowe nie dochodzi do wysokich wartości, gdyż krew łatwiej przedostaje się przez całą sieć naczyń drobnych, a równocześnie z tego samego powodu i ciśnienie w czasie rozkurczu opada do niższych wartości.

Baczne uwzględnienie tych objawów pozwala nieraz wysnuć z nich najrozmaitsze wnioski, tak co do stanu samego mięśnia sercowego, jak i co do oporów w krążeniu i zachowaniu się ich wobec środków sercowych, ma więc znaczenie nietylko w rozpoznawaniu, ale i w rokowaniu.

Znacznie postąpiła w ostatnich czasach dyagnostyka hematologiczna. Liczenie krwinek czerwonych i białych, oznaczenie odsetki hemoglobiny, badanie mikroskopowe barwionych preparatów krwi, znalazły szerokie zastosowanie w praktyce lekarskiej. Mikroskopowe badanie preparatów krwi zostało nadzwyczajnie uproszczone przez to, że odpada obecnie czynność ustalania preparatów krwi. Preparat krwi równocześnie bowiem możemy ustalać i barwić, posługując się roztworem eozyny i błękitu metylowego w alkoholu metylowym. Po kilkuminutowem zanurzeniu preparatu w tym roztworze, opłukujemy go wodą i możemy wprost oglądać pod mikroskopem. Metoda ta zupełnie wystarcza do oznaczenia wszelkiego rodzaju zmian hematologicznych, które mogą mieć praktyczne znaczenie.

W przebiegu wszelkich spraw zakaźnych w ustroju, szczególniej w tych, wśród których występują równocześnie miejscowe stany zapalne, spostrzegamy we krwi znaczne wzmożenie się ilości leukocytów. W przebiegu wszelkich świeżych nieotorbionych ropni gardła, wątroby, śledziony, ropień w okolicy jelita ślepego, ropnych spraw dróg żółciowych, w przebiegu włóknikowego zapalenia płuc, w płonicy, róży, wzrasta liczba leukocytów z prawidłowej ilości 4—8000 na 10—20000, a niekiedy wyżej Jest to oznaką silnego odczynu i obrony ustroju wobec drobnoustrojów chorobowych.

Jeżeli zaś do ustroju dostają się i rozwijają się w nim jadowite mikroby, albo też jeżeli mikroby te wdzierają się wprost do krążenia, tak, że ustrój nie zdołał w miejscu ich wtargnięcia bronić się przed nimi sprawą zapalną, połączoną z imigracyą leukocytów, to wówczas leukocytoza krwi spada niżej wartości prawidłowych, a więc niżej 4000, czasem do 2000. Stan ten krwi, zwany leukopenią, jest często oznaką bardzo ciężkiego zakażenia i stanowi wyraz albo ujemnie hemotaktycznego działania toksyn, albo też uszkodzenia i upośledzenia czynności narządu krwiotwórczego. Leukopenia w zapaleniu płuc włóknikowem jest oznaką bardzo ciężkiego zakażenia i pogarsza rokowanie. Jeżeli w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego ilość leukocytów we krwi szybko wzrasta, to świadczy to o ropieniach i przemawia za zabiegiem operacyjnym; ale i przeciwnie, silne zakażenie jamy otrzewnej, szczególniej po przebiciu ropy, może wywołać nagłą leukopenię i być również wskazówką, przemawiającą za operacyą.

W wielu sprawach septycznych, a także i w przebiegu duru brzusznego, gdyż i w tej chorobie krążą mikroby we krwi, stwierdzamy wybitną leukopenię. Leuko-

penia w przebiegu duru brzusznego cechuje się tem, że dotyczy głównie wielojądrzastych krwinek białych. Ciałka eozynochłonne znikają prawie zupełnie z obiegu krwi.

Leukopenia w przebiegu duru brzusznego zjawia się już w pierwszym tygodniu choroby, a więc w okresie takim, gdzie inne czynniki rozpoznawcze, nie wyłączając odczynu dwuazowego (diazoreakcyi) w moczu i odczynu Gruber-Widala, jeszcze zawodzą. Musimy zatem objaw ten uważać ze względu na rozpoznanie duru brzusznego we wczesnych okresach choroby, za nader ważny i pożyteczny. Jeżeli w przebiegu duru brzusznego stwierdzimy zwiększenie się ilości leukocytów wielojądrzastych, to prawie z pewnością możemy się spodziewać jakiegoś powikłania przyrody zapalnej, jak n. p. zapalenia płuc, ropienia, zapalenia opon mózgowych. Niekiedy zaś stwierdzamy w przebiegu duru brzusznego nagły spadek ilości limfocytów. Objaw ten jest bardzo ważny jako »signum mali ominis« i to nietylko w przebiegu duru brzusznego, ale i w przebiegu innych chorób zakaźnych.

W przebiegu wszystkich ciężkich chorób zakaźnych, które wywierają wpływ szkodliwy na krew, stwierdzamy jeszcze jeden szczegół. Wśród wielojądrzastych neutrofilnych krwinek białych przeważają postacie o jądrach mało karbowanych, gdy natomiast krwinki o jądrach głęboko karbowanych znajdują się w mniejszości. Jądra karbowane głęboko mają cechować starsze krwinki białe. Arneth oparł na obliczaniu starszych (karbowanych) i młodszych ciałek neutrofilnych cały system hematologiczny i przypisuje mu znaczenie w rokowaniu.

W przebiegu bardzo ciężkich spraw zakaźnych lub w przebiegu ciężkich schorzeń wątroby napotykamy także we krwi pojedyncze myelocyty (niedojrzałe krwinki białe, zawierające ziarninę i okrągłe jądro), które w prawidłowych warunkach znajdują się tylko w szpiku kostnym, w warunkach zaś chorobowych pojawiają się w znacznej liczbie we krwi chorych na białaczkę. Badanie krwi, a mianowicie stwierdzenie 10-krotnie lub nawet więcej wzmożonej ilości krwinek eozynochłonnych we krwi, ułatwia ogromnie rozpoznanie włośnicy (trichinosis). Wzmożenie ilości krwinek eozynochłonnych występuje także z powodu obecności pasorzytów w jamie brzusznej, n. p. z powodu tęgoryjca (anchylostomum) lub tasiemców.

W przebiegu dychawicy oskrzelowej, szczególnie w czasie napadu, ilość ciałek eozynochłonnych w krwi wzmaga się do 10% wszystkich krwinek białych. Objaw ten jest rozpoznawczo ważny w tych przypadkach, gdzie niema plwociny, i w tych przypadkach, gdzie chodzi o odróżnienie niektórych postaci gruźlicy.

Często musimy rozstrzygnąć rozpoznawczo i prognostycznie niezmiernie ważne pytanie, czy mamy przed sobą niedokrwistość pierwotną, n. p. blednicę, lub niedokrwistość złośliwą, czy też niedokrwistość następową, n. p. po krwotokach, zatruciach, w przebiegu nowotworów. Badanie krwi niezawsze może rozstrzygnąć pytanie, czy mamy przed sobą krew bledniczą, czy też niedokrwistość następową, n. p. po krwotoku żołądkowym, jelitowym lub w następstwie porodu i t. d. W obu bowiem przypadkach jest odsetka hemoglobiny znacznie niżej obniżona, aniżeli ilość krwinek czerwonych, a to z tego powodu, że po krótkotrwałem uszkodzeniu krwi, odradzanie się krwinek czerwonych postępuje znacznie szybciej, aniżeli odradzanie się hemoglobiny. We wszystkich takich stanach, gdzie następuje przyspieszone i nagłe odradzanie krwinek czerwonych, możemy napotykać krwinki czerwone z jądrami, ale prawidłowej wielkości (normoblasty). W przebiegu niedokrwistości następowych ilość krwinek białych jest prawidłowa, albo wzmożona, ilość płytek krwi wzmożona. Przeciwnie zaś w przebiegu niedokrwistości złośliwej jest ilość krwinek białych zmniejszona, i zmniejszenie to dotyczy głównie leukocytów wielojądrzastych. Również zmniejszona jest także ilość płytek krwi. Cechującym dalej niedokrwistość złośliwą jest objaw, że odsetka hemoglobiny nie jest w tym samym stopniu zmniejszona, jak ilość krwinek czerwonych, że zjawiają się bardzo duże krwinki czerwone z bladem jądrem (megaloblasty). Zjawianie się megaloblastów tłómaczymy sobie w ten sposób, że z powodu znacznego uszkodzenia narządów krwiotwórczych, odradzanie krwi odbywa się już nietylko w szpiku kostnym, ale także w ten sposób, jak u zarodka, mianowicie w wątrobie, śledzionie i gruczołach limfatycznych (Erich Mayer). Ponieważ jednak dzisiaj wiemy, że etyologia niedokrwistości złośliwej nie jest jednolita, gdyż obraz tej choroby napotykamy także jako następstwo przebywania w przewodzie pokarmowym pasorzytów, jak brózdogłowiec (botriocephalus latus), tęgoryjec (anchylostomum), jako następstwo kiły, a nawet nowotworów, zatem i zjawianie się megaloblastów we krwi będziemy uważać tylko za wysiłek ustroju, odtwarzającego wszelkimi sposobami, w końcu zarodkowym, stale i ciężko upośledzaną krew.

W ostatnich czasach stwierdzono także patologiczne zwiększenie się ilości krwinek. Stan ten, zwany policytemią, cechuje się tem, że ilość krwinek czerwonych z 5,000.000 podnosi się na 7—10 milionów. Chorzy tacy mają czerwoną lub sinawą cerę, nastrzykane spojówki. Stan ten napotykamy w przebiegu niektórych wad serca, w początkach marskości nerek, a także w sprawach zastoinowych wątroby i śledziony.

W niektórych zatruciach, n. p. w zatruciu ołowiem, napotykamy t. zw. krwinki czerwone nakrapiane (Grawitz). Krwinki takie zawierają w sobie drobne punkciki, które barwią się podobnie, jak jądra, barwikami zasadowymi. Zjawianie się krwinek czerwonych nakrapianych należy uważać za objaw uszkodzenia narządu krwiotwórczego i w związku z tem będącego odradzania krwi.

W związku z hematologią pozostaje t. zw. cytodyagnostyka, po raz pierwszy klinicznie stosowana w klinice krakowskiej (E. Korczyński, Wernicki). Jeżeli płyn z nakłucia, czy to opłucnego, czy otrzewnego, czy też z kanału mózgowo-rdzeniowego odwirujemy, to otrzymany osad, który się składa z rozmaitego rodzaju komórek. Jeżeli osad ten rozpostrzenimy na szkiełku i zabarwimy podobnie, jak krew, to stwierdzimy, że w osadzie takim znajdują się albo limfocyty, albo leukocyty wielojądrzaste. Z liczby i stosunku do siebie tych rodzajów krwinek białych możemy wnosić o przyrodzie płynu, z którego zostały uzyskane. W wysiękach opłucnych w przebiegu zapalenia płuc włóknikowego lub w następstwie innych ostrych spraw zapalnych znajdujemy prawie same krwinki białe wielojądrzaste. W wysiękach opłucnych na tle gruźliczem stwierdzamy prawie zawsze przeważającą ilość limfocytów. Taki sam obraz

napotykamy także w płynach, uzyskanych z nakłucia lędźwiowego w przebiegu zapaleń opon, bądź to na tle dwoinek zapalenia płuc (pneumokoków) i dwoinek zapalenia opon (meningokoków), bądź też na tle bakteryi gruźliczych.

Pamiętać jednak należy, że w przebiegu spraw gruźliczych bardzo często rozwinąć się także mogą sprawy ropne, które mogą wywołać zjawianie się w wysiękach ciałek białych wielojądrzastych.

Wspomnieć tu należy, że w przebiegu wiądu rdzenia i porażenia postępowego stwierdzamy w płynie mózgowordzeniowym także zwiększoną ilość limfocytów. Świadczyłoby to o tem, że sprawy te przebiegają wśród przewlekłego stanu zapalnego opon.

Wielkimi postępami w rozpoznawaniu chorób zakaźnych może się pochlubić bakteryologia. Ponieważ zdobycze bakteryologii i nauki o odporności, o ile wchodzą w zakres dyagnostyki, są jeszcze dotąd po największej części polem dla badań w odpowiednio urządzonych pracowniach klinicznych, zatem tylko krótko je tutaj poruszyć mogę. Stwierdzanie bakteryi błonicy, prątków gruźliczych w kale i moczu, wykrywanie drobnoustrojów krążących we krwi w przebiegu spraw septycznych, lub w przebiegu duru, wymaga specyalnej wprawy. i odpowiedniego urządzenia. Zaprzeczyć się jednak nie da, że te metody bezpośredniego stwierdzania mikrobów chorobotwórczych mają rozstrzygające znaczenie rozpoznawcze.

To samo można powiedzieć o odczynie Widal-Grubera, w którym zapomocą surowicy chorego na dur brzuszny działamy na bakterye durowe. Zlepianie się tych bakteryi pod wpływem rozcieńczonej surowicy chorego na dur, t. zw. aglutynacya, przemawia za tem, że chory przebywa lub kiedyś przebywał dur.

Usiłowania wczesnego rozpoznawania gruźlicy wydały dwie metody rozpoznawcze, o których w kilku słowach wspomnieć muszę.

Sposób Pirqueta polega na tem, że w skórę, ponacinaną podobnie, jak do szczepienia ospy, wcieramy rozczyn tuberkuliny. W razie, jeżeli istnieje w ustroju jakieś ognisko gruźlicze, w miejscu zaszczepionem powstaje wyraźny odczyn w postaci guzka (papula). Dobrze jest zawsze obok ponacinać skórę dla kontroli. Doświadczenie wykazało jednak, że metoda Pirqueta u ludzi dorosłych daje prawie stale wyniki dodatnie i tylko u dzieci małych może mieć wartość rozpoznawczą.

Metoda Wolf Eisnera-Calmetta polega na tem, że do worka spojówkowego chorego, podejrzanego co do gruźlicy, wpuszczamy $^1/_2$—1% rozczyn pierwotnej tuberkuliny Kocha (po kilka kropli). Po 8—24 godzinach występuje u osób gruźliczych silne zapalenie spojówki w postaci zaczerwienienia części lub całej błony spojówkowej. Zjawienie się tego odczynu przemawia za tem, szczególnie jeżeli użyliśmy 1% rozczynu tuberkuliny, że w ustroju istnieje czynna sprawa gruźlicza (Citron).

Odkrycie wiązania komplementów przez Bordeta i Gengou doprowadziło Wassermana do użycia tej zdobyczy serologicznej do rozpoznawania zakażenia kiłowego. Z umysłu pomijam tu przedstawienie uzasadnienia teoretycznego, jakoteż szczegółów dość zawiłej techniki próby Wassermana. Przedstawię tylko wyniki, uzyskane tą metodą. Próba Wassermana pozwala z wielką pewnością rozpoznać zakażenie kiłowe. Napotykamy odczyn ten we wszystkich okresach zakażenia kiłowego i w późnych zmianach pokiłowych (wiąd rdzenia, porażenie postępowe, tętniaki i t. p.). Ujemny wynik daje próba Wassermana we wczesnych okresach kiły, oraz niekiedy w bardzo późnych zmianach pokiłowych, które leczone były rtęcią, lub u chorych, którzy dawno przebyli kiłę i zmian żadnych nie okazują. Pamiętać należy, że dodatni odczyn Wassermana przemawia za kiłą, ujemny zaś jej nie wyłącza.

Metoda opsoninowa Wrighta polega na tem, że surowicą ludzką działamy na zawiesinę bakteryi. Te łatwiej wówczas zostają przez krwinki białe pożerane, aniżeli bakterye, które nie były pod działaniem surowicy. Metoda ta, używana głównie w Anglii, u nas mało bywa stosowana, gdyż jest trudna i przedstawia wiele sposobności do popełnienia błędów.

Wielkie postępy uczyniła dyagnostyka chorób nerek i dróg moczowych. Zapomocą metody oznaczania punktu marznięcia moczu zyskaliśmy wiele punktów wytycznych do wskazań operacyjnych w chorobach nerek. Oznaczenie punktu marznięcia moczu wyraża nam jednak mniej więcej to samo, co oznaczenie ciężaru właściwego. Jednakowoż pamiętać należy o tem, że punkt marznięcia moczu nie jest zależny od obecności ciał białkowatych, natomiast ciężar właściwy od nich zależy. Dlatego też rzeczywisty pożytek z oznaczania punktu marznięcia mamy tylko w tych przypadkach, gdzie mocz, czy też inne płyny badane, zawierają większe ilości ciał białkowatych, gdyż metoda ta określa tylko wartość soli, mocznika i innych istot krystalicznych, a nie jest zależna od ilości substancyi koloidalnych, w badanych płynach zawartych. Zapomocą metody oznaczania punktu marznięcia przekonaliśmy się, że w przebiegu chorób nerek dużo substancyi, wpływających na punkt marznięcia, pozostaje we krwi, szczególniej wtedy, kiedy zagraża mocznica, przekonaliśmy się, że mocz w wielu sprawach zapalnych nerek, a nietylko w marskości nerek, jest bardzo rozcieńczony, czyli że chora nerka nie potrafi wydzielać moczu zgęszczonego.

W dalszym ciągu pokazało się, że niezmiernie ważnem jest oznaczenie ilości wydzielanego chlorku sodu. Stwierdzono bowiem, że wydzielanie chloru jest upośledzone w tych przypadkach chorób nerek, w których istnieje skłonność do obrzęków. Chlorek sodu pozostaje bowiem w ustroju i łącząc się z wodą, wytwarza obrzęki. Jednakowoż to upośledzenie wydzielania się chloru nie jest udziałem tylko chorób nerkowych. Napotykamy je wszędzie tam, gdzie się tworzą obrzęki, przesięki, wysięki, jak również w zapaleniu płuc. Upośledzenie wydzielania chloru może być zatem nietylko powodem wytwarzania się powyższych objawów, ale także i ich następstwem.

Praktyczną zdobyczą stwierdzenia zatrzymywania w ustroju chloru w przebiegu chorób nerkowych z obrzękami było wskazanie lecznicze niepodawania takim chorym soli w pokarmach. Przez odebranie soli z pokarmów można nietylko powstrzymać tworzenie się obrzęków, ale nawet istniejące usuwać.

Największe praktyczne zdobycze w dyagnostyce chorób nerek wydała cystoskopia i możność otrzymywania moczu z każdego moczowodu z osobna. Dzisiaj łatwo mo-

żemy już rozstrzygnąć przez bezpośrednie badanie, czy ropa lub białko, lub krew, pochodzi z jednej czy z obu nerek, czy pochodzi z nerki, czy też z pęcherza. Cystoskopia stała się dzisiaj osobną gałęzią nauk lekarskich, szczególniej ważną tam, gdzie chodzi o zabieg chirurgiczny.

Badanie moczu ze względu na praktykę niewiele postąpiło. Dokładniejsze poznanie zaburzeń w przemianie materyi dowiodło, że wszelkie ilościowe oznaczenia w moczu mają tylko wtedy znaczenie, jeżeli odnoszą się do moczu zebranego z całej doby i jeżeli inne warunki, a szczególniej pożywienie chorego, są dobrze znane. Bez znajomości tych dwóch czynników oznaczania ilościowe w moczu nie mają wartości. Z tego też powodu jednorazowe oznaczenie ilości kwasu moczowego w dowolnej jakiejś ilości moczu nie ma znaczenia i wiedzie do wielkich błędów rozpoznawczych. Strącanie się krystalicznego kwasu moczowego z moczu również nie jest oznaką skazy moczanowej. Z badań doby ostatniej wiemy, że skazy moczanowej wogóle nie możemy rozpoznawać z samego zachowania się moczu.

Tak samo ma się sprawa z oznaczeniem cukru w moczu. Tylko uwzględnienie pokarmów spożywanych, ilości wody wypitej, ilości dobowej moczu, może przy rozbiorze ilościowym dostarczyć wskazówek co do stopnia i natężenia cukrzycy.

To samo dotyczy oznaczenia chloru w moczu. Wystrzegać się należy, by ze stosunku ilości azotu do kwasu moczowego, chloru lub kwasu fosforowego cokolwiek wnosić o zaburzeniach w przemianie materyi, jeżeli badanie opierało się na jakiejś dowolnie dostarczonej ilości moczu.

Badanie ilościowe składników moczu ma tylko wtedy znaczenie rozpoznawcze, jeżeli zostało wykonane w odpowiednim zakładzie, przy uwzględnieniu wszystkich powyżej podanych warunków.

Klinika chorób żołądka i jelit wykazuje największe zdobycze w zakresie, objętym przez prześwietlanie promieniami Röntgena. Poza tem utrzymuje się ciągle wartość wydoskonalonych metod badania żołądka zapomocą zgłębnika które dają obraz siły ruchowej i czynności chemicznej trawienia żołądkowego. (U nas wprowadzone i udoskonalone przez W. Jaworskiego).

Wiemy obecnie, że żołądek ma za zadanie istoty białkowate pokarmów denaturować, tak by się stały dostępne dla trawienia przez trypsynę i sok jelitowy. Tak np. surowe białko kurze, wprowadzone wprost do jelita, tylko z trudnością ulega trawieniu przez sok trzustkowy, jeżeli poprzednio nie zostało przez sok żołądkowy przygotowane.

Świadomość tego faktu jest podstawą t. zw. próby desmoidowej Sahliego. Każe on chorym połykać malutki woreczek gumowy, wypełniony błękitem metylowym, a zawiązany pasemkiem tkanki łącznej, np. katgutem. Jeżeli żołądek nie zawiera pepsyny lub kwasu solnego, to woreczek w całości przechodzi przez przewód pokarmowy. Jeżeli zaś trawienie żołądkowe jest utrzymane, katgut zostaje przygotowany przez sok żołądkowy, a następnie rozpuszcza się w jelitach. Błękit metylowy wysypuje się wtedy do jelit i ulegając wessaniu barwi mocz na niebiesko.

Podobną metodę podał Sahli celem stwierdzenia obecności soku trzustkowego. Sporządził on kapsułki glutoidowe, które się rozpuszczają tylko w trypsynie. Jeżeli badanemu podamy kapsułkę glutoidową, zawierającą jodoform, to z pojawienia się jodu w ślinie lub moczu możemy wnosić o obecności soku trzustkowego.

Badanie stolca wzbogaciło się pewnem udoskonaleniem przez Szmidta i Strassburgera.

Schmid wykazał, że do dokładnego badania stolca potrzeba odrębnej dyety, która składa się z mleka, kleiku, lekko przypieczonego mięsa i paru ziemniaków. Skoro chory spożywał przez dwa dni takie pożywienie, badamy stolec. Ze znalezienia w stolcu tkanki łącznej, włókien mięsnych, skrobi, kryształów mydła, jakoteż ze zdolności fermentowania, można wnosić o zaburzeniach trawienia żołądkowego lub jelitowego. Badanie takie jest dla chorego nieuciążliwe a dla lekarza łatwe.

Ważne jest badanie stolców co do krwi utajonej. Badanie to jest obecnie łatwe. Zapomocą niego można stwierdzić nawet bardzo małe ilości krwi, wylanej do przewodu pokarmowego. Zapomocą metody tej nieraz można rozpoznać wrzód żołądka w przypadkach takich, które nie dawały żadnych zresztą objawów wrzodu; metoda ta pozwala także kontrolować, jak długo wrzód żołądka krwawi i jest z tego powodu ważna ze względu na dyetę. Także w marskości, wątroby w nowotworach żołądka i jelit ma badanie krwi utajonej w stolcach wielkie znaczenie rozpoznawcze. Co do bakteryologii treści żołądkowej i jelitowej, to prócz czworniaka, którego obecność wskazuje na zwężenie odźwiernika, mają także znaczenie rozpoznawcze długie bakterye, wywołujące kiśnienie mleczne, gdyż napotykamy je w wielkich ilościach w przebiegu raka żołądka. (W. Jaworski). Pamiętać jednak należy, że i w innych chorobach żołądka, cechujących się brakiem kwasu solnego, mogą bakterye te występować, aczkolwiek w mniejszej liczbie. Schmidt wykazał, że bakterye te w przebiegu raka żołądka stwierdzić można także w stolcach. W końcu nadmienić należy, że badanie dolnego odcinka jelita grubego zostało udoskonalone przez bezpośrednie oglądanie zapomocą romanoskopu. Metoda ta umożliwiła bezpośrednie oglądanie błony śluzowej odbytnicy. Przez to możemy często wcześnie rozpoznawać nietylko najrozmaitsze nieżyty i owrzodzenia błony śluzowej jelita grubego, ale także, tak częste w tej części przewodu pokarmowego, nowotwory.

Z tego krótkiego zestawienia widać, że dorobek nasz dyagnostyczny jest znaczny. Dzisiaj umiemy ściślej i wcześniej rozpoznawać, aniżeli przed laty. Jest to zaś obecnie rzeczą niemałej wagi, gdyż w wielu przypadkach od wczesnego rozpoznania zależy i postępowanie lecznicze. To zaś, jak wiadomo, rozwinęło się dzisiaj szczególnie potężnie w zakresie leczenia chirurgicznego, że tylko wspomnę o zabiegach chirurgicznych w chorobach przewodu pokarmowego lub w chorobach dróg moczowych. Wczesne i dobre rozpoznanie może zatem nieraz uratować zdrowie i życie.

Oceny i sprawozdania.

Znieczulenie żylne sposobem Biera

napisał
Dr Zygmunt Lewicki,
sekundaryusz szpitala w Samborze.

W marcu z. r. podał Bier nowy sposób znieczulenia miejscowego, który nazwał znieczuleniem żylnem (Venen-

anasthesie). Wypróbował je na przeszło 100 chorych[1]), do czego jeszcze później asystent Biera, Härtel dodał dalszych 70 chorych[2]). Z pierwszych stu tylko u 5 znieczulenie wypadło ujemnie, a z dalszych 70 tylko raz przyczyna niepowodzenia pozostała niewyjaśniona.

W czasie mego pobytu w tym roku na klinice Biera wykonano tam kilkanaście operacyi chirurgicznych na kończynach przy znieczuleniu żylnem z dodatnim wynikiem.

Technika tego sposobu jest bardzo łatwa; opiszę ją w sposób, jak się to dzieje u Biera.

Do znieczulenia żylnego używają strzykawki Janeta, pojemności około 100 cm³; do jej wypływowego końca wkręca się dren gumowy o grubych i silnych ścianach (typ cewnika Nelatona), który łączy się z kaniulą injekcyjną o tępym i okrągłym końcu. Na kaniulce, na końcu bliższym drenu, znajduje się zamknięcie kurkowe, które w razie odjęcia strzykawki powstrzymuje wypływ płynu wstrzykniętego i i zapobiega wtargnięciu powietrza do żyły; na końcu zaś przeciwnym t. j. tym, który wchodzi w żyłę, znajduje się dokoła rynienkowate wgłębienie.

Do znieczulenia używa Bier rozczynu nowokainy w fizyologicznym rozczynie soli kuchennej (Novocaini 0·5, Aq. dest. 100·0, Natri chlorat. 0·90), bezpośrednio przed operacyą wyjałowiony i ochłodzony do ciepłoty ciała.

Jednym z najważniejszych warunków powodzenia, na co Bier kładzie wielki nacisk, jest dokładne opróżnienie żył odpowiedniej kończyny z krwi (vollständige Blutleere) aż poza miejsce operacyjne. Niedokładne opróżnienie z krwi jest najczęstszą przyczyną niepowodzenia. Kończynę należy unieść wysoko i przetrzymać w tem ułożeniu kilka minut, następnie od obwodu — począwszy od palców — obwija się opaską gumową, cienką i bardzo elastyczną, silnie wyciągając zwój przy zwoju, aż poza pole operacyjne najmniej 5 cm i w tem miejscu zakłada się drugą opaskę również gumową, t. zw. »dośrodkową«. Opaska dośrodkowa musi być cienka i elastyczna i założona na większą przestrzeń zwojami, które muszą się bardzo dokładnie przykrywać. Jeśli opaskę tę założy się zwojami bezpośrednio jeden na drugi, to skutkiem wpijania się w ciało wywoła opaska silną bolesność uciskową. Dopiero po założeniu opaski dośrodkowej wolno zdjąć częściowo opaskę pierwszą i to tylko tyle, ile ma być znieczulenia na kończynie — a zatem poniżej właściwego miejsca operacyjnego znów około 5 cm (przy zdejmowaniu częściowem opaski pierwszej trzeba uważać, by jej całkiem nie zwolnić, bo wtedy opróżnienie kończyny z krwi będzie niedokładne) i w tem miejscu przychodzi opaska gumowa trzecia, zupełnie w ten sam sposób, jak opaska druga. Opaska ta, jestto tak zwana opaska »odśrodkowa« albo »obwodowa«. Teraz dopiero można zdjąć całkowicie opaskę pierwszą. Kończyna powinna być zupełnie blada; jeśli jest lekko różowa, lub nawet sinawa — to trzeba całą manipulacyę powtórzyć od początku, bo świadczy to, że opróżnienie z krwi nie było dokładne, a tem samem i samo znieczulenie będzie wątpliwe.

Z kolei przystępuje się do wyszukania żyły, której światło — musi być przynajmniej takie, by kaniulę injekcyjną swobodnie można wprowadzić. Wybierać trzeba żyły tylko skórne, ile możności większe. Miejsce, gdzie ma się szukać, należy znieczulić albo przez zamrożenie chlorkiem etylu albo zwykłym sposobem Schleicha. Najlepiej poprowadzić cięcie poprzecznie do przebiegu żyły, bo przy podłużnem cięciu łatwo można wejść poza żyłę i przez to utrudnić sobie wyszukanie.

I tak na ramieniu nadają się do znieczulenia żylnego najlepiej żyły: przypromieniowa (v. cephalica), lub odłokciowa (v. basilica); w przegubie łokciowym: żyła pośrodkowa (v. mediana). Najbardziej stały przebieg ma żyła odłokciowa, natomiast żyła przypromieniowa (cephalica) jest bardzo zmienna — a nawet — jak Bier twierdzi — we wszystkich podręcznikach anatomii przebieg jej podany jest mylnie; nie przebiega ona bowiem w bocznym rowku m. dwugłowego (sulcus bicipitalis lateralis), tylko więcej ku przodowi na zewnętrznym brzegu mięśnia dwugłowego, — u dorosłych około $1^1/_2$ cm na zewnątrz od linii środkowej tego mięśnia. Wogóle tak na ramieniu, jak i na przedramieniu wyszukanie większej żyły nie przedstawia zwykle większych trudności. Również na kończynie dolnej jest bardzo dostępna i ma dość stały przebieg żyła odgoleniowa (v. saphena), począwszy od stawu skokowego aż do otworu owalnego powięzi szerokiej. Jeśli wyszukanie odpowiedniej żyły przedstawia trudności, to sądzę, że zwłaszcza dla początkujących będzie korzystne radzić sobie w ten sposób: powyżej miejsca, gdzie ma się odsłonić żyłę, założyć zwykłą opaskę uciskową, jak się to robi przy puszczaniu krwi; wtedy żyły nabrzmieją i są dobrze widoczne. Następnie poprowadzić cięcie, żyłę odosobnić i założyć pod nią podwiązkę, nie zawiązując jednak węzła; zdjąć opaskę uciskową i teraz dopiero przystąpić do właściwego opróżnienia krwi z kończyny. Wobec tego, że opaski wszystkie są wyjałowione, lub co najmniej przed operacyą trzymane były w rozczynie 5% karbolu przez dwie godziny, niema żadnego niebezpieczeństwa zakażenia małej rany. Sposób ten ułatwia w wysokim stopniu odszukanie żyły.

Czy żyłę odsłonięto przed opróżnieniem kończyny z krwi, czy po opróżnieniu, należy w dalszym ciągu podprowadzić pod nią podwiązkę (jeśli założono podwiązkę pod żyłę przed opróżnieniem, to w takim razie tę podwiązkę) i to ile możności najbardziej dośrodkowo i zawiązać tuż przy opasce dośrodkowej drugiej. Kiedy asystent za końce podwiązki unosi żyłę ku górze, operator nożyczkami nacina ścianę żyły skośnie, chwyta szczypczykami nadcięty płatek, a drugą ręką wprowadza kaniulę strzykawki do światła żyły. Asystent zakłada teraz drugą podwiązkę obwodowo i zawiązuje żyłę nad kaniulą tak, by nitka przypadła dokładnie w zagłębienie na kaniulce. W ten sposób umocowana w żyle kaniula nie wyskoczy nawet przy użyciu większego ciśnienia podczas wstrzykiwania.

Trzymając strzykawkę w kierunku obwodowym wstrzykuje się powoli rozczyn nowokainy, zależnie od pola operacyjnego i grubości kończyny 60—80 cm³; wstrzyknięcie nawet 100 cm³ nie przedstawia niebezpieczeństwa. Nieraz musi się użyć przy wstrzykiwaniu znacznej siły i ciśnienia, gdyż zastawki żylne mogą stanowić poważną przeszkodę, którą jednak zawsze pokonać można. Dlatego i strzykawka musi być silnej budowy, a dren gumowy świeży i o grubych ścianach. Przez gotowanie w parze dren psuje się, często więc trzeba go odnawiać. Po skończonem wstrzyknięciu podprowadza się trzecią podwiązkę na zewnątrz, a więc obwodowo od kaniuli i poza nią podwiązuje się żyłę, podwiązkę zaś, która przytrzymywała kaniulę, trzeba przeciąć i kaniulę usunąć. Ranę należy teraz zaszyć.

Znieczulenie w odcinku pomiędzy opaską dośrodkową drugą i odśrodkową czyli obwodową trzecią, występuje zaraz bezpośrednio po wstrzyknięciu — najpóźniej jednak w 5 minut; pozostaje wrażliwą część tylko nieznaczna koło opaski dośrodkowej, mniej więcej szerokości 5 mm, i to na stronie odpowiedniej wstrzyknięciu węższa, a nieco szersza na stronie przeciwnej. Pozostawanie tego wrażliwego miejsca tłómaczy Bier tem, że część płynu wstrzykniętego dostaje się pod opaskę dośrodkową i przechodzi do ogólnego obiegu krwi.

Znieczulenie w odcinku pomiędzy obu opaskami nazywa Bier znieczuleniem bezpośredniem w przeciwieństwie do znieczulenia, które powstaje także poniżej opaski obwodowej w całej reszcie kończyny. Znieczulenie to nazywa pośredniem; występuje ono nieco później, nigdy jednak nie później, niż w 15 minut.

Znieczulenie bezpośrednie występuje — jak wyżej już zaznaczyłem — zaraz bezpośrednio po wstrzyknięciu i obejmuje całą grubość kończyny tak, że odprowadzenie przykurczeń bolesnych i resekcye stawu zaraz można wykonać;

[1]) Berliner klin. Wochenschr. Nr 11. 1909.
[2]) Wiener med. Wochenschr. Nr 35. 1909.

przy amputacyach, gdzie przecina się duże pnie nerwowe, lepiej 2—3 minuty poczekać, a wtedy znieczulenie jest już zupełne.

Bezpośrednio po zdjęciu opasek znieczulenie znika i tak czucie, jak i ruchomość, wracają do stanu prawidłowego. Czas trwania operacyi wynosił zwykle średnio około 30 minut — były jednak zabiegi, które przekraczały godzinę; dłuższych operacyi Bier nie zaleca, bo wtedy chorzy skarżą się na nieprzyjemny ucisk opaski.

By znieczulenie nie zawiodło, podaje Bier następujące wskazówki: 1) Roczyn nowokainy ma być 0·5%; należy wstrzyknąć 40—50 cm³ przy operacyach na kończynie górnej, a 70—80 cm³ na kończynie dolnej. 2) Należy zwrócić baczną uwagę, czy kaniula znajduje się istotnie w świetle żyły i czy przeciętemi bocznemi gałązkami nie ucieka płyn znieczulający. 3) Żyły za cienkie i chorobowo zmienione (żylaki) nie zapewniają zupełnego znieczulenia. 4) Jeśli opaski uciskowe niedokładnie założono, to płyn dostaje się pod opaską dośrodkową do obiegu krwi i znieczulenie albo jest niezupełne, albo zupełnie zawodzi.

Z początku przy próbach ze znieczuleniem żylnem dodawał Bier do roczynu nowokainy jeszcze adrenalinę, która miała za cel przedłużyć znieczulenie na pewien czas po zdjęciu opaski (by łatwiej było chwytać broczące naczynia). Obecnie zarzucił to Bier zupełnie, gdyż adrenalina, działając zwężająco na naczynia, przeszkadza równomiernemu rozdzieleniu się płynu po całym odcinku.

Bier wspomina tylko o dwu przypadkach lekkiego zatrucia: jeden u dziecka 7-letniego, któremu wstrzyknął 40 cm³ 0·5% nowokainy, ale dośrodkowo; drugi u 60-letniej staruszki, gdzie po wstrzyknięciu 150 cm³ 0·25% wystąpiły wymioty i nudności. Więcej przypadków zatrucia Bier nie miał; i ja w tych kilkunastu przypadkach, które widziałem na jego klinice, żadnych ubocznych działań nie spostrzegłem. Jeśli się chce być bardzo przezornym, to można po skończonej operacyi przy pomocy tej samej strzykawki (wtedy kaniula musi pozostać w żyle przez cały czas operacyi, naturalnie z zamkniętym kurkiem) przepłukać żyłę fizyologicznym roczynem soli kuchennej.

Co do wskazań tego sposobu znieczulania, to wchodzą tu w rachubę wszystkie zabiegi na kończynach, a zatem: amputacye, resekcye stawów, przeszczepianie ścięgien, nowotwory kości, części miękkich itd.; przeciwwskazanie stanowi zgorzel starcza i cukrzyca i wiek dziecięcy poniżej lat 7.

Dodatnie wyniki, które miałem sposobność spostrzegać na klinice Biera przy tym sposobie znieczulenia, zachęciły mnie do ogłoszenia i podania techniki tak, jak się ją tam wykonuje. Znieczulenie to wypróbuję również w naszym szpitalu, a o wynikach w swoim czasie doniosę.

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Prof. Ketly. **O stwardnieniu tętnic.** (Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Prof. Müller) **O stwardnieniu tętnic brzusznych** (tamże). Pojęcia uczonych współczesnych o stwardnieniu tętnic nie są ze sobą zgodne. Już sama nazwa »stwardnienie tętnic« (arteriosclerosis) nie jest odpowiednia, ponieważ zmiany napotyka się także w żyłach i naczyniach chłonnych. Kimatura opisał przypadek wyłącznego zajęcia tętnic płucnych. Niewątpliwą jest rzeczą, że stwardnienie tętnic pod wpływem kultury coraz bardziej się szerzy. Cierpienie to jest według jednych badaczy sprawą zapalną, według drugich sprawą zwyradniającą. Uczeni niemieccy uważają stwardnienie tętnic za pierwotne i miejscowe schorzenie ścian naczyń. Francuzi uważają tę sprawę za częściowe zjawisko choroby ogólnej i postępującej, w której ważną rolę odgrywają zmiany drobnych naczyń, zwężenie ich światła, oraz połączone z tem podniesienie się parcia naczyniowego. Badania dzisiejsze w tym względzie zdają się przemawiać na korzyść zapatrywania Lobsteina, który uważa nieprawidłowe odżywianie naczyń za punkt wyjścia cierpienia. Także i co do siedziby zmian początkowych niema zgody. Jedna grupa badaczy, z Marchandem na czele, twierdzi, że pierwotnemi są zmiany błony wewnętrznej. Wprost przeciwnego zdania jest Thoma. Według niego pierwotnem jest osłabienie i zmiany (niezapalne) błony środkowej, która traci swą elastyczność, a dopiero następowo pojawia się wyrównawcze bujanie błony wewnętrznej. Statystyki współczesne wykazują, że 25—26% ludzi ulega temu cierpieniu, przyczem obie płci są w równej mierze dotknięte. Zapalenie zarostowe tętnic (endarteriitis obliterans), zmiany kiłowe (endarteriitis luetica), oraz przerost tętnic i kiłowe zapalenie aorty, należy zdaniem Ketlego oddzielić od stwardnienia tętnic, jako sprawy zupełnie różne. Jako przyczyny powstawania tego cierpienia uważać należy powtarzające się przekrwienia i wzmożenie parcia w układzie naczyniowym, a nadto alkohol, tytoń, ołów, cukrzycę, dnę i t. p. Francuzi przypisują ważne znaczenie chorobom zakaźnym. Bardzo ważne znaczenie etyologiczne mają zapalenia nerek, które nawet w młodym wieku mogą wywołać stwardnienie tętnic. Stwardnienie naczyń przewodu pokarmowego jest zjawiskiem dość częstem, a w każdym razie zdarza się częściej, niż to dotąd przyjmowano. Objawy bywają przytem rozmaite, odpowiadające bądź organicznym schorzeniom, bądź nerwicom żołądkowo-jelitowym. Rozpoznanie jest łatwe, jeżeli napady bolów powikłane są ze zmianami w sercu i w naczyniach. Dotąd nie jest z pewnością rozstrzygniętą rzeczą, czy bole wywołane są przez kurcze naczyniowe, czy też są nerwobolem nerwu współczulnego. U mężczyzn pojawia się to cierpienie niewątpliwie częściej, niż u kobiet. Zapomocą środków rozszerzających naczynia można korzystnie wpłynąć na przejawy chorobowe stwardnienia tętnic brzusznych.

Blassberg.

E. Romberg. **Rola naczyń krwionośnych przy chorobach wewnętrznych.** (Międzyn. Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). W nowszych czasach, od chwili badań Langleya, Starlinga i Baylissa, coraz większą zwracano uwagę na znaczenie naczyń krwionośnych obwodowych i na krążenie w naczyniach poszczególnych okolic ciała. Badania Koranyiego zwracają uwagę na wzmożoną przepuszczalność, względnie uszkodzenie ścian naczyniowych, a wynikłym stąd nieprawidłowym rozdziałem wody i soli tłómaczą obrzęki przy zapaleniu nerek. R. podnosi, że odgrywają tu także ważną rolę same tkanki i ich komórki. To samo według niego dzieje się i przy innych obrzękach, a mianowicie przy charłaczych, zapalnych, nerwowych, zastoinowych i zatorowych. Co do roli naczyń przy zakażeniach ogólnych, to R. wykazał doświadczalnie wraz z Pässlerem, że zakażenia te wywołują na drodze centralnej osłabienie i porażenie ośrodków naczynioruchowych w rdzeniu przedłużonym, zupełnie podobnie, jak działają na ośrodki regulujące ciepłotę w oddychaniu. Przy ocenie objawów klinicznych musimy zatem uwzględniać oba czynniki krążenia, zarówno serce, jak i naczynia. Co do zachowania się naczyń przy zapaleniu nerek, to R. przeprowadził w swojej klinice badania wraz z Alwensem i Schlayerem i doszli do przekonania, że zwiększone parcie krwi tylko w nieznacznej części zależy od wzmożonego parcia w naczyniach nerkowych. Głównie jest ono wywołane przez wpływ substancyi toksycznych, a zwłaszcza adrenaliny. Przy nerwicach i niedokrwistości nie jest zachowanie się naczyń znane dokładnie. Co do chorób serca, to z badań Thachera, przeprowadzonych w klinice R., zdaje się wynikać, że spadek napięcia przy osłabieniu serca zawisł nietylko od słabszego mechanicznego rozciągania się z powodu małej fali tętna, lecz, że wchodzi tu w grę także samodzielne zjawisko ze strony naczyń krwionośnych.

Dr M. Blassberg.

H. Senator. **O polycytemii.** (Międzynarodowy Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya medycyny wewnętrznej). Przy policytemii, zwanej też »polycythaemia rubra«, »erythrocytosis« i »erythraemia« występuje względne lub bezwzględne zwiększenie się liczby ciałek czerwonych. Polycytemia bezwzględna może być zarazem i względną, gdyż i osocze krwi jest równocześnie zwiększone. Jest to stan, zwany krwistością (»plethora vera«, czyli »polyaemia«). Jeżeli natomiast występuje wzmożenie się samego osocza krwi, bez zwiększenia się liczby krwinek czewonych, to stan taki nazywamy »plethora serosa«. Polycytemia bezwzględna, trwała, została w roku 1892 opisana przez Vaqueza. Atoli istnieje też przejściowa polycytemia fizyologiczna i patologiczna. Fizyologiczna pojawia się: 1) przy zagęszczeniu krwi z powodu znacznej utraty wody, 2) przy dowozie żywności obfitującej w białko, 3) w stanie zdrowienia po niedokrwistości i jako tak zwane przełomy (crises) krwi, 4) u noworodków, 5) przy pobycie w rozrzedzonem powietrzu, lub w wysokich górach, 6) przy duszności sztucznie wywołanej zapomocą maski ssącej Kuhna, 7) u zwierząt podczas snu zimowego. — Patologiczna policytemia pojawia się: a) przy zagęszczeniu krwi w przebiegu chorób, b) przy sinicy towarzyszącej wrodzonym wadom serca lub zastojowi żylnemu, c) przy rozmaitych zakażeniach i zatruciach ustroju, spowodowanych samozatruciem lub też z przyczyn zewnętrznych, d) wyjątkowo w stanach chorobowych nerwowych. Po wyłączeniu postaci powyższych istnieje pierwotna przewlekła polycytemia jako samoistna jednostka chorobowa. Może ona przebiegać w dwóch postaciach. 1) »Polycythaemia (erythrocytosis) megalosplenica«, czyli choroba Vaqueza. Charakteryzują ją: wybitne zasinienie, a raczej zaczerwienienie skóry, obrzęk śledziony i zwiększenie się liczby krwinek czerwonych. Ciężar gatunkowy, lepkość krwi, oraz ilość hemoglobiny są zwiększone. Parcie tętnicze bywa prawidłowe lub nieznacznie zwiększone, o ile chorobie nie towarzyszą powikłania ze strony serca lub nerek. Naczynia krwionośne są rozszerzone. 2) Drugą postać stanowi »Polycythaemia (erythrocytosis) hypertonica«, czyli choroba Geisböcka. Od choroby Vaqueza, z którą ma wszystkie prawie objawy wspólne, różni się: a) znacznem wzmożeniem się parcia krwi, aż do niezwykłej wysokości, które każe domyślać się istnienia jakiegoś szczególnego podrażnienia układu naczyniowego, oraz b) brakiem obrzęku śledziony.

Dr M. Blassberg.

E. Wirtz. **Objaw tchawiczy odwrotny w toku rozszerzenia aorty.** (Société méd. des hôp. 1909, 29. X.). Objaw ten w swej postaci klasycznej polega na rytmicznem obniżaniu się krtani i tchawicy z góry na dół równocześnie z tętnieniem tętnicy sprychowej, a wywołuje go tętniak, znajdujący się w części dolnej i tylnej łuku aorty. Lewe oskrzele główne, przebiegające tuż pod łukiem aorty, doznaje ucisku od każdorazowego rozszerzenia się tętniaka i drganie to udziela się tchawicy i krtani. W przypadku autora objaw ten był odwrotny, t. zn. każdemu skurczowi serca, a więc tętnu w tętnicach obwodowych odpowiadało wznoszenie się krtani i tchawicy, co tłómaczy się usadowieniem tętniaka na wypukłości łuku. Usadowieniem tem należy też tłómaczyć brak ucisku przełyku i nerwu krtaniowego dolnego, objawów tak częstych w toku tętniaków wklęsłości łuku aorty.

Stahr.

Rist i Kindberg. **Dwa przypadki eozynofilii opłucnej.** (Société méd. d. hôpitaux 1909, 29. X.). Autorowie spostrzegali w dwóch przypadkach u chorych na serce wysięk opłucny krwawy, zawierający bardzo dużo ciałek eozynofilnych. Postać to bardzo rzadka, opisana przez Widala i jego uczniów. Wysięk zawierał z początku ciałka wielojądrzaste neutrofilne. Ciałka eozynofilne miały jedno jądro, albo zupełnie okrągłe, albo lekko zakarbowane, a więc podobnie, jak to opisał Widal i Faure-Beaulieu. Fakt ten zdaje się przemawiać za słusznością teoryi, dowodzącej miejscowego pochodzenia tych komórek. U jednego z chorych stwierdzili autorowie mierną eozynofilię w krwi. Fagocytoza badanych eozynofilów z opłucnej okazała się wybitną, również zasobność w ferment proteolityczny.

Stahr.

Uhlisz. **W sprawie odkażania ust formaldehydem.** (Oster. Ärzte-Zeitg. 1909, Nr 24). Z badań bakteryologicznych autora wynika, że odkażanie ust formaldehydem, mianowicie w postaci cukierków (n. p. paramonta i t. p.) jest bardzo skuteczne, zwłaszcza w porównaniu z używanymi dotąd środkami, z których jeszcze tymol jest najlepszy. To też autor poleca cukierki formalinowe, zwłaszcza, że dzieci biorą je chętnie. U. stosował to odkażanie przy zapaleniach gardła, cuchnieniu z ust, pleśniawkach u dzieci i t. p., i to z bardzo dobrym skutkiem. Prócz tego poleca U. to odkażanie przed i po wyrwaniu zęba, i wogóle przy operacyach w ustach, n. p. przy wycięciu migdałków, operacyach raka wargi, policzka i t. p.

A.

Kreuter. **Przyczynek do serodyagnostyki zakażenia bąblowcem.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 36). Rozpoznanie bąblowca często nie należy do łatwych. W nowszych czasach zwrócono uwagę przy rozpoznawaniu tego cierpienia na powiększenie liczby ciałek eozynochłonnych. Zdaje się jednak, że objaw ten jest niezbyt stały, a Rosello twierdzi, że występuje on tylko wtedy, kiedy pasorzyt jeszcze żyje. Seeligmann i Dudgeon znajdowali znów zwiększenie ciałek eozynochłonnych przy wszystkich prawie innych cierpieniach na tle pasorzytów, jak przy glistnicy (oxyuris), tęgoryjcu (ankylostomum), włośnicy (trichinosis) itp. Jak z tego widać, objawu tego za cechujący bąblowca uważać nie można. Natomiast twierdzi Ghedini, że przez traktowanie zwierząt wyciągami lub płynem z bąblowca, otrzymać można swoiste niweczniki. K. postanowił przekonać się, rozporządzając właśnie dwoma przypadkami bąblowca, czy rzeczywiście da się serodyagnostycznie rozpoznać to cierpienie. Jako antygenu używał płynu bąblowca lub też wyciągów wodnych lub alkoholowych. Za amboceptor służyły surowice obu chorych, a jako dopełniacz świeża surowica świnki morskiej w 5% rozczynie. Z badań swych przekonał się K., że płyn bąblowca (ew. wyciąg alkoholowy ściany torbiela, który można mieć już stale przygotowany do odczynu), daje wybitny odczyn u chorych na bąblowca tak, że prawie z pewnością możemy spożytkować serodyagnostykę do klinicznego rozpoznawania bąblowca.

K.

Braunstein, **Antytrypsyna i jej znaczenie rozpoznawcze przy raku.** (Med. Obozr. 1909, Nr 11). Winogradow. **Antytryptyczny odczyn surowicy krwi przy raku.** (Ibidem, Nr 12). Cały szereg badaczów zwrócił już uwagę na pojawienie się we krwi ludzi chorych na raka antytrypsyny. Spostrzeżenia Braunsteina obejmują 42 przypadki, w tej liczbie było chorych na raka 24. Z nich u 22, t. j. 91,7% był odczyn dodatni (zwiększenie ilości antytrypsyny w surowicy krwi). U 18 chorych na inne choroby odczyn dodatni zauważono w 27,7%. Zastanawiając się nad przyczynami zwiększenia się ilości antytrypsyny, dochodzi B. do przekonania, że zależy ono od zwiększonego rozpadu białka. B. przeprowadził w tym kierunku szereg doświadczeń na zwierzętach. W doświadczeniach tych wychodził z założenia, że jeżeli jego przypuszczenie jest prawdziwe, to przy zwiększeniu rozpadu białka u zwierząt zapomocą wstrzykiwań florydzyny lub fosforu, stwierdzić będzie można w ich krwi zwiększoną ilość antytrypsyny. Doświadczenia na królikach i świnkach morskich zupełnie potwierdziły to rozumowanie. Oprócz tego udało się temu badaczowi stwierdzić swoje założenie u jednej chorej z silnem zatruciem fenacetyną. W końcu swej pracy dochodzi B. do następujących wniosków: 1) Odczyn Briegera i Trebinga na antytrypsynę pojawia się wskutek rozpadu białka i może być objaśniony przejściem do krwi fermentów proteolitycznych, uwalniających się przy rozpadzie. 2) Odczyn ten nie może być uważany za swoisty przy raku, gdyż spotyka się go i przy innych schorzeniach, połączonych z rozpadem białka. 3) Przy charłactwie, klinicznie jeszcze nie dającem się rozpoznać, odczyn ten może być pomocny w rozpozna-

niu różniczkowem. 4) Odczyn dodatni właściwie mało nam daje danych, znaczenie jego można porównać do znaczenia odczynu kwasu mlecznego. Ale odczyn ujemny, t. j. prawidłowa lub zmniejszona zawartość antytrypsyny we krwi może oddać pewne usługi w rozpoznaniu. Mniej więcej do takiego samego zdania doszedł i Winogradow. Rozporządzał on 46 przypadkami, w tej liczbie 23 przypadki raka bez jasno wyrażonego charłactwa. Wynik dodatni odczynu stwierdzono tu w 91,3%, w przypadkach innych chorób w 34,8%. L. Mańkowski.

Higiena.

Sarason. **Domy „na świeżem powietrzu“.** (Nowy system budowy i znaczenie jego dla miejscowości klimatycznych). (Med. Klinik 1909, Nr 26). Jednym z najważniejszych środków leczniczych w miejscowościach klimatycznych jest umożliwienie chorym pobytu przez cały dzień na powietrzu. Chorzy osłabieni lub leżący nie mogą przebywać daleko od domu, trzeba też dla nich obmyślać pobyt tuż koło mieszkania. Że taki pobyt na powietrzu jest zbawienny, tego dowodzą najlepiej spostrzeżenia Northrupa z Nowego Yorku, który leczył ciężkie zapalenia płuc w ten sposób ze skutkiem bardzo pomyślnym. Dotąd przebywanie ciągłe na świeżem powietrzu umożliwiały werandy, gdzie chorzy leżeć mogli przez cały dzień. Werandy te mają jednak wady. Jeżeli oddalone są od mieszkań, to utrudnia to transport ciężko chorych, a znów, gdy znajdują się przy mieszkaniach, to są albo małe i duszne, albo, gdy są większe, zasłaniają światło dla innych pięter i werand poniżej położonych. Wadom tym zapobiega nowy system budowy domów w uzdrowiskach, podany przez autora. Zasada jego jest prosta, terasowa. Każde piętro cofnięte jest w porównaniu od dolnego o jeden metr, a prócz tego ma balkon wystający na 1 metr, przez co zyskuje się powietrzne i obszerne werandy, nie zaciemniające reszty budynku, a łączące się bezpośrednio z mieszkaniami chorych. Ulice z powodu tego, że domy zwężają się ku górze, mogą być węższe. W kosztach budowy różnicy wybitnej tu niema, zwłaszcza, że odpada potrzeba zakładania przed domami ogrodów, albowiem na terasach urządza się ogrody wiszące. Domy takie w razie pożaru są dla mieszkańców mniej niebezpieczne. Przy tem wszystkiem domy takie wyglądają malowniczo. A.

A. Eulenburg. **O samobójstwach uczniów.** (Zjazd lekarski w Peszcie 1909. Sekcya higieny). Autor opracował urzędowy materyał ministerstwa oświaty w Prusiech za lata 1880—1905. W czasie tym było ogółem 1258 samobójstw, w tej liczbie 893 w szkołach niższych, a 365 w szkołach wyższych. Liczba samobójstw nie pozostawała w stosunku proporcyonalnym do ogólnej liczby ludności i nie okazuje przyrostu, ale raczej nieznaczny ubytek. Średnia liczba roczna wynosi 53. Liczba samobójców od 15—20. r. ż. była cztery razy większa, niż poniżej 15. roku życia, u samobójców poniżej 15. roku życia stosunek dziewcząt do chłopców wynosił 1 : 4. W szkołach wyższych materyał ugrupowany co do przyczyn, wykazywał w 10% przypadkach wyraźne zaburzenia umysłowe, a u 18% wprawdzie brak wybitnych zaburzeń umysłowych, ale w każdym razie wrodzone upośledzenie i obciążenie układu nerwowo-psychicznego. Trzecia grupa obejmuje 24% samobójców, u których był niestosunek między wymogami szkoły, a wrodzoną zdolnością i wynikami pracy. W czwartej grupie mieści się 25% samobójców, którzy nie potrafili podołać wymogom szkoły z powodu wykolejenia wskutek błędów i słabości charakteru, nieodpowiedniego prowadzenia się i wykroczeń. W końcu piąta grupa obejmuje 23% samobójców z przyczyn przypadkowych, smutnych i niekorzystnych stosunków rodzinnych i t. p., albo też przypadki, w których czynnik przyczynowy wybitnie nie wystąpił. Autor dochodzi do wniosku, że dom w znacznie wyższym stopniu, aniżeli szkoła, jest czynnikiem przyczynowym, bądź przez czynne lub bierne błędy wychowania, bądź przez brak zrozumienia młodocianej duszy i indywidualności. W szkołach zachodzą zazwyczaj tylko błędy poszczególnych nieodpowiednich jednostek w nauczycielstwie. Autor radzi ze strony szkół zmodernizowanie kar szkolnych, większą wolność na wyższych stopniach, swobodę wyboru zawodu i ułatwienia przy egzaminach. Nadto należy oddzielić i usuwać nieodpowiednie dla szkoły jednostki, a w tym kierunku mogłoby ważną usługę wyświadczać stałe i wczesne współdziałanie lekarzy szkolnych. Dr M. Blassberg.

Prof. Laitinen. **Higieniczne znaczenie wyskoku** (Zjazd lekarski w Peszcie 1909, Sekcya higieny). Autor zestawia wyniki wszystkich najnowszych badań w dziedzinie alkoholizmu i wysnuwa następujące wnioski: 1. Alkohol rozkłada połączenia białkowe, zawierające nukleinę i wchodzi z nią w związek. Co do wartości odżywczej wyskoku, to badania ostatnich czasów coraz bardziej podają ją w wątpliwość, a to ze stanowiska zarówno teoretycznego, jak i praktycznego, i w tym względzie dotychczasowe, przeciwne sobie stanowiska badaczy coraz bardziej się wyrównują. 2. Wyskok według badań najnowszych Laitinena i innych obniża odporność ustroju wobec prątków gruźliczych, osłabia, a nawet zupełnie znosi fagocytozę i silnie obniża, nawet przy małych dawkach, wskaźnik opsoninowy dla prątków gruźliczych i paciorkowców. Skłonność do zakażeń bardzo się potęguje pod wpływem wyskoku. U opilców przebiega kiła złośliwiej, a wszelkie rany goją się gorzej, aniżeli u abstynentów. Nadto usposabia wyskok wprost do licznych schorzeń we wszystkich narządach i sprowadza u potomstwa zwyrodnienie, obniża wagę i wzrost ciała, a zwiększa śmiertelność. 3. Oprócz bezpośredniego zatrucia staje się wyskok przyczyną licznych wypadków nieszczęśliwych, co statystyki różnych zakładów ubezpieczeń niewątpliwie wykazują. Także towarzystwa ubezpieczające na życie wykazują znaczną przewagę w dożyciu premii u wstrzymujących się od picia. Ścisły związek opilstwa ze zbrodniczością jest niewątpliwy. 4. Powyższe wyniki badań najnowszych powinny zwrócić szczególniejszą uwagę lekarzy i prawodawstwa na wyskok. Najwybitniejsi lekarze radzą uważać wyskok za silnie działającą i niebezpieczną truciznę i zachowywać się wobec niego, jak wobec morfiny, strychniny, atropiny i t. p. Dr M. Blassberg.

Weisz. **Projekty w sprawie szerzenia wiadomości o zapobieganiu chorobom.** (Zjazd lekarski w Peszcie, 1909. Sekcya higieny). Autor proponuje energiczne kształcenie wojska w czasie pokoju w dziedzinie nauki o chorobach zakaźnych i zapobieganiu. Nauczanie to powinno być obowiązkowem przy pomocy wszystkich środków z jasno określonym programem i z odpowiednio pomnożonym personalem lekarskim, jako siłą naukową. W. proponuje, ażeby warunkiem każdego awansu dla pewnych stopni było przyswajanie sobie pewnego minimum wiadomości zapobiegawczych, oraz ażeby te wiadomości były przedmiotem egzaminów w oddziałach sanitarnych, oficerskich, oraz dla jednorocznych ochotników. Nadto uważa za pożądane, ażeby system tych nauk, w postaci książeczki katechizmowo zebrany, wręczano urlopowanym żołnierzom przy powrocie do domu. W ten sposób walka z epidemiami stałaby się skuteczniejszą w masie ludowej, gdyby poszczególne jednostki wnosiły w nią własne zrozumienie rzeczy, a wojsko spełniałoby w ten sposób także zadanie kulturalne w kierunku społeczno-higienicznym, tem większe, że rekrutuje się ono przeważnie z ludu. — Oprócz tego proponuje W. stworzenie policyi sanitarnej, bądź przez utworzenie wojskowych ambulansów sanitarnych na wzór saperów, bądź przez oddzielenie takich ambulansów od wojska i oddanie ich pod władzę cywilną, na wzór dzisiejszej żandarmeryi. Możnaby też użyć dzisiejszej policyi bezpieczeństwa, względnie żandarmeryi jako władzy sanitarnej, uzupełniwszy ją personalem odpowiednio wyuczonym i poruczając jej policyę zdrowotną w szerokiem tego słowa znaczeniu. Możnaby też założyć w większych miastach ambulansy sanitarne ruchome, które mogłyby być wysyłane w potrzebie

na prowincyę. W końcu podnosi W. potrzebę ministeryów sanitarnych. Dr M. Blassberg.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Schott-Weinsberg. **O stanach zamroczenia i ich znaczeniu sądowo-lekarskiem.** (Friedr Blät. f. ger. Med. 1909, z. I—IV). Pojęcie stanu zamroczenia bywa rozmaicie określane. Jedni z autorów rozumieją przez to zaburzenia świadomości z urojeniami i złudzeniami, co się zdarza zwłaszcza u chorych na padaczkę, drudzy przeważnie tylko te stany, w których występuje samo zaburzenie świadomości. Znamiennem w stanach zamroczenia jest to, że początek choroby i jej zakończenie następuje najczęściej nadzwyczaj szybko i gwałtownie. Trwanie choroby ogranicza się najczęściej na minuty, godziny, najwyżej dnie; po upływie stanu zamroczenia istnieje prawie stale niepamięć wypadków, zaszłych w czasie stanu zamroczenia; wyjątkowo można zauważyć brak omamów i urojeń. Ze stanowiska sądowo-lekarskiego najważniejsze są stany zamroczenia w padaczce i histeryi. Inne rodzaje stanów zamroczenia nie sprawiają znawcy sądowemu zazwyczaj wybitniejszych trudności, jeżeli się uwzględni tło, przebieg i cechy charakterystyczne danego przypadku. Padaczkowe stany zamroczenia wymagają bardzo dokładnej obserwacyi i gruntownej znajomości sprawy. W każdym z przypadków, w którym zachodzi podejrzenie zamroczenia padaczkowego, należy zapomocą bardzo szczegółowych wywiadów stwierdzić, że dany osobnik cierpi na padaczkę. Co do ubytków pamięciowych, jakie znamionują stany zamroczenia, to należy je z uwagi na znaczne wahania w ich nasileniu w orzeczeniu szczegółowo i wyczerpująco wyjaśnić.

Za rozpoznaniem padaczki przemawiają: stwierdzone wywiadami drgawki, moczenie nocne, somnambulizm, ślady po ukąszeniu się w język, blizny na czaszce, blizny po oparzeniach, napady »petit mal«, zrywania się nocne, napadowe zawroty głowy, omdlenia, okresowo występujące zmiany nastroju, drażliwe i wybuchowe usposobienie obok obłudnej pobożności i kłamliwości, brutalny egoizm, tępota umysłowa niższego lub wyższego stopnia, nieznoszenie wyskoku, ucieczki z wojska, bezplanowa zmiana miejsca pobytu, pewna zbytnia dokładność i pedanterya, wogóle zupełna zmiana osobowości w znaczeniu charakteru padaczkowego. Obciążenie dziedziczne, alkoholizm rodziców lub danego osobnika, urazy głowy, krzywica, zapalenie opon mózgowych, wodogłowie, należy uwzględnić w wywiadach. Z towarzyszących zamroczeniom padaczkowym objawów cielesnych można zauważyć: wzmożenie odruchów ścięgnistych, silne rozszerzenie źrenic z zupełnym brakiem lub tylko słabem oddziaływaniem ich na światło, ścieśnienie pola widzenia, zaburzenia w czuciu, w rozróżnianiu barw, w powonieniu i smaku, upośledzenie siły mięśniowej, nieznaczne objawy porażne, utrudniona i niewyraźna mowa, drżenie, zmiana w zabarwieniu skóry, pocenie się, ruchy, jak przy pląsawicy lub myoklonii, drgawki w mięśniach twarzy, drżenie gałek ocznych, wybroczyny, zwłaszcza w spojówce gałkowej, bole głowy (połowiczne z bolesnością na ucisk odpowiedniego n. nadoczodołowego), przyspieszenie tętna, zaburzenia naczynio-ruchowe (sinica), czuciowe i zmysłowe objawy podrażnienia, dziwaczne czynności i zapatrywania. Brak oddziaływania źrenic przemawia i obecnie jeszcze za padaczką, aczkolwiek w ostatnich czasach zauważono objaw ten i w napadach histerycznych. Jednolitej, swoistej cechy padaczkowych stanów zamroczenia niema; potrzeba mieć na względzie stale wszystkie wchodzące w grę czynniki i nie można nigdy w początkowych okresach badania stanowczo wyłączać symulacyi. Zdarzają się dość często padaczkowe stany zamroczenia, wyłączające poczytalność, po których przejściu nie można wykazać zaburzeń pamięci. Zatem na podstawie braku zaburzeń pamięci, jak i zapamiętania niektórych szczegółów, nie można wysnuwać wniosku, że w danym czasie istniał prawidłowy stan umysłowy. Wykazanie takiej częściowej niepamięci jest rozpoznawczo szczególnie ważne, ponieważ symulować jej albo zupełnie nie można, albo też o wiele trudniej, niż całkowitą niepamięć. Również nie można wnosić, że zachodzi przypadek symulacyi, jeśli bezpośrednio po ustąpieniu napadu istniała pamięć zaszłych wypadków, a w jakiś czas później występuje zupełna ich niepamięć. Z tego powodu należy przy sądowo-lekarskiej ocenie takich przypadków postępować bardzo ostrożnie. W większości jednakże przypadków spotykamy się z ubytkami pamięci.

Histeryczne stany zamroczenia są co do rozpoczęcia się, trwania i własności zaburzeń pamięci bardzo podobne do padaczkowych. Dokładne wywiady we wszystkich kierunkach, szczegółowe badanie umysłowe i fizyczne są w tych stanach tak samo konieczne, jak i w padaczkowych stanach zamroczenia. Znawca musi udowodnić sędziemu obecność histeryi na podstawie wywiadów i badania przypadku. Znamiennemi cechami histeryi są: zmienność uczuć, wybujała fantazya, wzmożone samopoddawanie, wreszcie skłonność przypisywania sprawom duchowym zaburzeń fizycznych. Po upływie histerycznego zamroczenia jest niepamięć wogóle mniej wybitna, niż w padaczkowych stanach zamroczenia; jednak i tu spotykamy się z przypadkami zupełnej niepamięci, tylko wyjątkowo brak tych zaburzeń pamięci. Nierzadko jednak spotyka się przesadę w tym kierunku. Przebieg histerycznych stanów zamroczenia bywa bardzo często przerywany przez krótkotrwałe stany świadomości. Rozpoznanie histerycznego stanu zamroczenia musi się opierać na nagłem wystąpieniu zaburzenia, zwykle pod wpływem jakiegoś silnego wzruszenia, na obecności znamion histerycznych (stigmata) (n. p. znieczulenie na ból) podczas stanu zamroczenia, na szybkiej zmianie całego obrazu, szczególnie stanu świadomości, wreszcie na niepamięci, występującej po stanach zamroczenia. Najcenniejszą cechą jest możność wpływania na zachowanie się chorego przy pomocy poddawania. Większość czynów, wskutek których histerycy w stanach zamroczenia wpadają w konflikt z ustawą karną, polega w przeciwieństwie do padaczki na zaburzeniach nawykowych. Przekroczenia zdarzają się w padaczkowych stanach zamroczenia częściej, aniżeli w histerycznych. Co się tyczy odpowiedzialności, to tu odgrywają ważną rolę towarzyszące okoliczności i powikłania. Tępota umysłowa, opilstwo, występowanie równoczesne z miesiączką, — zasługują na sądowe uwzględnienie. Przy ocenie sądowo-lekarskiej należy każdy przypadek ściśle indywidualizować. Jeżeli histeryczny stan zamroczenia wybuchnie w czasie badania, to wystąpienie takiego napadu nie powinno mieć żadnego wpływu na ocenę odpowiedzialności w czasie popełnienia czynu karygodnego. Występowanie u jednej osoby napadów padaczkowych obok histerycznych zdarza się nierzadko. W regule tworzy padaczka podłoże, na którem rozwija się histerya.

Ocenienie stanów zamroczenia wymaga długotrwałej obserwacyi i dokładnych specyalnych wiadomości. Z tego powodu w większości przypadków, zwłaszcza zaś trudniejszych, należy badanych chorych odsyłać do kliniki lub do zakładu dla obłąkanych. Przy badaniu jakiegoś przypadku z poza zakładu należy przeprowadzić jaknajrychlej pierwsze badanie i zapisywać dokładnie pytania i odpowiedzi. Fotogramy z różnych okresów choroby są często bardzo pouczające. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie z d. 30 czerwca 1909.

1) Bregman omówił przypadek **nowotworu złośliwego** z okolicy otworu potylicznego wielkiego i przedstawił preparat.

2) S. Mutermilch przedstawił **płyn z torbieli trzustki** i wyniki jego badania. Płyn o c. g. 1006, zawierał

2·5‰ białka, mucynę, zaczyn lipolityczny i diastatyczny; trypsyny nie zawierał. W osadzie kryształki cholestearyny, krwinki czerwone i białe, owalne komórki wypełnione kuleczkami tłuszczu. W moczu tego chorego był dodatni odczyn Cammidgea.

3) St. Kopczyński przedstawił przypadek **nowotworu przysadki mózgowej z objawami akromegalii** i zaburzeniami odżywczemi. U 37-letniego chorego stwierdzono oprócz znamion akromegalii, zmniejszenie jąder, utratę uwłosienia części płciowych, bolesność czaszki przy opukiwaniu, rozszerzenie i nieruchomość zwrotną źrenicy prawej, zwężenie i leniwe oddziaływanie lewej, połowiczne niedowidzenie skroniowe, prosty zanik tarczy nn. wzrokowych, prześwietlaniem nieznaczne zagłębienie siodła tureckiego. K. zamierza poddać chorego operacyi sposobem Eiselsberga.

4) Kijewski i Solman: **O fulguracyi nowotworów złośliwych** metodą Keating-Harta (z przedstawieniem przyrządów i techniki zabiegu). Prelegenci nie uważają fulguracyi za metodę leczenia doszczętnego, ale uważają ją za pożyteczne uzupełnienie leczenia po usunięciu nowotworu zapomocą wycięcia lub wyskrobania; stwierdzili, że fulguracya zmniejsza krwawienie z naczyń włosowatych, łagodzi bole i przyspiesza zagojenie się rany pozostałej po zabiegu chirurgicznym. Doskonałe wyniki dawała fulguracya w toczniu i gruźlicy skóry.

W dyskusyi Świątecki, roztrząsając działanie 3 czynników fulguracyi (mechaniczne, chemiczne i termiczne) nie rokuje przyszłości tej metodzie; Kozerski uważa na zasadzie własnego doświadczenia wbrew zdaniu prelegentów fulguracyę za zabieg bardzo bolesny; Kryński sądzi, że fulguracya zasługuje na dalsze próby, aczkolwiek dotychczasowe doświadczenia nie są zbyt zachęcające; należy jednak trzymać się ściśle przepisów Keating-Harta (od których prelegenci odstąpili), w przeciwnym bowiem razie można dojść do błędnych wniosków. Z.

Posiedzenie kliniczne d. 7. września 1909.

1) Hejman A. pokazał 15-letnią chorą z obustronną **przetoką uszną wrodzoną**. Przetoki tego rodzaju są zjawiskiem nader rzadkiem i o ile nie następuje wstrzymanie wydzielania się ropy, nie przyczyniają one chorym prawie żadnych dolegliwości.

2) Gabszewicz przedstawił 10-letniego chłopca po **torakoplastyce** Schedego. Przypadek ten o tyle jeszcze zasługuje na uwagę, że ropniak opłucnej istniał u tego chłopca przez szereg lat. Wynik operacyi pomyślny.

3) Szteyner pokazał **ciało obce wydobyte z pęcherza** moczowego u mężczyzny 49-letniego. Była to kostka długości 7 cm., naokoło której utworzył się w postaci wrzeciona kamień moczowy. Kostka, wprowadzona po pijanemu przez cewkę, pozostawała w pęcherzu 4 miesiące.

4) Świątecki Jan pokazał 12 chorych, leczonych **pastą bizmutową Becka**. S. sądzi, że pasta bizmutowa nadaje się lepiej do leczenia wszelkich braków kostnych, niż plomba jodoformowa, gdyż jest plastyczniejsza i nie wymaga jałowego stanu rany; bizmut właśnie odkaża ranę i odrazu usuwa ropienie, poczem pasta zapełnia się tkanką bliznową, wzgl. kostną, jak każda plomba chirurgiczna.

5) Gabszewicz opisał 2 przypadki rzadkich powikłań przy cierpieniu ucha środkowego. Pierwszy opisany przypadek dotyczył **żylaka zatoki poprzecznej**. G. poraz pierwszy przypadek taki spostrzegał i nie spotkał się z opisem podobnego przypadku. Drugi przypadek jest ciekawy ze względu na swój przebieg: przy braku prawie zmian przedmiotowych w uchu przed operacyą, bez poprzedzającego wypływu z ucha, powstał ogromny **ropień nadoponowy**, który był istotną przyczyną mocnych bolów głowy, jakich chory doznawał w ciągu 2 lat. Dr T. Wilczyński.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie d. 3. grudnia 1909.

1) Dr Meissner w zastępstwie radcy Dra Panieńskiego przedstawia przypadek **choroby Adams-Stokesa.** Chory 27-letni cierpi na napady, objawiające się niepokojem, osunięciem głowy na bok, ustawaniem tętna, utratą przytomności i oddechem Cheyne-Stokesa. Na godzinę bywa czasem 20 napadów.

W dyskusyi wspomina Dr Fr. Chłapowski o opisanym przez siebie przed 12 laty przypadku. Na zapytanie Dra Łazarewicza o krzywą pulsu odpowiada Dr Meissner, że chodzi o t. zw. skurcze dodatkowe (extrasystole). Po napadzie bywa 1‰ białka w moczu, co świadczy o zastoju w nerkach i wątrobie.

2) Dr Zakrzewski: **O bezkrwawem leczeniu krwawnic.** Prelegent omawia postać guzowatą krwawnic. Zazwyczaj staraniem lekarzy było wpychać wypadłe guzy, co jednakowoż jest po pierwsze niebezpieczne, a powtóre nie zawsze się udaje. Z. spostrzegał dwa przypadki guzów, które wyleczyły się same bez wepchnięcia, i to jeden u 36-letniego mężczyzny, cierpiącego na ogromne bole. O odprowadzeniu nie było mowy, Z. ograniczył się więc do zastosowania maści z anestezyną i adrenaliną, która oddaje doskonałe usługi. Guzy po roku zmalały, a po 5 kwartałach w miejscu guzów pozostały puste woreczki. Podobnie stało się w drugim przypadku, gdzie chodziło o guzy cokolwiek mniejsze, a chory nie chciał zezwolić na operacyę. Mówca stwierdza, że przez ucisk pierścienia, obejmującego szypuły guzów, następuje w nich zakrzep, a później zamienienie na tkankę bliznowatą. Mówca z zadowoleniem stwierdza, że równocześnie myśl skorzystania z naturalnego zastoju Boas zamienił w metodę: »Extraanale Behandlung der Haemorrhoiden«. Wydobywa on zapomocą ssawek Biera guzy na zewnątrz i zostawia je tak aż do zaschnięcia. Choć metoda ta ma inne wskazania, jak chirurgiczna, to jednak w wielu przypadkach może oddać znakomite usługi.

W dyskusyi potwierdza Dr Gantkowski możność wyleczenia w ten sposób krwawnic i wspomina o przypadku, w którym partacz Binz uleczył chorego w ten sposób. — Dr Mieczkowski na sobie zrobił doświadczenie, że po wyjściu wielkiego guza dolegliwości krwawnicze ustały od kilku lat. Sam operuje zmodyfikowanym sposobem White-Heada. Wspomina też o sposobie Riedla, polegającym na tem, że obszywa się szypułkami wkoło błonę śluzową. — Dr Karwowski, jako niekrwawą metodę leczenia krwawnic, poleca także miejscową arsonwalizacyę zapomocą kondensatora, wkładanego do odbytnicy. Sposób ten działa także nader korzystnie na świąd odbytu. Zapytuje, czy przy wciskaniu guzów nie zachodzi obawa zatoru. — Dr Łazarewicz widział także ustępowanie guzów samoistne; poleca chlorek wapniowy. — Dr Święcicki zaznacza, że zatory z krwawnic są częste, bo żyły te mają związek z żyłą wrotną i główną. Polecane dawniej wstrzykiwanie wyskoku w guzy ma także na celu wywołanie rozrostu tkanki łącznej. — Radca Dr Chłapowski zaznacza, że leczenie w sposób, podany przez prelegenta, jest stare, tylko nowe są współczesne spostrzeżenia, które go przedstawiły w nowem świetle. Dawniej i tak nie znano operacyi, natomiast zajmowano się bardzo »złotą żyłą«. Po operacyi zaleca się pobyt w Kissingen. Daleko trudniejsze do leczenia są krwawnice wewnętrzne. Wapń działa bardzo dobrze, działanie jego jest przeciwne działaniu magnu, a oba środki mają wielką doniosłość. — Dr Łazarewicz potwierdza wartość chlorku wapniowego przy krwotokach, Dr Karwowski przy wysypkach pokrzywkowych. — Dr Mieczkowski stosował lek ten przed operacyami, grożącemi krwotokiem. Stwierdza, że metoda White-Heada tylko w 1½% daje nawroty; znacznie częstsze bywają one po podwiązaniu. Operował tą metodą 24 przypadki i nigdy nie widział zatoru,

ani zakrzepu. — Dr Zakrzewski stwierdza, że metoda przez niego podana nie jest coprawda nowa, ale nie znalazł o niej wzmianki w żadnych podręcznikach, warto ją więc przypomnieć. Wstrzykiwaniu wyskoku jest przeciwny, pessaria także zarzucił. Adrenalinę natomiast poleca (czopki »Noridal«). Czopki 10—20% z chlorkiem wapnia najlepsze są na krwawienie. Anusol łagodzi, ale nie działa na krwawienie. Dobry także jest ichtyol. Odprowadzenie może być czasem niebezpieczne. Operacyi White-Heada nie poleca uczeń Garrego, który natomiast jest za podwiązaniem. — Dr Mieczkowski obstaje przy pierwszej operacyi, konieczna jest jednak technika Mikulicza, żeby nie używać wacików. Jak najdłużej należy stosować leczenie zachowawcze.

3) Dr Falgowski przedstawia kilka **włókniaków macicy**, wyjętych przez rozkawałkowanie.

4) Dr Karwowski omawia sprawę Zjazdu higieny szkolnej w Paryżu. Jako delegata na Zjazd wybrano Dra Karwowskiego, jako mowcę Dra Niegolewskiego, do komitetu Zarząd Wydziału oraz Dra Gantkowskiego i Dra Karwowskiego.

5) Sekretarz »Towarzystwa stanowego lekarzy poznańskich«, Dr Karwowski, omawia sprawy zawodowe.

Dr Karwowski.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska ogłasza następujące ostrzeżenie:

»Lekarze zamieszkali w Gródku podjęli starania celem poprawy warunków pracy w powiatowej kasie chorych w Gródku jagiellońskim.

Wobec rozpisania konkursu na tę posadę, wzywa się wszystkich Kolegów, aby bez porozumienia się z Izbą nie wnosili podań.

Izba lekarska wsch.-galic. Prezydent: Dr Festenburg«.

Krajowa Rada Zdrowia na posiedzeniu w d. 5. II. 1910, wydała opinie w sprawie higieny nauki szkolnej, zamykania klas szkolnych z powodu chorób zakaźnych, posady docenta higieny w seminaryum we Lwowie, formularzy dla sprawozdań lekarzy okręgowych, taksy szpitalnej w Tarnopolu i zakładu wodoleczniczego w Przemyślu. R.

W sprawie zaopatrzenia ludności w dobrą wodę przyjął Sejm galicyjski w d. 4. II. rezolucyę posłów Tertila i Dra Kurowca, polecającą Wydziałowi krajowemu, aby na najbliższej sesyi przedłożył wnioski co do pomnożenia w kraj. biurze melioracyjnem sił fachowych do projektowania wodociągów i kanalizacyi w gminach miejskich i wiejskich. — W dyskusyi podnosił pos. Maryewski, że przeszkodą w asanacyi miast bywa często rząd, który nie pozwala miastom na zaciąganie długoterminowych pożyczek wodociągowych lub żąda bezpłatnego dostarczenia wody dla budynków rządowych lub koszar. — Tegoż dnia wniósł pos. Dr Kurowiec o wezwanie rządu, by dla nieuleczalnie umysłowo chorych, dla otoczenia niebezpiecznych, utworzył osobny zakład rządowy. R.

Przeciw opodatkowaniu wód mineralnych wniosło do Koła polskiego w Wiedniu protest Towarzystwo lekarskie lwowskie na podstawie referatu swojej komisyi przemysłowo-lekarskiej, opracowanego przez Dra T. Praschila. (Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lwowskiego została powołana na nowo do życia w d. 10. XII. 1909; przewodniczącym jej jest Dr Kalikst Krzyżanowski). R.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca roku 1909 . .	482,522	308,194
W styczniu 1910	17,700	6,500
Razem .	500,222	414,694

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 30. I. do 5. II. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Koropiec 1, Barysz 2, Międzygórze 1, Hrehorów 3), Czortków (Czortków 1), Nadwórna (Osławy białe 4), Sniatyn (Zabłotów 3, Zebranówka 15). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 30. I. do 5. II. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 1, płonicy 9 † 2 (1 † —), odry 3 † — (1 † —), duru brzusznego 8 † 3 (6 † 2), nagm. zapalenie przyusznic 7.

Dr Janiszewski.

XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Posiedzenie ogólnego Komitetu XI Zjazdu lek. i przyr. pol. odbyło się w piątek, dnia 4. lutego b. r. w domu Towarzystwa lekarskiego, przy licznym udziale lekarzy i przyrodników krakowskich. Zebranie, któremu przewodniczył prezes Komitetu organizacyjnego Prof. Iulian Nowak, uchwaliło urządzić XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w dn. 18. 19. 20. i 21. lipca 1911 r. i wybrało Komitet ściślejszy, do którego powołano pp. Ciechanowskiego, Domańskiego, Garbowskiego, Godlewskiego jun., Gutwińskiego, Janiszewskiego, Kar. Kleckiego, Kostaneckiego, Kwaśnickiego, Landaua, Łazarskiego, Łopuszańskiego, Mięsowicza, Marchlewskiego, Mikuckiego, Morozewicza, Pańkowskiego, Papéego, Piltza, Rollego, Siedleckiego, Surzyckiego Stef., Stahra, Wicherkiewicza, Zakrzewskiego Konst., oraz upoważniło tenże Komitet do kooptowania innych jeszcze członków. Zadaniem wybranego Komitetu będzie przeprowadzić organizacyę naukową Zjazdu oraz przez porozumienie ze wszystkiemi zawodowemi organizacyami lekarzy i przyrodników zapewnić Zjazdowi jaknajliczniejszy udział wszystkich interesowanych. Dyskusya toczyła się następnie nad propozycyą prezydyum, aby skupić prace naukowe Zjazdu w mniejszej niż dawniej liczbie sekcyi i zwrócić więcej uwagi na referaty zbiorowe, poświęcone przez specyalistów bieżącym doniosłym zagadnieniom nowych dziedzin wiedzy; propozycya ta zyskała powszechne uznanie. Zamierzonem jest dostarczyć tych referatów w druku uczestnikom jeszcze przed rozpoczęciem Zjazdu. Postanowiono następnie zwrócić się do reprezentacyi miasta, aby z okazyi Zjazdu wydała publikacyę, poświęconą opisowi Krakowa i jego okolic, zwłaszcza pod względem przyrodniczo-lekarskim. Ze Zjazdem lekarzy i przyrodników postanowiło Tow. balneologiczne połączyć swój, przypadający właśnie III Zjazd Towarzystwa, co przyjęto z uznaniem.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Ważna sprawa zwalczania chorób zakaźnych może być praktycznie rozwiązana tylko przez jednolite postępowanie wszystkich lekarzy. Sprawa ta rozpatrywana będzie, ze względu na stosunki krakowskie, na najbliższem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krak. w d. 16. b. m., na którem pożądany jest jak najliczniejszy udział członków, zwłaszcza lekarzy praktycznych, mogących na zasadzie swych spostrzeżeń i doświadczeń udzielić w dyskusyi cennych wskazówek.

— Komisya higieniczna Towarzystwa lekarskiego odbyła w dniu 9. II. 1910 r. posiedzenie pod przewodnictwem prezesa Towarzystwa, r. dw. Prof. Wicherkiewicza; na posiedzeniu tem toczyły się obszerne rozprawy, zagajone przez naczelnego lekarza miejskiego, Dra Janiszewskiego, w sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

— Na fundusz im. ś. p. Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po lekarzach, złożył kolega Prof. Dobrowolski z Krakowa kwotę sto koron, jako nieprzyjęte honoraryum lekarskie, za co Wydział Związku lekarzy składa Mu serdeczne podziękowanie. Sekretarz: Dr Weinsberg. Prezes: Prof. Wicherkiewicz.

— Zarząd biblioteki Towarzystwa lekarskiego krakowskiego składa serdeczne podziękowanie WPP. Dr Kwaśnickiemu oraz Grażyńskiemu za książki, ofiarowane bibliotece Towarzystwa.

Bibliotekarz: Dr Blassberg.

Warszawa. W d. 3. II. 1910 odbyło się posiedzenie Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego, na którem wygłosili: 1) p. Wł. Gosiewski: »O zasadzie indukcyi według teoryi prawdopodobieństwa«. 2) p. J. Sosnowski: »Dalsze badania nad pobudliwością mięśni bezkręgowców«, oraz pp. Kucharzewski, Eismond, Lorer, Wolski i Banachiewicz komunikaty treści ściśle przyrodniczej. — 1. II. 1910 zaś odbyło się posiedzenie Komisyi meteorologicznej przy Wydziale III, na którem obradowano nad założeniem pod Warszawą obserwatoryum meteorologicznego i astronomicznego. Dzięki współdziałaniu inż. Gryżewskiego i Dr

Malewskiego będzie już w r. b. otwarte obserwatoryum meteorologiczne na terytoryum zakładu leczniczego w Grodzisku. Na posiedzeniu tem wygłoszono następnie 3 referaty, m. i. mówił p. W. Smosarski: O usłonecznieniu w Warszawie.

— Z zapisu 5.000 fr. sekretarza stałego, Dra A. Sokołowskiego, w warszawskiem Towarzystwie lekarskiem, przyznawane będą co lat cztery nagrody konkursowe za najlepszą pracę z dziedziny kliniki lub anatomii patologicznej chorób dróg oddechowych. Komitet konkursowy stanowić będą pod przewodnictwem sekretarza stałego: redaktor »Pamiętnika Tow. lekarskiego« i czterech członków, wybranych przez prezesa z pomiędzy kolegów, znanych z prac swoich nad gruźlicą.

— Towarzystwo lekarskie w Płocku wybrało prezesem Dra A. Zalewskiego, wiceprezesem Dra J. Kuniga, sekretarzem Dra B. Mazowieckiego, bibliotekarzem Dra A. Macieszę, skarbnikiem p. A. Gościckiego.

Z różnych stron. W III międzynarodowym Zjeździe higienistów szkolnych w Paryżu, 2—7. VIII. b. r. zgłoszono dotąd 10 wykładów z Polski; między innymi zgłosili z lekarzy wykłady: Dr Gawroński, S. Kopczyński i Wł. Sterling z Warszawy, K. Lutosławski z Drozdowa, Janiszewski z Krakowa, Doc. E. Piasecki ze Lwowa. Nadto urzędowym sprawozdawcą tematu »Higiena internatów żeńskich« będzie Dr W. Goździcki z Warszawy. O szkolnictwie polskiem wydana będzie broszura; materyały do niej (programy szkolne, sprawozdania Towarzystw wychowawczo-higien., rysunki i klisze) należy przesyłać na ręce Doc. Dra E. Piaseckiego (Lwów, ul. 3-go Maja 2).

— W Gries obok Bozen, gdzie przez szereg lat praktykował ś. p. Dr Nazarkiewicz, ordynować będzie znowu w sezonach zimowych lekarz Polak, mianowicie Dr Zdzisław Szczepański, b. praktykant kliniki lekarskiej Prof. Gluzińskiego we Lwowie (obecnie latem praktykujący w Maryenbadzie).

Zjazdy lekarskie w r. 1910: W marcu 29-go Zjazd dla chirurgii ortopedycznej w Berlinie i III. międzynarodowy Zjazd dla leczenia fizycznego w Paryżu; 30-go Zjazd chirurgów niemieckich w Berlinie.

W kwietniu: 3-go Zjazd rentgenologiczny w Berlinie, 4—6-go patologiczny w Erlangen, 7—10. lekarzy francuskich w Paryżu, 18—22. — internistów niemieckich w Wiesbaden, 19—22. — psychologiczny w Insbrucku, wreszcie międzyn. hematologiczny w Berlinie.

W maju: 11-go Zjazd laryngologów niem. w Dreznie i walne zebranie centralnego komitetu przeciwgruźliczego w Berlinie.

W czerwcu: Zjazd otyatrów niem. w Lipsku, Zjazd niemiecki w sprawie opieki nad niemowlętami w Monachium, Zjazd laryngologów niem. w Lipsku.

W sierpniu: 2-go Międzynar. Zjazd dla higieny szkolnej w Paryżu, 4-go Międzynar. Zjazd sądowo-lekarski w Brukseli.

We wrześniu: Zjazdy międzynarodowe dla chorób zawodowych w Brukseli (10—17), elektrologiczno-radyologiczny w Barcelonie (12—18), położniczy w Petersburgu (18—24), konferencya przeciwgruźlicza w Brukseli, Zjazd lekarzy i przyrodników niem. w Królewcu (18—24), międzynarodowa konferencya w sprawie ubezpieczenia robotników w Hadze.

W październiku: międzynar. konferencya w sprawie raka w Paryżu (1—5), międzynar. Zjazd w sprawie opieki nad obłąkanymi w Berlinie (3—7), międzynar. Zjazd dla antropologii kryminalnej w Kolonii.

Mianowani: Dr Eugeniusz Marczewski lekarzem nadetatowym teatrów rządowych warszawskich.

Zmarli:

Dr Leon Jakliński,
były poseł na Sejm i burmistrz, wieloletni prezes »Sokoła«, otoczony powszechnym szacunkiem dla zalet swego charakteru i działalności obywatelskiej, w Komarnie w Galicyi.

Dr Stanisław Klikowicz,
docent uniwersytetu moskiewskiego, w Kazaniu.

Redakcya otrzymała: Schramm: Zur Kenntniss der sogen: Sakraltumoren. »Wiener klin. Wochens.« 1910. — Talko-Hryncewicz: Notatki do antropologii Czuwaszy nadwołżańskich. Akad. Umiej. 1909.

Zapiski bibliograficzne. *Aerztliches Jahrbuch für Oesterreich.* Red. Dr Emil Fuhrmann. Rocznik V. 1910. Rocznik Dra Fuhrmanna, rodzaj schematyzmu lekarskiego całej Austryi, wyrobił sobie w krótkim czasie opinię wydawnictwa, prowadzonego sumiennie i oddającego rzeczywiste usługi. Rocznik ten obejmuje: ważniejsze rozporządzenia sanitarne władz z r. 1909, spis instytucyi filantropijnych lekarskich, Towarzystw lekarskich i farmaceutycznych, czasopism fachowych, schematyzm władz sanitarnych, oraz wykaz wszystkich lekarzy, klinik, szpitali i t. p., ugrupowanych według prowincyi państwa, w końcu spisy alfabetyczne. W porównaniu z rocznikiem poprzednim został rocznik obecny odpowiednio poprawiony według dat urzędowych z 31. października 1909 i w wielu szczegółach uzupełniony.

Sprostowanie. W Nrze 6. »Przeglądu« na str. 78, szpalta II, ostatni wiersz u dołu, zamiast »w dawkach 0·1—0·015« ma być: »w dawkach **0·01**—0·015«.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich w styczniu 1910.

Gazeta lek. Nr 52. 1909. Karwacki: Przypadek wysiękowego zapalenia opłucnej w przebiegu duru. — Barszczewski (dok.). Nr 1—4. 1910. Biernacki: W sprawie terapii padaczki. — Bernhard: Rentgenoterapia raka ze szczególnem uwzględnieniem raka skóry. — Bełżyński: S. p. Adam Karczewski. — Sławiński: O zastosowaniu szwu naczyń krwionośnych. — Janowski: O krzywej lewego przedsionka serca, jej tłómaczeniu i znaczeniu rozpoznawczem. — Wizel: Kilka uwag o istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego.

Tygodnik lek. Nr 51—52. 1909. Antoni Rydygier: Przyczynek do zranień wątroby. — Czernecki: O obecności kwasów proteinowych w przesiękach i wysiękach. — Bednarski: O zwiotczeniu tarczek powiekowych z następowem zwróceniem rzęs ku oku. — Nr 1—4. 1910. Gluziński: O leczeniu przewlekłych cierpień żołądka połączonych z nadmierną kwasotą i nadmiernem wydzielaniem soku żołądkowego. — Biegański: O przesądach w medycynie. — Herman: Dwa spostrzeżenia krwawienia ze sutków u kobiet. — Ziembicki W.: Przegląd białek, pojawiających się w moczu ludzkim. — Welecki: O sposobie działania adrenaliny na układ naczynioruchowy. — Reis W.: Badania bakteryologiczne zapaleń spojówki. — Popielski: Z powodu artykułu Dra Weleckiego. — Popielski: W sprawie nadmiernego wydzielania soku żołądkowego. — Gluziński: Kilka słów do artykułu mego w Nrze 1. »Tygodnika lek.«.

Medycyna i Kronika lek. Nr 52. 1909. Jekels: Teorya Freuda o histeryi i jego metoda psychoanalizy. — Justman: Etyologia sklerodermii. — Nr 2—4. 1910. Goldflam: W sprawie chromania przestankowego. — Mintz: O recydywach po operacyjnem leczeniu kamicy żółciowej. — Szokalski: Anafilaksya. — Krękowski: Adam Karczewski. — Eisenberg: O swoistem leczeniu gruźlicy. — Mutermilch: O stosowaniu w odczynie Wassermanna antygenu nieswoistego.

Nowiny lek. Nr 1. A. Gluziński i Grek: Wpływ miesiączkowania na przebieg ciepłoty w rozmaitych stanach chorobowych. — W. Falgowski: O wynikach badań cystoskopijnych po operacyach ginekologicznych. — M. W. Herman: Wykłady kliniczne z urologii ogólnej. — Stan. Szuman: O wzburzeniach wzruszeniowych, stanach osłupienia i stanach autohypnotycznych w przypadku urazowej histeryi. — Z. Bychowski: Ogólna symptomatologia i terapia nowotworów mózgu. — K. Dłuski: Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc w Zakopanem. — Jezierski: O gruźlicy nerek. — A. Klęsk: Postępy w metodach znieczulenia i uśpienia w ostatnich czasach. — J. Bieliński: Rymkiewicz Józef.

Przegląd chirurg. i ginekol. Zesz. I.: Falgowski: Jakich zasad trzymać się należy ze stanowiska społecznego w operowaniu zmian zapalnych przydatków macicy? — Wertheim: O przymiotowych zmianach kości płaskich czaszki ze szczególnem uwzględnieniem martwicy rozległej. — Borsukiewicz i Chociatowski: Ułatwiona metoda poćwiartowania płodu w praktyce.

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 9. 1909. Malinowski: Epidermolysis bullosa. — Bukovsky: Lymphangioma cutis circumscriptum (dok.).

Postęp okul. Nr 12. 1909. Rumszewicz: O potworniakach rogówki.

Kronika dent. Nr 1. Wilga: Zęby w medycynie sądowej (dok.).

Głos lekarzy. Nr 1—2. Zieliński: W sprawie lekarzy szkolnych. — Nowa fundacya lekarska. — Grossek: Uwagi o leczeniu ludu. — Klęsk: Dlaczego partacze zyskują często rozgłos i czy walka obecna z partactwem jest racyonalną i dobrą?

Zdrowie. Nr 1. Serkowski i Kownacka: O produktach spożywczych u nas. — Hewelke: O błędności objaśniania niektórych zwyczajów z punktu widzenia higieny. — Łapiński T.: O zakładach leczniczych, ambulatoryach i przytułkach dla alko-

holików. — Glixelli i Miklaszewski: Woda ze źródła »Wieniec« w majątku Brzezie.

Przegląd higien. Nr 1. Kaczorowski: Potrzeba lekarzy i nauki higieny w szkołach.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę dn. 16. lutego 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dyskusya nad wykładem Dra Blassberga: »O tak zwanym artrytyzmie«. 2) Dr Janiszewski: »Walka z chorobami zakaźnemi«.

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Drożdże. Dr Otto Abraham: Nowe doświadczenia z leczeniem drożdżami upławów. (Monatsschr. für Geburtsh. u. Gynekol. XXXI. 1910).

Znane są własności drożdży, jako środka zabijającego drobnoustroje. Fabryka przetworów chemicznych J. D. Riedel w Berlinie wyrabia czopki, zawierające wyjałowione drożdże i cukier, jako pożywkę dla nich. Czopek wkłada się przy pomocy wziernika przed ujście maciczne i ustala się go tamponem. Po upływie 48 godzin, po dokładnem oczyszczeniu macicy, wkłada się ponownie czopek lub zasypuje się w razie silnego podrażnienia błony śluzowej proszkiem (Xerasepulver), o tym samym składzie co wymienione czopki (Xerasekapseln). Autor otrzymał przy leczeniu upławów w powyższy sposób, bardzo dobre wyniki.

Ll. W.

Scharlach R. medicinale »Agfa« jest przetworem chemicznym, wyrabianym przez »Tow. Akc. dla przetworów anilinowych« w Berlinie, używanym skutecznie przez różnych lekarzy w celu wywołania szybkiej ziarniny. Środek ten stosuje się w postaci maści waselinowej 8%, którą na ranie pozostawić należy przez 24 godzin, poczem stosuje się jakąkolwiek maść obojętną przez 1 do 2 dni, w końcu ponownie użyć należy maści z »Scharlach R.«.

Przetworu tego używano korzystnie przy gojeniu ran po operacyi raka, jak również dla zagojenia uszkodzeń rogówki.

L. W.

Szczawa
Krondorfska
uznana za najlepszą i naturalną.

Najlepsze skutki w nieżytach żołądka i pęcherza, jakoteż dróg oddechowych. 205

Prospekty rozsyła na żądanie Brunnen-Unternehmung Krondorf bei Karlsbad lub też Generalna reprezentacya dla Galicyi i Bukowiny, Kraków, Grodzka 48. Lwów, Sykstuska 31.

HUNYADI JÁNOS
GORZKA WODA NATURALNA
NAJLEPSZY ŚRODEK CZYSZCZĄCY
ZWRACAĆ UWAGĘ NA FIRMĘ ANDREAS SAXLEHNER NA KAŻDEJ ETYKIECIE

MATTONI'EGO WYCIĄGI BOROWINOWE
do kąpieli. 222

SOL BOROWINOWA suchy wyciąg w paczkach à 1 kg.
LUG BOROWINOWY płynny wyciąg w paczkach à 2 kg.

Nader korzystne miejsce
do osiedlenia się dla lekarza na prowincyi w zachodniej Galicyi. Stacya kolejowa na miejscu. Bliższych szczegółów udziela Mr. Kazimierz Ziemiański w Jaśle. 283

MENTHOSALAN „JAHR“
nacieranie ból uśmierzające, do zewnętrznego użytku.
Menthosalan Jahr działa skutecznie jako nacieranie przy bólach reumatycznych, bólach gośćcowych, ischias, łamaniu w stawach, nerwobólach, migrenie itp.
Menthosalan Jahr jest przetworem w formie maści i w przeciwieństwie do innych wcierań zawierających często amoniak lub inne składniki drażniące, jest przy wcieraniu łagodnym i posiada przyjemny zapach, przez co wpływa korzystnie na ustrój pacyenta. Jest zupełnie nieszkodliwym i działa nawet przy uporczywych i zastarzałych cierpieniach z dobrym skutkiem.
Cena 1 tuby: Kor. 1·20. 215 d
Rp. Menthosalan »Jahr« tab. orig.
Wyrób i główny skład
w Aptece FORTUNATA GRALEWSKIEGO w Krakowie ul. Szczepańska l. 1.
Składy prawie we wszystkich aptekach.

Gries obok Bozen-Stac.
klimat. pol. Tyrol — Hot. Pens. „Sonnenhof“ i zakład leczn. »Loreley« odnowione i zmodernizowane. Od 5/1 1910 ord. Dr Z. Szczepański, długoletni lek. kliniki Prof. Ant. Gluzińskiego we Lwowie. Informacyi udziela Zarząd. Adres: „Sonnenhof“ Gries b. Bozen-Tirol. 260

Fersan (Jolles).
Środek odżywczy i wzmacniający zawierający żelazo i fosfor (Acidoalbumina).
ŻELAZO! FOSFOR! zwiększa znacznie ilość hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, pobudza łaknienie, podnosi ciężar ciała i wzmacnia nerwy.

Proszek fersanowy.
Kołaczyki czekoladowo-jodowo-fersanowe dla dzieci
(w kartonach oryginalnych po 50 sztuk).
D. S. 2 razy dziennie po 2—4 kołaczyki.

Kołaczyki fersanowe.
Kołaczyki jodowo-fersanowe dla dorosłych
(w kartonach oryginalnych po 50 i 100 sztuk).
D. S. 2 razy dzien. po 3—6 kołacz. stosownie do wskazania.

Panom Lekarzom piśmiennictwo i próbki bezpłatnie. — Otrzymać można we wszystkich aptekach.

Nowość! 41
Pastylki-bromowe-fersanowe
Fersan-Werk, Wien IX.