

GAZETA LEKARSKA.



Grzymiły

GAZETA LEKARSKA.

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GAŁĘZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Wydawana przez następujących lekarzy: Andersa Ludwika, Chełchowskiego Kazimierza, Chrostowskiego Bronisława, Dunina Teodora, Elsenberga Antoniego, Fabiana Aleksandra, Gajkiewicza Władysława, Gepnera Bolesława, Grosterna Wiktora, Herynga Teodora, Hoyera Henryka, Jakowskiego Maryjana, Jasińskiego Romana, Jawdyńskiego Franciszka, Kamockiego Walentego, Kijewskiego Franciszka, Kondratowicza Stanisława, Kornilowicza Edwarda, Kramsztyka Zygmunta, Kwietniewskiego Stanisława, Malinowskiego Alfonsa, Matlakowskiego Władysława, Mayzla Wacława, Modrzejewskiego Edmunda, Nenckiego Leona, Nusbauma Henryka, Pawińskiego Józefa, Peszkiego Józefa, Przewoskiego Edwarda, Przybylskiego Jana, Puławskiego Arkadyjusza, Rejchmana Mikołaja, Rupperta Henryka, Sawickiego Bronisława, Sokołowskiego Alfreda, Zweigbauma Maksymiljana i Żerę Teofila.

Wydawca Kondratowicz Stanisław.

Redaktor odpowiedzialny Gajkiewicz Władysław.

Rok XXVI.

Serja II. Tom XI. Numerów 52.

(str. 1057 + CCLXXIX, tablic litografowanych 2, chromolitografowana 1, cynkotypowana 1, drzeworytów 21).

WARSZAWA

Druk K. Kowalewskiego, Królewska, Nr. 29.

1891.



www.dlibra.wum.edu.pl

Дозволено Цензурою.
Варшава, 10 Декабря 1891 года.

SPIS RZECZY

zawartych w T. XI Seryi II Gazety Lekarskiej z r. 1891.

I. PRACE ORYGINALNE.

1. AKUSZERYJA i GINEKOLOGIJA.

	<i>Stron.</i>
Arnstein Feliks (Kutno). Przypadek daleko posuniętego poronienia, powstrzymanego za pomocą makowca, stosowanego przez kiszkę prostą. Przyczynek do nauki o użyciu makowca w celu powstrzymania poronienia	657
Matlakowski Władysław i Przewoski Edward . Przyczynek do lepszego poznania t. z. torbielo-mięśniaków macicy	926, 955
Rosenthal Jakób . Cięcie cesarskie metodą Saenger'a	865
Targoński Stanisław (Siedlce). Metoda Thure-Brandt'a przy leczeniu zastarzałych zapaleń macicy	404
Wygodzki (Wilno). Przyczynek do leczenia włókniaków i mięśniaków macicy metodą Apostoli'ego	905

2. ANATOMIJA PATOLOGICZNA.

Czepurkowski R. (Zabłudów). Wrodzone zupełne zarośnięcie przełyku. Brak języka	844
Dunia Teodor i Dąbrowski Witosław . Badanie histologiczne płuc w jednym przypadku leczonym metodą Koch'a	439
Heryng Teodor . Zapalenie gruczłowe opon mózgowych zakończone nagłą śmiercią	1037
Janowski Władysław . O zmianach anatomicznych w pęcherzyku żółciowym pod wpływem kamieni	95, 128, 163, 182, 201
Matlakowski Władysław . O szczególnej kulkowej zawartości torbieli skórzastych	1001
Monsiorski Zygmunt . Przypadek nieprawidłowego rozwoju narządów moczopłciowych	941
Rychliński Karol . Przyczynek do anatomii patologicznej ameneyi (Meynert'a)	825

3. CHIRURGIJA.

Barącz Roman (Lwów). Tracheocele mediana	136
— — — — — Uciskadło kiszkowe H. Oderfelda a uciskadło G. H. Makius'a	851
Gabszewicz Antoni . Przypadek trepanacji jamy czołowej	292
— — — — — Przypadek gastrostomii przy zwężeniu przełyku rakowem	312
Jakubowski Maciej Leon (Kraków). Porównanie wyników leczenia dławca za pomocą tracheotomii a intubacji krtani metodą O'Dwyer'a	682, 710
Jasiński Roman . Leczenie gruźlicy kości płynem Koch'a	33
— — — — — Pierwsze wyniki leczenia gruźlicy kostnej metodą Koch'a	114
— — — — — Przykurczenia stawów historyczne u dzieci	378
Jonszer Karol (Łódź). Kłęb włosów wydobyty z kiszki odchodowej	347
Kraszewski S. (Iwice). Nowy sążek metalowy przy torakotomii	593

Leszczyński Leonard. Przypadek zranienia pęcherza moczowego przy herniotomii. Resekcja kieszki. Entororrhaphia. Wyzdrowienie	173
— — Kilka spostrzeżeń nad plantacją zębów	620, 677, 693
Lubliner Leopold. Sposób ułatwiający wprowadzanie cynowych czopków Schrötter'a przy zwięzieniu krtani	709
Matlakowski Władysław. Kilka myśli w przedmiocie chirurgii dróg żółciowych	481, 505
Obaliński A. (Kraków). O surowiczych torbielach zaozrzewnowych. Przyczynę do nauki o różnieniu guzów jamy brzusznej	769
Oderfeld Hipolit. Nowe uciskadło kiszkowe	606
— — O niedrożności jelit wskutek obecności w jamie brzusznej t. zw. diverticulum Meckelii	723, 751
Sawicki Bronisław. O nadwicznieniach ku przodowi główki kości promieniowej u dzieci	702
Seemann (Wrocław). Płyn Koch'a w chorobach chirurgicznych	8
Szumán L. (Toruń). Kilka słów o użyciu lizolu (<i>lysolum</i>) w chirurgii operacyjnej	805
Wróblewski J. W kwestyi sztucznych przepuklin	355, 385

4. FARMAKOLOGIA i TOKSYKOLOGIJA.

Bruner Władysław. O działaniu oreksyny (Phenildihydrochinazolinum)	196
Chełchowski Kazimierz. Przypadek otrucia benzyną	133, 264
Finger Ernest (Wiedeń). Kilka uwag o ostrem zatruciu jodowem i jego niebezpieczeństwie przy leczeniu syfilisu	461
Grabowski W. (Władysławów). Kwas karbolowy w leczeniu czarnej krosty (pustula maligna)	274
Scheller Aleksander. Chlorek etylu, nowy środek do znieczulań miejscowych	253

5. FIZYJOLOGIJA i CHEMIJA LEKARSKA.

Biernacki Edmund. Działanie wysokiej ciepłoty na fermenty trawienne	419, 445, 473
Dmochowski Zdzisław. Kilka uwag krytycznych dotyczących metody określania kwasu solnego w zawartości żołądka według Sjöquist'a	663
Dogiel J. (Kazań). Następstwa upustu krwi	661
Flaum Maksymilian. Wpływ niskich temperatur na czynność żołądka	1017, 1042
Kopff Leon (Kraków). O własności ehłouicznej skóry ludzkiej	398, 425, 449, 488, 511, 548, 570
Macfadyen, Nencki Marcell i Sieberowa (Bern). Badania nad zjawiskami chemicznymi w kiszkiach cienkich u człowieka	765, 792, 809, 835, 853
Mintz S. O metodzie Winter-Hayem'a i o stosunku wolnego kwasu solnego do utajonego w soku żołądkowym	541, 565
Mizerski Albert i Nencki Leon. Oznaczanie zawartości wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym	620
Nencki Marcell (Bern). Merkaptan metylowy w ludzkim moczu po spożyciu szparagów	41
— — Kwasy mleczne izomeryczne jako środek rozpoznawczy poszczególnych grzybków rozszczepkowych (Schyzomycetów)	192
Pański A. O barwniku w śledzienie zastoynowej	968
Szpanbok Adolf. O zmianach pobudliwości kory mózgowej przy podwiązaniu moczowodów	946
Zawadzki Józef. Uroorozeina i jej pochodzenie	30

6. OFTALMOLOGIJA i OTYJATRYJA.

Gepner Bolesław (syn). Przyczynę do patologii torebki soczewki i błony Descemet'a	334
Kramsztyk Zygmunt. Kawałek bicia utkwiony w gałce ocznej	82
— — Sparzenie oka roztopioną cyną, bez uszkodzenia	84
— — Wrodzone zбочzenie kanalików łzowych	86
Mutermilch Julijusz. Anatomija przewlekłych zapaleń łącznicy	602, 625

7. PATOLOGIA OGÓLNA i BAKTERYJOLOGIJA.

Bujwid Odo. Tuberkulina i jej przygotowywanie	6S
— — Doświadczenia na zwierzętach z tuberkuliną	582



Chełchowski Kazimierz. Obliczanie ciałek ropnych w ropie	415
Ciągliński Kazimierz (Siedlce). W kwestyi zakażeń mieszanych	732
Dunin Teodor. Kilka słów o t. zw zakażeniu mieszanem	786
Hoyer Henryk. Pogląd teoretyczny na przeciwgruźliczy środek Koch'a	25, 44, 59
Leśnik M. (Suwałki). Laseczniki smegmy w moczu ludzkim	713
Nencki Leon i Zawadzki Józef. Przypadek do domowego wyjąławiania mleka	974
Puterman Jakób (Koszyce). Przypadek grzybiczy włoskowcowej gardzieli	345

8. PATOLOGIJA i TERAPIJA WEWNĘTRZNA.

Bronowski Szcześny (Czerdyń). Usuwanie tasiemca	327
— — — — — Influenza w Czerdyniu	346
Chełchowski Kazimierz. O leczeniu gruźlicy płynem Koch'a	214, 239, 300
— — — — — Reumatyzm ostry jednostrawowy	290
Chełmoński Adam. O wpływie ostrych gorączek na przebieg suchot płucnych	77
Ciągliński Kazimierz (Siedlce). Przypadek ogólnej rozedmy podskórnej przy złamaniu żebra	594
Czajkowski Józef (Sosnowice). O niektórych powikłaniach ostrego samoistnego niezytu gardzieli i ich stosunku do tegoż cierpienia	360
Dąbrowski Witosław. O nieorganicznej niedostateczności zastawki dwudzielnej	966, 1005, 1026
Drecki Feliks (Kalisz). Dane o ospie i jej szepieniu w powiecie Kaliskim za ostatnich 13 1/2 lat	932
Gajkiewicz Władysław. O obrzęku pochodzenia histerycznego	450
— — — — — O akromegalii	846, 869
— — — — — Przypadek wylewu krwi w rdzeniu przedłużonym	952
Goldflam S. Przyczynek do etjologii obwodowego porażenia nerwu twarzowego	730
Higier Henryk. Pseudotabes s. tabes peripherica	501, 533
Józefowicz J. (Kowno). Przyczynek do kazuistyki włóknikowego zapalenia oskrzeli (bronchitis fibrosa)	653
Kleju Stanisław. Leczenie róży	521
Kohn Edward (Częstochowa). Przyczynek do nauki o umiejscowieniach zbroczeń mowy.	142
Kraszewski S. (Iwie). Przyczynek do leczenia dyfterytu gardzieli i dławca	555
Lubliner Leopold. Przypadek zaniku twardzieli nosa po tyfusie wysypkowym.	829
Mintz S. Przypadek gastritidis phlegmonosae diffusae w przebiegu raka żołądka	235, 280
Pawinski Józef. Przyczynek do rozpoznawania guzów wzgórków czworaczych.	643
Przedborski Ludwik (Łódź). Wyniki stosowania płynu Koch'a w szpitalu starozakonnym w Łodzi.	669, 688
Puławski Arkadyjusz. Spostrzeżenia kliniczne nad wstrzykiwaniem soku jądrowego (metoda Brown-Séguard'a).	743, 774
Rabek Ludwik. Przypadek postępowego kostnienia mięśni (myositis ossificans progressiva).	896, 908
RembIELiński Stanisław. Przyczynek do symptomatologii neurastenii.	529
Sokołowski Alfred. Kilka słów o działaniu kantarydynianu potasu (metoda Liebreich'a) w suchotach płucno-krtaniowych	339
— — — — — Przypadek owrzodzenia gruźliczego wargi dolnej, leczony za pomocą wstrzykiwań płynu Koch'a	468
— — — — — i Dmochowski Zdzisław. Przyczynek do patologii i kliniki spraw zapalnych migdałów	560, 588, 607, 630
Szwajcer Jakób. Przyczynek do zaraźliwości zapalenia płuc włóknikowego.	634
Wizel Adam. Astazyja-abazyja	156, 176, 222, 246, 258, 296, 322
Zawadzki Władysław. Przyczynek do patologii wylewu mleczka do jam surowiczych	104

9. SYFILODOLOGIJA i DERMATOLOGIJA.

Elsenberg Antoni. Leczenie wilka metodą Koch'a	100, 121
Halpern Jakób. Przyczynek do sprawy powstawania barwnika w naskórku człowieka	996, 1023
Kopytowski Władysław. W kwestyi wycinania pierwotnego objawu przymiotu	268
— — — — — Przyczynek do kazuistyki zewnątrz-płciowego zarażenia przymiotem	1011
Wychowski F. (Dobrzyń). Niezwykły przebieg pierwszego okresu przymiotu	515

II. STRESZCZENIA.

Acetonuryja przy zaburzeniach trawienia. Lorenz (ref. Sterling)	1012
Akinesia algera. Möbius. (ref. Wizel)	630
Białka rozszczepienia produkty. Nencki M. (ref. Grundzach)	433
Białkowate ciała chwiejne. Nencki M. (ref. Fabian)	733
Błonicy terapija. Löffler. (ref. Lebensbaum)	576
Błonicy. Poszukiwania nad zabezpieczeniem zwierząt od—. Behring. (ref. Lubliner)	149
Cukier we krwi jako objaw dyjagnostyczny. Trinkler. (ref. Grosstern)	19
Diazo-reakcyi znaczenie kliniczne. Rüttimeyer. (ref. Grosstern)	56
Eozynowych komórek obecności w krwi ludzkiej znaczenie kliniczne. Müller i Rieder. (ref. Janowski)	1048
Gruźlica wątroby. Hanot i Gilbert (ref. Grosstern).	90
Gruźlicy płucnej wyleczalność. Kurlow. (ref. Rembieliński)	38
Gruźlicy. Środek leczniczy przeciw. Koch. (ref. Gépner syn)	70
Gruźliczych łaseczników badanie bakteriologiczno - chemiczne. Hammerschlag (ref. Łapowski)	73
Gruźliczych. Kocha środka działanie na narządy wewnętrzne u chorych—Virehow. (ref. Mayzel)	87, 148
Jajników torbieli leczenia za pomocą elektryczności Noeggerath. (ref. Zweigbaum)	328
Kąpiele borowinowe w chorobach kobiecych. Heitzmann. (ref. Zweigbaum)	557
Kocha płynu składnika własności chemiczne. Hahn. (ref. Zweigbaum)	737
Macycy wyłuszczenia przez pochwę wskazanie. (ref. Kurtz)	290
Macycy wyskrobanie przy gorączkach połogowych. Fritsch. (ref. Lebensbaum).	613
Metylenowego błękitu wpływ na zimnicę. Guttmann i Ehrlich. (ref. Mayzel).	920
Moczenia mimowolnego leczenie, Tienhoven, Sänger (ref. Zweigbaum).	229
Mózgowej. Ośrodki oddechowe w korze. Preobraschensky, (ref. Wizel).	351
Mózgu ostre pierwotne zapalenie. Strümpell, (ref. Wizel).	416
Mycarditis infectiosa diphteritica. Huguenin, (ref. Grosstern).	18
Nerek operacje. Herczel, (ref. Faytt).	351
Oplucnej wysięku ropnego leczenie chirurgiczne. Hofmokl, (ref. Arnstein).	1030
Periostitis albuminosa. Vellert, (ref. Oderfeld).	89
Ropne koki we krwi, jako objaw dyjagnostyczny. Eiselsberg, (ref. Grosstern).	17
Rtęci moczopędne działanie. Iendrassik, (ref. Puławski).	715
Serca ostre przeciążenie i jego leczenie. Schott (ref. Arnstein)	1049
— Uczucie bólu przy cierpieniach. Nothnagel. ref. Janowski).	1053
Termopalpacya. Benzur, Ionas i Hellner. (ref. Puławski)	1051
Tetanija. Frankl—Hochwart, (ref. Wizel).	697
Tłenu wzięwań wpływ na ustrój. Honigmann, (ref. Janowski).	717
Trawienne leki i znaczenie ich w leczeniu niestrawności. Battistini, (ref. Rembieliński).	454, 477
Tuberkulina. Koch, (ref. Bujwid).	919
Tuberkuliny skład. Klebs. (ref. Chełchowski).	942
Tyjol przy chorobach kobiecych. Gottschalk, (ref. Kurtz).	290
Ucha średniego zapalenia stosunek do drobnoustrojów. Zaufal, (ref. Heiman).	635
Wrzodzianki przy zwykłej moczowce. Lewinski, (ref. Grosstern).	19
Żółtaczki epidemije. Henning i Ducamp, (ref. Pnławski).	269

III. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

(ref. Grosstern i Zweigbaum).

Ammonium embelicum	436	Nadmanganian potasu jako odtrutka przy otruciu fosforem	964
Bromalum	580	Nowotworów złośliwych nie nadających się do operacyi leczenie	187
Bromek etylenu przeciw epilepsyi	721	Oleum Caryophyllorum	435
Bromolum	579	Oleum Cassiae.	436
Cetrarinum	436	Pentalum jako środek znieczulający	913
Dermatolum	558	Pnenocollum hydrochloricum.	331
Europhenum	801	Połogowych zakażeń leczenie, (ref. Zweigbaum)	1035
Gallacetophenonum	822	Przemycanie organizmu ludzkiego	19, 150
Hydrastininum (ref. Zweigbaum).	1056	Retinolum	436
Ichtyjól w chorobach niewieścich. (ref. Zweigbaum)	519	Thilaninum	964
Jod—antifebrinum	436	Trypra leczenie	863
Jod—antipyrinum.	436		
Kantarydyna i sole kwasu kantarydynowego	208		



IV. ODCINEK.

Dunin. Czy tajemniczy skład płynu Koch'a powinien nas powstrzymywać od stosowania go w praktyce?	42
Elsenberg. Zapobieganie (prophylaxis) szerzeniu się syfilisu	815, 840, 879, 916. 938, 961
Hoyer. Kilka słów w interesie „Wszczęświata“	174, 193
Kramsztyk Z. O przeniesieniu szpitala starozakonnych za miasto	235
N. Z dziedziny etyki lekarskiej	313

V. ZJAZDY NAUKOWE.

VI zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, 718, 738, 780, 799, 819, 861, 900, 921, 943

VI. Sprawozdania z posiedzeń Tow. Lek. Warszawskiego.

11, 169, 206, 230, 250, 329, 391, 615, 757, 1032, 1054.

VII. LISTY OTWARTE.

Arnstein. Z powodu artykułu Dr. Czajkowskiego	437
— W kwestyi powikłań płucnych przy malaryi	985
Barącz. Odpowiedź Dr. Oderfeldowi	925
Bruner Mikołaj. Do redakcyi „Medycyny“	76
Ciągliński K. O szkodliwości hypnotyzmu	190
Elsenberg. Odpowiedź Dr. Majkowskiemu	306, 375
Fidler. Z powodu artykułu Dr. Czajkowskiego	458
Majkowski. Odpowiedź Dr. Elsenbergowi	368
Mintz. Z powodu artykułu Dr. Mizerskiego i Nenckiego L.	700, 762
Mizerski i Nencki. Odpowiedź Dr. Mintzowi	700
Oderfeld. Odpowiedź na artykuł Dr. Baracza	884
Pełczyński. Przypadek nagłego ośsienia	722
Pruszyński. Z powodu sprawozdania o jego odczycie	763
Puławski. Odpowiedź Dr. Pruszyńskiemu	764
Sędziak. Odpowiedź Dr. Wróblewskiemu	112
Srebrny. O chorej dotkniętej wilkiem	112
Szwykowski. Odpowiedź na list Dr. Pełczyńskiego	741
Targoński. Odpowiedź Dr. Winawerowi i Zweigbaumowi	595
Winawer. Z powodu artykułu Dr. Targońskiego	493, 600
Zawadzki J. O metodzie oznaczania kwasu solnego w zawartości żołądkowej	783
Zweigbaum. Z powodu artykułu Dr. Targońskiego	498, 600

VIII. KORESPONDENCYJE:

Elsenberg. O współczesnem leczeniu syfilisu wcieraniami szaruchy i kąpielami siarczanemi.	781
Jaworski. Z Davos.	394

IX. PRZEGLĄD BIBLIJOGRAFICZNY.

Cybulski. Fyzyjologija człowieka. Ocenił H. Nussbaum.	517
Harajewicz. Gimnastyczne leczenie chorób niewieściich według metody Thure Brandt'a. Ocenił M. Zweigbaum	417
Udziała. Medycyna i przesady lecznicze ludu polskiego. Ocenił B. Sawicki	617

X. WIADOMOŚCI BIEŻĄCE:

Adamkiewicz i leczenie raka	354, 681	Członkowie nowi Tow. Lek. Warsz.	94
Borysikiewicz profesorem w Gracu	864	— Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu	40
Brown-Séquard'a płyn w gruźlicy	40	Dezynfekcja wagonów.	640
Chinina sztuczna	540	Ebersa pensjonat.	354
Chloroformowanie przyczyna śmierci	520	Fabian referentem	903
Ciechomski zastępcą ordynatora	232	Farmakopea nowa rosyjska	1014



Gepner naczelnym lekarzem	459	Malleina	965
Heryng członkiem Tow. Laryng. Berl.	40	Mięsa wołowego i rybiego strawność	540
Hewelke doktorem medycyny.	500	Nencki M. w Petersburgu	903
„Hygiena“ Flügge'go	76	„Nowiny lekarskie“	22, 945, 965
„Hygiena“ Natansona	153	„Odczyty kliniczne“ 22, 152, 172, 213, 397	
Hygieny socjalnej wykłady	904	681, 824, 925, 1016	
Influenza w Londynie	540	„Ospa i co robić aby się od niej uchronić“	153
— w Warszawie	824	„Pamiętnik Tow. Lek. Warsz.“	232
Instytut medycyny profilaktycznej w Londynie.	76	Pawiński ordynatorem starszym	94
Izby lekarskie w Austrii	945	Polak delegatem w Londynie	580
Jakowski redaktorem	864	„Przegląd piśmiennictwa lekarskiego polskiego“	232
Jasiński młodszym bibliotekarzem	94	„Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej“	640, 965
Jubileusz Helmholtz'a	864	Schauta profesorem	681
— J. Majera	191	Sprawozdanie sanitarne urzędu lekar. m. Warszawy	135
— Virchow'a	864	Springera książka o środku Koch'a.	154
— Widmana	945	Szokałskiego pogrzeb	57
— służby szpitalnej w Paryżu	94	Szpital w Tomaszowie Rawskim	233
Koch'a płyn u krów gruźliczych	154	— w Tworkach	904, 945, 965
— u trędowatych	154	Towarzystwa lekarskie prowincjonalne	271
Kocha publikacji krytyka	1057	— lekarskiego Krakowskiego prezydium.	22
Komisya dla badania działania płynu Koch'a	40	Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego prezydium.	76
Kon doktorem medycyny	520	Tuberkulina przy gruźlicy oka	965
Kongres badaczy gruźlicy	459, 681	Wodolecznica w Nieklaniu.	252
— chirurgów francuzkich	22	Wystawa przemysłowa-lekarska w Krakowie	377, 459
— higieny i demografii w Londynie	154, 191	Zaleski laureatem	1036
— lekarzy ruskich w Moskwie	154	„Zeitschrift fur Nervenheilkunde“	311
— lekarzy włoskich	459	Zjazd lekarzy angielsko—i hiszpańsko-amerykańskich	985
— medycyny wewnętrznej.	311, 985	Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 213, 291, 479, 500, 540	
— międzynarodowy w Rzymie	985	559, 601, 619, 701	
— przeciw prostytucyi	904		
Konkurs w szpitalu Dzieciątka Jezus.	354		
„La tuberculosi“	459		
Lekarska szkoła miejska w Paryżu	459		
Lekarski wydział w Lwowie.	903		
— — w Tuluzie	459		
Lekarzy w Rossyi Spis	311		

XI. NEKROLOGIJA.

Baraniecki Adryjan (napisał W. G.)	845	Lubelski Wilhelm (napisał Mayzel).	272
Kopernicki Izidor (napisał A. Wrześniowski)	885	Łuczkiwicz Henryk.	273
		Szokałski Wiktor (napisał Z. Kramsztyk)	23

Baillarger 94. Baraniecki 845. Bouchut 985. Braun 311. Dziobkowski 191. Filipowicz 76. Fonberg 965. Grodziński 94. Hartnaek 251. Hopfenblum 764. Kopernicki 785. Kowalewski 784. Krajewski 824. Krasiński 76. Libchen 1016. Limau 985. Lubelski 251. Mały 311. Ottowicz 191. Paczek 459. Roger 985. Schauenstein 904. Święcki 191. Szokałski 40. Weiss 619.

XII. ODPOWIEDZI REDAKCYI.

94, 172, 272, 480, 540, 844, 965.

XIII. KSIĄŻKI NADEŚLANE DO REDAKCYI.

40, 113, 154, 191, 213, 272, 333, 460, 480, 540, 601, 619, 640, 804, 824, 884, 904, 925, 965, 985, 1057.

SPIS AUTORÓW*)

których prace w oryginale lub streszczeniu pomieszczone:

- *Arnstein 657.
*Barącz 136, 851.
Battistini 454, 477.
Behring 149.
Benzur 1051.
*Biernacki 419, 445, 473.
*Bronowski 327, 346.
*Bruner 196.
*Bujwid 68, 582.
*Chęłchowski 133, 214, 239,
264, 290, 300, 415.
*Chęłmoński 77.
*Ciagliński K. 594, 732.
*Czajkowski 360.
*Czepurkowski 844.
*Dąbrowski 439, 966, 1005,
1026.
*Dmochowski 560, 588, 607,
630, 663.
Dogiel 661.
*Drecki 932.
Ducamp 269.
*Dunin 439, 786.
Ehrlich 920.
Eiselsberg 17.
*Elsenberg 100, 121.
*Finger 461.
*Flaum 1017, 1042.
Frankl-Hochwart 697.
Fritsch 613.
*Gabszewicz 292, 312.
*Gajkiewicz 450, 846, 869, 952.
*Gepner (syn) 334.
Gilbert 90.
*Goldflam 730.
Gottschalk 290.
*Grabowski 274.
Guttman 920.
Hahn 737.
*Hälpern 996, 1023.
Hammerschlag 73.
Hanot 90.
Heitzmann 557.
Hellner 1051.
Henning 289.
Herczel 351.
*Heryng 1037.
*Higier 501, 533.
Hofmohl 1030.
Honigmann 717.
*Hoyer 25, 44, 59.
Huguenin 18.
*Jakubowski 682, 710.
*Janowski 95, 128, 163, 182,
201.
*Jasiński 33, 114, 378.
Jendrassik 715.
Jonas 1051.
*Jouszer 347.
*Józefowicz 653.
Klebs 942.
*Klejn 521.
Koch 70, 919.
*Kohn 142.
*Kopff 398, 425, 449, 488, 511,
548, 570.
*Kopytowski 268, 1011.
*Kramsztyk Z. 82, 84, 86.
*Kraszewski 555, 593.
Kurlov 38.
*Lesnik 713.
*Leszczyński 173, 620, 677, 693.
Lewiński 19.
Löffler 576.
Lorenz 1012.
*Lubliner 709, 829.
Macfadyen 765, 792, 809, 835,
853.
*Matlakowski 481, 505, 926,
955, 1001.
*Mintz 235, 280, 541, 565.
*Mizerski 620.
Möbius 660.
*Monsiorski 941.
Müller 1048.
*Mutermilch 602, 625.
*Nencki L. 620, 974.
*Nencki M. 41, 192, 433, 733,
765, 792, 809, 835, 853.
Noeggerath 328.
Nothnagel 1053.
*Obaliński 769.
*Oderfeld 606, 723, 751.
*Pański 968.
*Pawiński 643.
Preobraschensky 351.
*Przedborski 669, 688.
*Przewoski 926, 955.
*Puławski 743, 774.
*Puterman 345.
*Rabek 896, 908.
*Izmbieliński 529.
Rieder 1048.
*Rosenthal J. 865.
Rüttimeyer 56.
*Rychliński 825.
Sänger 229.
*Sawicki 702.
*Scheller 253.
Schott 1049.
*Seemann 8.
Sieberowa 765, 792, 809, 835,
853.
*Sokołowski 339, 468, 560,
588, 607, 630.
Strümpell 416.
*Szpaubok 946.
*Szuman 805.
*Szwałcew 634.
*Targoński 404.
Tienhoven 229.
Trinkler 19.
Virchow 87, 148.
Vollert 89.
*Wizel 156, 176, 222, 246, 258,
296, 322.
*Wróblewski J. 355, 385.
*Wyehowski 515.
*Wygodzki 905.
Zaufal 635.
*Zawadzki J. 30, 974.
*Zawadzki W. 104.

*) *Objaśnienie.* Dodanie gwiazdki oznacza autora Polaka, rozstawienie czcionek — autora artykułu oryginalnego.

GAZETA LEKARSKA.

1 Stycznia 1891 r.

Ostatni zeszłoroczny numer GAZETY LEKARSKIEJ zakończył 25-ty rok istnienia pisma naukowego krajowego, założonego pod egidą grona profesorów Wydziału lekarskiego b. Szkoły Głównej Warszawskiej, a zarazem 10-y rok wydawnictwa po objęciu GAZETY przez spółkę młodych lekarzy, która się zawiązała nie tylko dla podtrzymania zasłużonej firmy, ale i dla zreformowania jej w duchu nader żwawo postępującej nauki. Czy cel ten został osiągnięty? Czy GAZETA wypełniła nowy swój program i przyczyniła się do postępu nauki krajowej? Przed rokiem powstał w gronie wydawców projekt uwydatnienia 10-letniego okresu swej działalności i 25-letniego jubileuszu GAZETY numerem pamiątkowym, w którym zamierzono podać także treściwy przegląd prac, pomieszczonych w GAZECIE w ciągu ćwierćwiekowego jej istnienia. Różne poważne okoliczności zniewoliły jednak wydawców do zaniechania wspomnianego projektu, którego wykonanie, bądź co bądź, dostarczyłoby nader zajmującego rysu rozwoju nauki lekarskiej w kraju od czasu otwarcia Szkoły Głównej. Jako główny motyw do takiej rezygnacji należy zaznaczyć zupełnie usprawiedliwioną niechęć wydawców do intonowania hymnu pochwalnego na własną działalność, albowiem ostateczna ocena produkcji nie należy do samego producenta. Taka abnegacja głównych współpracowników pisma nie powinna była jednak posunąć się aż do zupełnego zamilczenia o chwili, w każdym razie dla nich wcale pamiętnej, a nawet uroczystej, a przekonanie to wsunęło pióro w rękę piszącego te słowa, ażeby w podobny sposób, jak to już miało miejsce przy rozpoczęciu kilku poprzednich lat, skreślić tu pobieżnie wrażenia zbierane przy 10-letnim stałym udziale w posiedzeniach redakcyjnego grona GAZETY. Mam nadzieję, że każdy, znający bliżej moje przekonania i dążności, przyzna, że nie co innego zaprowadziło mnie do spółki wydawców GAZETY, jak tylko chęć służenia nauce i krajowi, że tylko przekonanie o pożyteczności wydawnictwa, o odpowiednim uzdolnieniu i szczerych zamiarach tego grona do utrzymania prawdziwie naukowego poziomu pisma, skłoniło mnie do wytrwania na redakcyjnych zebraniach GAZETY, jak również i do wystąpienia przed Czytelnikami z niniejszym poglądem na 10-letnią działalność pisma.

Sądzę, że nie wywołam istotnego zaprzeczenia, jeżeli zaraz na wstępie pozwolę sobie zaznaczyć, że GAZETA LEKARSKA w ostatnim 10-oleciu swego istnienia zjednała sobie pośród lekarzy krajowych i zagranicznych zaszczytną opinię istotnie naukowego pisma. Jako dowód posłużyć może współpracownictwo najdzielniejszych autorów lekarskich, władających językiem polskim. Lekarze miejscowi i prowincjonalni chętnie powierzają swe prace GAZECIE w przekonaniu, że

tak w gronie jej wydawców, jak również i pośród jej Czytelników znajdują należyłą ocenę. Liczne artykuły, wydrukowane w GAZECIE, zostały następnie pomieszczone w pismach zagranicznych i zyskały tam przychylnie przyjęcie. Niejeden ze współpracowników krajowych zjednał sobie tą drogą pośród uczonych innych narodowości poważne imię. Krytycznym doborem artykułów i starannem ich wyglądem pod względem stylowym i językowym GAZETA wyrobiła sobie opinię, że prac zupełnie bezwartościowych w swych szpaltach nie pomieszcza. W każdym razie nie można zarzucić GAZECIE niedbałości w załatwianiu obowiązków redakcyjnych. Pod tym względem w ostatnim 10-oleciu pismo to nietylko nic nie straciło, ale śmiem utrzymywać, że nawet znacznie zyskało, przynajmniej w porównaniu z końcowym okresem pierwszego 15-olecia jego istnienia. Jako dowód, że GAZETA, pomimo pewnych braków i niedostatków redakcyjnych, znajduje przychylnie przyjęcie pośród lekarzy krajowych i odpowiada najistotniejszym potrzebom, należy przytoczyć jeszcze i ten radosny fakt, że byt jej zdaje się być zabezpieczonym, choć nie świetnym. Przy dość ustalonej liczbie prenumeratorów [przynajmniej w ostatnich latach], przy zupełnie bezinteresownem współpracownictwie jej wydawców, przy niezbędnych, niestety, dochodach z inseratów i nader oszczędnej administracji, daje się koniec z końcem związać. Wydawcy mają przynajmniej moralne zadowolenie z przekonania, że praca ich jest cenioną i nie bezowocną. Wydawnictwo dzieł i odczytów naukowych, złączone z GAZETĄ, również znajduje wcale dobre przyjęcie, przynajmniej nie wymagało dotąd znacznie większych ofiar nad te, które zebrano wśród współwłaścicieli na rozpoczęcie tych pożytecznych wydawnictw. Rezultaty, osiągnięte z odczytów nie są wprawdzie zbyt świetne, ale najzupełniej wystarczające na to, aby wydawnictwo to w dalszym ciągu prowadzonym było.

Zwracając się do treści i kierunku prac, pomieszczonych w GAZECIE, również nie spodziewam się spotkać z zaprzeczeniem, twierdząc, że żadna z ważniejszych kwestyj lekarskich, będących na porządku dziennym pomiędzy rokiem 1881-ym do 1891-go, nie została w zupełności pominiętą milczeniem. Z natury pisma peryjodycznego, rozporządzającego szczupłymi środkami materyjalnemi, wypływa ten niedostatek, że kwestyja drugorzędna znajduje często obszerniejsze opracowanie, niż problematy żywotniejsze, ponieważ współpracownicy po większej części dostarczają owych produkcyj nie na obstalunek, tylko wedle własnego upodobania i skłonności. Nie mając w zapasie dostatecznych środków dla należytego wynagrodzenia za mozołną pracę, nie można dowolnie zamawiać pożądaných artykułów, należy nieraz zadawałać się tem, na co osobiste skłonności i dobrowolna ofiarność współpracowników się zdobywają. Z powodu niezbędnej zwięzłości niniejszego artykułu i niemożności zbierania odpowiedniego materyjału przy upośledzonym stanie mego wzroku, nie wyliczam tu nawet ważniejszych postępów nauki, które w GAZECIE mniej więcej szczegółowo zostały uwzględnione. Zastanowię się tylko bliżej nad nowo ufundowaną gałęzią nauki, która spowodowała najdonioslejszy przewrót w pojęciach lekarskich i stanowi nową epokę w rozwoju medycyny. Od samego początku swego istnienia pod nową redakcją, GAZETA LEKARSKA pilną zwracała uwagę na badania nad pasorzytniczem pochodzeniem chorób zakaźnych. Z jej inicjatywy wyszedł cały szereg artykułów kolegi JAKOWSKIEGO, zebranych na-

stępnie w oddzielne dziełko. Przez obznajmienie lekarzy z metodami badań bakteriologicznych, przez wyjaśnienie sposobu działania tych pasorzytów na ustrój żyjący, przez wydrukowanie całego szeregu artykułów o rezultatach metod antyseptycznych w chirurgii, o terapeutycznych następstwach nowych poglądów i t. p., GAZETA nie mało się przyczyniła do szybkiego ustalenia się tych poglądów pomiędzy lekarzami i utrzymania ich na wyżynie nauki.

Nareszcie nie należy tu też pominąć milczeniem niejednokrotnego dosadnego wystąpienia GAZETY w obronie interesów stanu lekarskiego i samej nauki. Jako przykłady wymienię tu tylko nader poważny artykuł kolegi TCHÓRZNICKIEGO o kwestyi felczerskiej i zbiór artykułów, skierowanych przeciwko pretensyjom zwolenników „magnetyzmu zwierzęcego“. Powyższe wzmianki i ostatnie przykłady zapewne wystarczą do wykazania, że działalność GAZETY odpowiadała jej programowi i pod wielu względami osiągnęła zadawalające rezultaty.

Nim się zwrócę do rozbioru zadań GAZETY w przyszłości, czuję się do obowiązku wypowiedzenia kilku słów o wewnętrznych stosunkach grona redakcyjnego. Przedewszystkiem należy tu zaznaczyć rzadką zgodność i wytrwałość dość licznego grona współwłaścicieli pisma, którzy w tym samym komplecie, z tym samym zapalem gromadzili się na posiedzeniach redakcyjnych w przeciągu całych 10-ciu lat, jak przy rozpoczęciu swego wydawnictwa. Gorliwość ta godną jest tem większego uznania, iż prócz nader mozolnej, nader zmudnej i uciążliwej pracy, GAZETA nic więcej im nie dostarczała, jak tylko moralne zadowolenie i przestronniejszy widnokrąg naukowy. Wiele to czasu, przeznaczonego właściwie na niezbędny nocny odpoczynek, wypada poświęcić nietylko na sumienne wykończenie obszerniejszej naukowej rozprawki, ale i na skreślenie pilnie pożądanego referatu, na wygładzenie, a nawet na zupełne przerobienie niedbale rzuconego na papier i do redakcyi nadesłanego artykułu, zawierającego jednak jakąś cenniejszą obserwację. Zaiste, potrzeba głębokiego przeświadczenia o obywatelskich obowiązkach, ażeby przez długie lata wytrwać w mało wdzięcznej działalności.

Zapał wydawców GAZETY w samej rzeczy dotąd bynajmniej nie ostygł, owszem pismo to gotuje się do wstąpienia w nowe *decennium* w pełnej zbroi nauki i ze wzmoczoną energiją. Koniec 19-go wieku niewątpliwie uwieńczy rozpoczęte w nim odrodzenie praktycznej medycyny, która powoli przybiera coraz wyraźniejsze kształty prawdziwej nauki. Terapija organów, dostępnych bezpośrednio oddziaływaniu metod leczniczych, stała się już dotąd prawie zupełnie racjonalną i osiągnęła niespodziane rezultaty. Należy się spodziewać, że i terapija chorób wewnętrznych dosięgnie niezadługo podobnego stopnia rozwoju i dojrzałości. Pierwsze kroki w tym kierunku już są dokonane. Punktu ciężkości w nowej metodzie leczenia gruźlicy nie należy szukać tam, gdzie rezultatu spodziewać się niepodobna, ale w obszernych perspektywach, jakie się otwierają dla nowych badań przez wykrycie nieznanych dotąd czynników, oddziałujących na procesy życiowe. Pierwszy zadatek na produkcyje, jakie GAZETA w najbliższej przyszłości swoim czytelnikom ofiarować zamierza, złożony został w artykule kolegów FABIANA i NENCKIEGO o enzymach [w ostatnim numerze dopiero co zakończonemu tomu GAZETY], którego uważne przetrwanie najusilniej zalecam Czytelnikom naszego pisma. Artykuł wspomniany rzuca jasne światło na część drogi, po której bada-

nia naukowe w najbliższej przyszłości winny postępować. Prócz tego należy tu zaznaczyć, że postęp nauki nie uskuteczni się bezmyślnem szablonowem stosowaniem bardzo energicznie działającego środka, ale najstaranniejszym rozbiorem nader zawiłych warunków, w których jedynie pomyślny skutek daje się z pewnością przewidzieć. Nowe środki lecznicze zniewolą praktyka nietylko do najskrupulatniejszego badania chorego, ale rzucą także światło na wiele dotąd jeszcze ukrytych lub niezrozumiałych zjawisk. Pismo lekarskie krajowe w przyszłości nie powinno, jak dotąd, być przeważnie zbiornikiem badań i spostrzeżeń czynionych przez jednostki w najróżnorodniejszych kierunkach, ale należy mu wytknąć cel ściśle oznaczony. Przedstawiając krytycznie wszystkie nowe istotne spostrzeżenia i poglądy zdobyte za granicą, powinno ono stać się przewodnikiem lekarzy na nowych torach badania, wskazując kwestyje, wymagające rozświetlenia, oddzielnem lub zbiorowem badaniem i zachęcając do ich rozwiązania. W taki sposób najskuteczniej przyczyni się nietylko do utrzymania lekarzy na wysokości nauki, ale i do jej postępu w kraju. Jak na katedrach uniwersyteckich badacz samodzielny najlepiej potrafi oswoić młodzież z tajnikami nauki, tak również i samodzielnie badający lekarz stanie się najdzielniejszym praktykiem. Większość lekarzy w najodleglejszych nawet zakątkach kraju sumiennem wypełnianiem obowiązków i pilnem śledzeniem za postępem nauki już dotąd w zupełności zasługiwała na zaufanie i szacunek rozumnych i wykształconych jednostek narodu; postarajmy się o to, ażeby w przyszłości lekarz stał się najpewniejszym i najdroższym przyjacielem i doradcą każdej rodziny.

H. Hoyer.

I. O OBRZĘKU POCHODZENIA HISTERYCZNEGO (*Oedema hystericum*).

Podał

Władysław Gajkiewicz,

lekarz oddziału chorób nerwowych w szpitalu żydowskim.

Teoryja Hipokratesa—czyniąca histeryję zależną od cierpień macicy—jest obecnie ogólnie zarzuconą ¹⁾, natomiast zyskuje sobie z każdym niemal dniem coraz więcej zwolenników teoryja WILLIS'a—SYDENHAM'a [1682], wedle której histeryja jest cierpieniem całego układu nerwowego. Jak to miało miejsce z wielu chorobami, zwłaszcza układu nerwowego, tak i odnośnie histeryi nagromadzono dotychczas mnóstwo materiału klinicznego, przyczyny jednak anatomicznej cierpienia wykryć się dotąd nie udało, tak, że i obecnie, jak i za czasów SYDENHAM'a, histeryja uważana jest jeszcze za nerwicę układu nerwowego.

Jak uczą spostrzeżenia kliniczne, wszystkie części składowe tego układu [mózg, rdzeń, nerwy obwodowe] mogą być siedliskiem nieznaney sprawy anatomo-

¹⁾ Ostateczny cios teorii tej zadał fakt, iż histeryja nie jest cierpieniem swoistem kobiet, lecz że bywa i u mężczyzn, a nawet u tych ostatnich, zdaniem CHARCOT'a, w klasie robotniczej Paryża ma być ono częstszą, niż u kobiet.

micznej, powodującej histeryję; nikogo więc nie zadziwi, iż histeryja może naśladować wszystkie choroby układu nerwowego o znanej przyczynie anatomicznej (*L'hystérie est la grande simulatrice des maladies organiques des centres nerveux* — CHARCOT), tak samo jak naśladuje ona niekiedy cierpienie i innych narządów [płuca, serce, żołądek, otrzewna i t. d.]. Zdania tego — które, mówiąc nawiąsowo, zostało wygłoszone już przez SYDENHAM'a — lekarz nie powinien nigdy spuszczać z uwagi, jeśli chce uniknąć niespodzianek, często dlań nieprzyjemnych.

Do ostatnich prawie czasów utrzymywano, iż dla wywołania zaburzeń odżywczych [troficznych], nieodzowną jest zmiana materyjalna układu nerwowego [ośrodków nerwowych, lub części obwodowych]. Spostrzeżenia lat ostatnich zachwiały i tem przekonaniem; wykazały bowiem, że zaburzenia podobne mogą zależeć i od histeryi. Nie mamy zamiaru zajmować się w tem miejscu wszystkimi zaburzeniami troficznymi, jakie spotykano w histeryi. Nadmienimy tylko, iż mogą one dotyczyć:

1) skóry i jej dodatków, pod postacią różnego rodzaju wysypek (*erythema, urticaria, eczema, prurigo, herpes zoster, pemphigus, vitiligo*), wypadania włosów, rzęsów, zębów, paznokci, zaburzeń naczynio-ruchowych i wydzielniczych (*ecchymoses spontaneae* — ważne dla lekarzy sądowych — *haemorrhagiae, oedema, gangraena symetrica, galactorrhoea, sudor localis, haematidrosis etc.*);

2) tkanki łącznej podskórnej, więzów stawowych i ścięgien i zmiany te doprowadzić mogą do zniepodobnień; CHARCOT np. wykazał, iż przykurcze histeryczne (np. *pesvaro-equinus hystericus*) zależne w początkach cierpienia od kurczu tonicznego mięśni, później mogą być podtrzymywane „*par rétractions tendineuses et les formations conjonctives périarticulaires d'origine trophique*“,

3) mięśni, pod postacią zaniku ich, który może bardzo szybko powstawać i również szybko przemijać, zaniku niezawsze prostego [BABIŃSKI — 1886], lecz niekiedy [CHARCOT] połączonego z drganiem włókienkowym mięśni i odczynem zwyrodnienia na elektryczność.

Z przytoczonych zaburzeń troficznych pochodzenia histerycznego zajmiemy się tu jedynie obrzmieniem (*oedema*), którego następujący przypadek mieliśmy sposobność niedawno spostrzegać:

Ryfka Laja Szmulowicz z Piotrkowa, panna, wieku lat 17, zapisała się do mego oddziału 7 Lutego 1890 r.. O ile można było się wywiedzieć, pochodzi ona z rodziny zdrowej; rodzice, bracia i siostry nie byli i nie są dotknięci żadną chorobą nerwową i cieszą się dotąd jak najlepszym zdrowiem. Sama chora poprzednio nie przechodziła żadnego cierpienia. Miesiączki dostała po raz pierwszy przed rokiem i miewa ją odtąd regularnie co 4 tygodnie bez żadnych dolegliwości, po 6—7 dni za każdym razem. Przed rokiem, bez widocznego powodu [moralnego lub fizycznego], doznała ona bólu w prawem przedramieniu, który trwać miał bez zmiany przez kilka miesięcy. Ból nie był zbyt silny, chora w tym czasie mogła kończyną górną prawą posiłkować się swobodnie. Po upływie kilku miesięcy, bez widocznego również powodu, przedramię i ręka prawa raptem spuchły, a po kilku tygodniach obrzęk ten znikł nagle, by pojawić się powtórnie po pewnym czasie. Takie znikanie i pojawianie się obrzęku, zawsze w tem samym miejscu, powtarzało się kilkakrotnie. Obrzęk zazwyczaj trwał tylko po kilka lub kilkanaście dni,

gdy jednak ostatnim razem istniał znacznie dłużej, chora zaniepokojona przyjechała do Warszawy szukać porady w szpitalu żydowskim.

Przy badaniu jej w dniu przyjęcia znaleziono: chora średniego wzrostu, dobrze zbudowana i odżywiona. W narządach wewnętrznych — specjalnie w sercu i naczyniach krwionośnych — żadnych zmian nie znaleziono. Blednicy nie było. W moczu żadnych składników nieprawidłowych. Władze umysłowe dobrze rozwinięte. Chora cicha, spokojna, małowówna, nader posłuszna. Skarżyła się jedynie na ból w przedramieniu prawem, od łokcia do napięstka. Ból był ciągły, chwilami tylko zwiększał się; chora nie umiała go umiejscowić, był więcej rozlany, żadnych punktów bolesnych wykryć nie można było. Cała ręka i dolna część przedramienia strony prawej silnie opuchnięte, co uderzało nawet zdaleka, gdy chora ustawiła obok siebie obie kończyny górne. Obrzęk w miarę zbliżania się do łokcia, stopniowo był mniejszy. Skóra na miejscach obrzękłych różowo-czerwona, lśniąca, równa, gładka, fałda jej 2 razy grubsza, niż po stronie lewej. Ucisk, nawet silny, nie zwiększał bólu i nie pozostawiał żadnego po sobie śladu w postaci dolka, zagłębienia. Już na dotknięcie skóra na wysokości obrzęku cieplejsza, niż po stronie lewej, co stwierdził ciepłomierz, wykazując 0,9° C. różnicy na korzyść przedramienia prawego [na prawo 36,4° C., na lewo 35,5° C.]. Ruchy dowolne w kończynie górnej prawej [w stawach: barkowym, łokciowym, napięstkowym i palców] wszystkie możliwe, tylko powolniejsze, słabsze, bardziej ograniczone, niż w lewej. Ruchy bierne swobodne. Odruchy skórne i ścięgniste w tejże kończynie niezmiennione. Czucie na całej kończynie górnej prawej i na wszystkie bodźce słabsze, niż w lewej (*hypoesthesia*). Nietylko bodźce dotykowe, lecz i termiczne i ból, chora słabiej odczuwała na prawej kończynie górnej, niż na lewej. Silne klucie prawej ręki mniej było dla chorej dotkliwe, niż lekkie na lewej. Zarówno ciepłe, jak i zimne przedmioty, wywoływały żywsze wrażenie po stronie lewej. Prąd faradyczny takiej siły, iż sprawiał chorej przykre uczucie na przedramieniu i ręce lewej, po stronie prawej nie był jeszcze odczuwany. Pobudliwość elektryczna nerwów obwodowych kończyny górnej prawej również nieco słabsza. Faradyzacja nerwu łokciowego prawego powodowała minimalny skurcz mięśni przy oddaleniu cewek na 8½ ctm., podczas gdy takiż skutek po stronie lewej widoczny był już przy oddaleniu ich na 9 ctm.. Nerw pośrodkowy oddziaływał z obu stron jednakowo. Nerw promieniowy prawy — przy 6½ ctm., lewy — przy 7½ ctm.. Podobne osłabienie czucia na wszystkie bodźce istniało w prawej połowie twarzy i w prawej kończynie dolnej. W nerwach ruchowych mózgowych, w ruchach kończyny dolnej prawej, jako też w całej lewej połowie ciała, żadnych zmian badanie nie wykryło, prócz lekkiego wzmożenia odruchu kolanowego prawego. Siła widzenia, badana przy pomocy tablicy SNELLEN'a, słabsza w prawym oku. Zwężenie pola widzenia po stronie prawej na światło i barwy. Żrenica prawa znacznie szersza niż lewa, oddziaływanie tęczywek na światło i akkomodację prawidłowe i jednakowe z obu stron. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Osłabienie wrażliwości zmysłów: słuchu, smaku i powonienia, po stronie prawej. Prawe ucho słyszy zegarek z odległości 15-u stóp, a lewe już 19-u stóp. Potrzeba było użyć więcej nasyconych roztworów chininy, sacharyny, kwasu winnego i soli dla prawej, niż lewej połowy języka, by chora uczuła smak gorzki, słodki, kwaśny i słony. Ró-

wniez znacznie silniejsze roztwory olejku różanego i asafetydy sprawiały przyjemne lub przykre wrażenie w prawej nozdrzy, niż lewej. Jednym słowem prócz bólu, obrzęku i osłabienia ruchu (*monoparesis brachialis*) w kończynie górnej prawej, istniało przytępienie czucia ogólnego i specjalnego prawej połowy ciała (*hemihyphaesthesia sensitiva et sensoriellis dextra*).

Chora pozostawała w oddziale moim blisko $\frac{1}{2}$ roku, a obserwowanie jej przez ten długi przeciąg czasu wykazało przedewszystkiem, iż opisany wyżej stan kończyny górnej prawej nie był trwałym, że niektóre z objawów chorobowych zmieniały się nieustannie i to często tak szybko, iż niekiedy niemal co godzina dało się co innego zauważyć. Najstałej jeszcze utrzymywał się ból, tak, że nie wiele było dni niebolesnych, zwłaszcza w początkach pobytu chorej w szpitalu. Obrzęk najwyraźniejszym był zawsze rano, wieczorem niekiedy zupełnie znikał, lub przynajmniej znacznie się zmniejszał. Obrzękami były albo przedramię i ręka współcześnie, albo tylko przedramię lub tylko ręka, rzadko obrzmiała była i twarz. Również zmiennie zachowywało się zabarwienie skóry w miejscu obrzękiem; gdy bowiem raz było ono — jak powiedzieliśmy wyżej — różowo-czerwone, drugi raz przybierało ono odcień niebieskawy lub fioletowy, innym znów razem stawało się marmurkowatym, to jest miejscami było czerwone, w drugih sinawe, to wreszcie blade, barwy prawidłowej. Jeśli skóra zabarwioną była więcej na niebiesko, to i ciepłota jej była wtedy niższą, niż na kończynie zdrowej, co prócz ciepłomierzem, z łatwością wykryć się dawało nawet dotykiem. Ręka chora była wtedy i wilgotniejszą, niż zdrowa. Dla przykładu przytaczamy notatkę z kilku dni. 17. III.—kończyna górna prawa jest więcej cyjanotyczną i zimniejszą, niż zdrowa, co sama chora subiektywnie odczuwa. 18 III. — ciepłota kończyny chorej podwyższona, kończyna jest czerwona. 20. III. — mocna sinica prawego przedramienia w dolnej części; w godzinę później sinica ustąpiła miejsca bledości; przedramię niewiele, ręka silnie obrzmiała, ciepłota prawej ręki niższa, niż lewej, przedramion jednakowa. 22. III. rano, — obrzęk tylko na ręce, ciepłota jej niższa, niż zdrowej. W 2 godziny później — obrzęk i na przedramieniu, ciepłota podniosła się. Całą noc bardzo silny ból mimo dwukrotnego wstrzyknięcia morfiny [po $\frac{1}{3}$ gr.]. 23. III. rano, — obrzęk, sinica i obniżenie ciepłoty w kończynie górnej prawej. W 2 godziny później obrzęk jeszcze większy, skóra blada z plamami różowemi, ciepłota podniesiona, ból gwałtowny. W godzinę później, objawy wszystkie zginęły, stan kończyny prawidłowy.

W końcu Marca [31] — obrzęk prócz na kończynie górnej prawej, wystąpił i na powiece górnej prawej, skóra tamże zaczerwieniona i cieplejsza, niż na lewej. Obrzęk ten powieki trwał przez 3 dni, zmieniając też natężenie kilka razy dziennie. 13. VI. — obrzęk prawej połowy twarzy, z podniesieniem ciepłoty i bólem. Obrzęk twarzy i powieki był krótkotrwały [3 dni] w porównaniu z obrzękiem kończyny górnej.

Tak samo jak obrzęk, zabarwienie, ciepłota, tak i osłabienie czucia chorej kończyny nie było stałe. Badanie codziennie powtarzane wykrywało niekiedy [4 Kwietnia] zupełne znieczulenie na dotyk i ból, gdy przeciwnie innym razem [20, 21 Maja] w tychże samych miejscach skóra była nadszuta.

Takie nieustanne wahanie się wszystkich objawów trwało przez kilka miesięcy, dopiero od połowy Czerwca zaczęła się uwidocznić poprawa, polegająca na tem, iż przerwy, w których chora nie doznawała bólu, a kończyna górna prawa nie była obrzękłą, stawały się coraz dłuższymi i częstszymi. Od połowy Lipca opisane objawy chorobowe znikły zupełnie, a mianowicie obrzęk, połowiczne stępienie czucia, a siła mięśniowa, badana dynamometrem, była jednakową w obu kończynach górnych. Pozostało jedynie rozszerzenie źrenicy prawej [czy ono istniało przed chorobą trudno się było dowiedzieć, lecz jest to prawdopodobnem]. 31 Lipca pacjentka wypisała się ze szpitala zdrową. O ile mogliśmy listownie wywiedzieć się, obrzęk dotychczas nie powrócił.

Dla całości powinniśmy dodać, iż wszelkie środki [brom, sporysz, chinina, morfina, bandażowanie i masowanie kończyny, elektryzowanie, hydropatyja, przyżeganie żegadłem PAQUELIN'a, hypnotyzm] nie wywoływały albo żadnego skutku, albo tylko przelotny. Najwyraźniej jeszcze działało przyżeganie karku i kręgosłupa, które 5 razy powtórzyliśmy. [D. n.]

Z KLINIKI CHIRURGICZNEJ PROF. MIKULICZA WE WROCŁAWIU.

II. PŁYN KOCH'A W CHOROBAH CHIRURGICZNYCH.

Podał

E. A. Seemann.

Próby z płynem KOCH'a u chorych, dotkniętych gruźlicą chirurgiczną, rozpoczęliśmy w klinice prof. MIKULICZA d. 22 Listopada. Korzystając z pozwolenia Szan. prof. MIKULICZA, za co Mu w tem miejscu składam szczerze podziękowanie, w przekonaniu, że rzecz niniejsza interesować będzie Sz. czytelników, spieszę podzielić się z nimi tem, co sam w ciągu tak krótkiego czasu spostrzegać miałem sposobność.

Nie będę się rozpisywał o samej technice wstrzykiwań, gdyż przypuszczam, że dziś jest już ona powszechnie znaną. Co do ilości, to stosowaliśmy płyn Koch'a w różnych dawkach, uwzględniając wiek, odżywianie i stopień cierpienia. Najmniejsza ilość, wstrzyknięta na pierwszym posiedzeniu, wynosiła 0,0005; największa — 0,008. Przy następnych wstrzykiwaniach powiększano dawkę stosownie do odczynu, jaki następował po poprzednim wstrzyknięciu. Jak dotąd, największą dawką był 0,1.

Po upływie 4—6 godzin po wstrzyknięciu u chorych, dotkniętych gruźlicą, następuje rzeczywiście zdumiewający odczyn. Przedewszystkiem ciepłota podnosi się do 40°—41° C. i wyżej, co najczęściej połączone bywa z silnym, wstrząsającym dreszczem, trwającym od $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny. Równocześnie z ciepłotą podnosi się i tętno, które dochodzi czasami do 180 na minutę, przyczem jest pełne i silne. Jednocześnie występuje nadzwyczaj silny ból w częściach, dotkniętych gruźlicą. Zająęcie *sensorii*, majaczenie następuje dosyć rzadko; w klinice prof. MIKULICZA spostrzegano tylko jeden taki przypadek. Częściej natomiast chorzy uskarżają się na silny ból głowy, bezsenność i ogólne przygnębienie. Brak

laknienia i dziwny jakiś metaliczny smak w ustach spostrzegaliśmy prawie u każdego chorego ¹⁾. Wogóle jednak stosunkowo rzadko chorzy robią wrażenie ciężko chorych. Ciepłota na najwyższej wysokości trzyma się zwykle 4—6 godzin, poczem w przeciągu 6—10 godzin spada; spadek ten często połączony bywa z obfitemi potami. Jednocześnie ze spadkiem ciepłoty wszelkie objawy podmiotowe zupełnie ustępują, chory czuje się dobrze. W rzadkich razach podwyższenie ciepłoty utrzymuje się dłużej; widziałem jednak 2 przypadki, w których ciepłota spadała do normy dopiero na 3-ci, a nawet na 4-ty dzień po wstrzyknięciu.

Daleko ciekawsze są objawy odczynu miejscowego. Wspomniałem już o bólu w dotkniętych częściach; tu nadmienię jeszcze, że ból, występujący po pierwszym wstrzyknięciu, zwłaszcza jeżeli przy tem nie ma obrzmienia, nie dowodzi jeszcze, że boląca część dotknięta jest cierpieniem gruźliczem; często bowiem choroby po pierwszym wstrzyknięciu uskarżają się na ból to w łokciu, to w kolanie i t. p.; po drugim zaś wstrzyknięciu ból nie pojawia się. Jeżeli zaś ból uporczywie występuje i po drugim, trzecim wstrzyknięciu, wtedy nasuwa się podejrzenie, że miejsce to dotknięte jest sprawą gruźliczą. Dalej, części zajęte gruźlicą obrzmiewają, czerwienieją, tak, że czasami stają się podobnymi do róży lub flegmony. Ruchy w stawach dotkniętych, w których poprzednio ruchliwość mało różniła się od prawidłowej, albo zostają zupełnie zniesione, albo są bardzo ograniczone. Wszystkie te objawy jednak po mniej więcej krótkim czasie albo w części, albo zupełnie znikają. Godniejszymi uwagi i lepiej dającymi się spostrzegać są zmiany, zachodzące w częściach odkrytych dla oka, a więc w zewnętrznych owrzodzeniach gruźliczych, np. przetokach, powstających przy cierpieniach stawów i kości. Tu ziarnina, wysięlająca owrzodzenie, pęcznieje, czerwienieje, wydzielina staje się obfitszą, z ropnej przemienia się w surowiczą, a następnie śluzową; następnego dnia warstwy powierzchowne przybierają kolor niebieskawy; znać w nich, że związek z warstwami niżej leżącymi jest mniej ścisły, niż poprzednio; trzeciego lub czwartego dnia z warstw powierzchownych tworzy się strup koloru szarawo-białego; owrzodzenie wtedy wygląda jak gdyby po przypaleniu lapisem; strup ten nadzwyczaj łatwo daje się zdejmować, albo i sam odpada. Jeżeli pod strupem leżąca tkanka jest jeszcze gruźliczą dotknięta, wtedy po następnem wstrzyknięciu występuje podobny szereg zmian, znów część martwieje i odpada i t. d. Jeżeli cierpienie było mniej więcej powierzchowne, wtedy po kilku wstrzyknięciach pod strupem znajdujemy czystą, prawidłową ziarninę, która po następnem wstrzyknięciu już nie ulega zmianom i przedstawia wyraźne dążenie do zabliznienia; mamy w klinice kilka przypadków, w których już dziś po 2-u—3-ch wstrzyknięciach powierzchnia owrzodzenia jest prawie zupełnie czystą. Żeby być pewnym, że zmiany te powstały nie pod wpływem środków opatrunkowych, opatrywano po wstrzyknięciach tylko środkami obojętnymi [wyjałowioną gazą i maścią borną]. Bardzo też dobrze daje się spostrzegać wpływ płynu Koch'a w przypadkach wilka. Nie będę tu opisywał zmian, zachodzących po wstrzyknięciu przy wilku; bliższych

¹⁾ Zdaje się, że objaw ten występuje i u zdrowych: ja sam po wstrzyknięciu 0,01 płynu Koch'a doznawałem takiego smaku, jak gdybym w ustach trzymał miedzianą monetę; innych objawów odczynu nie było.

szczegółów o tem może się czytelnik dowiedzieć z pięknej pracy KOEHLER'a, która w zupełności potwierdza nasze spostrzeżenia. Również bardzo wyraźne zmiany przedstawiały się w ropniach gruzliczych, np. w ropniach okołostawowych (*absc. periarticular.*), które otwierano po wstrzykiwaniach. Przedewszystkiem ropień taki z małego po wstrzyknięciu nadzwyczaj szybko się powiększał. Po przecięciu wylewa się z niego nie czysta ropa, jak to zwykle bywa, lecz masa zmarzwiałej tkanki gruzliczej; *membranae pyogenicae* nie trzeba zeszkrobywać łyżeczką, oddziela się ona z nadzwyczajną łatwością; pod nią prawie zupełnie zdrowa ziarnina. Co do zmian, zachodzących w stawach, nie mogę jeszcze nic powiedzieć, gdyż nie otwierano jeszcze u nas stawów po wstrzykiwaniach; należy przypuścić, że zmiany te muszą być analogiczne z wyżej opisanymi.

Ciekawym bardzo objawem odczynu jest także występująca prawie u każdego chorego po wstrzyknięciu wysypka, podobna do plam płonicowych; bywa ona mniej więcej rozlana po całym ciele; w kilka dni potem następuje zwykle łuszczenie naskórka. Jak sobie objaśnić ten objaw — trudno powiedzieć; może rozchodzi się tu o rodzaj idyjosynkrazyi, podobnie jak po użyciu niektórych środków farmaceutycznych, chininy, balsamu Kopajwy; może i wysypka ta zależy od wydalania się z ustroju jakichś produktów, wytwarzających się w ustroju chorego pod wpływem obecności płynu KOCH'a. Zdaje się, że za tym poglądem przemawiałoby także spostrzeżenie, zrobione w klinice prof. NEISSER'a, a mianowicie: u jednego chorego, u którego nigdy przedtem nie zauważono objawów ze strony nerek, u którego w moczu nie znaleziono ani laseczników KOCH'a, ani białka, ani cylindrów, odrazu po wstrzyknięciu występuje typowa *nephritis haemorrhagica*, która trwa 2 dni i następnie znika; to samo zauważono po następnych wstrzykiwaniach. W jednym przypadku zauważono u nas wystąpienie po wstrzyknięciu typowego *herpes labialis et nasalis* ¹⁾.

Takie jest ogólne i miejscowe działanie płynu KOCH'a na tkanki i ustroje dotknięte gruzlicą. Być może, że objawy te są jeszcze różnorodniejsze; czas to pokaże. Głównem jednak działaniem jego pozostanie nekrotyzacja tkanek gruzliczych.

Ponieważ płyn KOCH'a na tkanki zdrowe i nie dotknięte gruzlicą literalnie żadnego wpływu nie wywiera, o czem mieliśmy niejednokrotnie sposobność przekonania się, wstrzykując go np. chorym z licznymi ogniskami gruzliczemi po możliwie dokładnem usunięciu jednego z nich, przyczem występował silny odczyn we wszystkich ogniskach z wyjątkiem rany pooperacyjnej, wstrzykując go następnie chorym z innymi cierpieniami, np. stawów przy *arthropathia tabidorum* ²⁾, gdzie odczynu zupełnie nie było, przeto płyn KOCH'a powinien się wybornie nadawać do celów rozpoznawczych. Jako środek rozpoznawczy też coraz częściej zaczyna być w klinice prof. MIKULICZA stosowanym i jako taki oddał nam już bardzo wielkie usługi. Jako dowód pozwolę sobie przytoczyć następujący przypadek, w którym rozpoznanie różniczkowe między *lues* a gruzlicą przedstawiało wielkie trudności: A. N. kobieta 55-letnia, 20 lat temu przechodziła *lues*. Obecnie owrzo-

¹⁾ Należy dodać, że w tym czasie w Wrocławiu *herpes labialis et nasalis* panował epidemicznie.

²⁾ Wstrzykiwaliśmy płyn KOCH'a i zupełnie zdrowym.

dzenia na strunach głosowych, liczne owrzodzenia na skórze szyi, klatki piersiowej, kończyn, jedno większe owrzodzenie po stronie grzbietowej ręki, dochodzące do kości, o różowo-fioletowym dnie, brzegach cieniutkich, podminowanych, koloru czerwono-niebieskiego. Ponieważ chora jest dość wątpa i obawiano się zbyt silnego odczynu, wstrzyknięto 0,002; odczynu nie było; na trzeci dzień potem wstrzyknięto 0,01; ponieważ i teraz odczynu nie było wcale, zaordynowano jodek potasu i *empl. mercur.*. Po 2 tygodniach takiego leczenia zauważyliśmy znaczną poprawę w stanie chorej. — Nadzwyczaj cenną stroną płynu Koch'a jest i to, że nie tylko wskazuje nam na obecność jadu gruźliczego w ustroju, lecz zarazem wskazuje nam miejsce, w którym cierpienie jest ulokowane. Pozwolę sobie znów przytoczyć kilka przykładów. C. S., 18-letnia dziewczyna z *caries artic. cubiti*. Przed 8 laty cierpiała na *conjunctivitis phlyctaenulosa*; widać, że cierpienie to nie było zupełnie usunięte, gdyż zaraz po pierwszym wstrzyknięciu u chorej wystąpiła typowa *conjunctivitis phlyctaenulosa*. Inny chory dotknięty był *carie ossium metatarsi* z zewnętrznej strony stopy; wszystko, co było zepsute, a nawet i nadpsute, dokładnie wydalone; w kilka dni po tej operacji wstrzyknięto choremu 0,005 płynu Koch'a; odczyn bardzo silny, lecz rana pooperacyjna nie bolała i nie przedstawiała śladu zmian, natomiast chory uskarżał się na nadzwyczaj silny ból po stronie wewnętrznej stopy, gdzie znać było i obrzmienie; po drugim wstrzyknięciu te same objawy; wtedy zrobiono choremu cięcie, przyczem znaleziono ognisko gruźlicze już rozpadłe.

Co do wartości leczniczej płynu Koch'a, to w danej chwili nic jeszcze stanowczego powiedzieć nie można; zdaje się jednak, że w cierpieniach powierzchownych, po strąceniu znekrotyzowanych mas gruźliczych, wyleczenie będzie mogło nastąpić. Jeżeli zaś cierpienie umiejscawia się głębiej, wtedy chyba nie obejdzie się bez pomocy chirurgicznej, zwłaszcza jeżeli ognisko jest większych rozmiarów. Wprawdzie mamy w klinice kilka przypadków gruźlicy stawowej, w których już dziś po kilku wstrzyknięciach nastąpiła znakomita poprawa; opuchlina się zmniejszyła, ruchy są swobodniejsze; lecz czy wstrzykiwania doprowadzą do zupełnego wyleczenia, któż na to dzisiaj odpowie. Niektórzy uczeni przypuszczają, że mniejsze ogniska gruźlicze, chociaż i głębiej położone, po znekrotyzowaniu, będą mogły uleść wessaniu i że tą drogą nastąpi wyleczenie, przyjmując zarazem, że, albo laseczniki pozostałe utracą potem swoją siłę, albo też chory po wstrzyknięciach stanie się odpornym na ich szkodliwe działanie, jak to Koch na zwierzętach dowiódł.

Jak na teraz są to jeszcze hipotezy.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Na posiedzeniu klinicznym dnia 2 Grudnia r. b. PRZEWOSKI odczytał rzecz p. t.: „*Gastritis tuberculosa ulcerosa*“, która zamieszczoną będzie w całości w naszym piśmie.

W dyskusji jaka się wywiązała, zapytywał naprzód kol. KRYSIŃSKI, czy i w drugim, komunikowanym przez mówcę przypadku, znaleziono laseczniki gruźlicze, na co kol. P. odpowiedział, że poszukiwania tego nie robiono, gdyż preparat ów oddawna znajduje się w muzeum tutejszego instytutu patologicznego.

W dalszym ciągu dyskusji prof. Brodowski zaznaczył, że wrzody gruźlicze z podminowanymi brzegami mogą być nie tylko w żołądku lecz i w kiszki, kiedy powstają z większych nasięków, jakkolwiek wrzody takie w kiszki napotyka się rzadziej, niż te wrzody gruźlicze, w których przemaga rozrost tkanki bliznowatej. Co do wpływu soku żołądkowego na bakteryje gruźlicze, mówca przypuszcza, że może on zabijać te drobnoustroje; są to bowiem twory bardzo wrażliwe. Istnienie zarodników w bakteryjach gruźliczych zdaje się chyba nie ulegać wątpliwości, jeśli wziąć np. pod uwagę możność wywoływania gruźlicy, przez szczepienie produktów takich, w których laseczników gruźliczych nie wykryto. Czy są to owe przerwy w zabarwionych lasecznikach, dające postacie t. zw. laseczników paciorkowatych, tego jeszcze dotąd nie zdecydowano. Kol. Przewoski odpowiada, że miał sposobność widzieć jeden przypadek wrzodów gruźliczych z podminowanymi brzegami w kiszki, lecz podminowanie było tu bardzo nieznaczne. Co do istnienia zarodników w lasecznikach gruźliczych, to dawniej rozstrzygano kwestyję tę dodatnio i przerwy w zabarwieniu tych bakteryj przyjmowano za zarodniki. Obecnie jednak niektórzy przeczą temu na tej zasadzie, że przerw takich bywa po kilka w jednej laseczce, że w hodowlach w komorze wilgotnej nie widać zarodników w bakteryjach niezabarwionych, że wreszcie przy wysokich powiększeniach widać, iż przestwory te bywają formy czworokątnej, zdarzają się w nich różne wklęśnięcia, że wreszcie przejście od części niezabarwionej do zabarwionej jest stopniowe i granic zarodnika nie widać. Utrzymuje się obecnie pogląd, że cały lasecznik pokryty jest trudno przenikliwą błoną, podobną do otoczki zarodnika, czy więc cały lasecznik nie gra roli zarodnika? Przypuszczają, że całe one egzystują, kurczą się i rozrzucone z pyłem mogą zarażać organizm.

Następnie kol. Leszczyński zakomunikował przypadek uwięźniętej przepukliny biodrowej, w którym przy nakładaniu szwów najprawdopodobniej dostać się musiał między przewiązywane tkanki uchylek pęcherza moczowego wypełnionego moczem, gdyż 5-go dnia po operacji opatrunek był zmoczony moczem, wydzielającym się przez ranę. Wskutek tego zdjęto szwy i ranę w pęcherzu traktowano jak po cystotomii. W 5 dni następnie mocz przestał się wydzielać, a rana po przepuklinie uwięźniętej zagoiła się dopiero w 6 tygodni po operacji wskutek wspomnianej dopiero co komplikacji.

W dyskusji kol. Stankiewicz zakomunikował, że miał sposobność widzieć przypadki podobnego zranienia pęcherza moczowego, a kol. Kosirski zapytywał, czy w danym przypadku pęcherz moczowy nie mógł już być w przepuklinę wciągnięty i czy się potem nie cofnął z powrotem do jamy brzusznej. Kol. Leszczyński odpowiada na to, że w worku przepuklinowym pęcherza stanowczo nie było i nie zdaje mu się możliwym, aby przednio pęcherz mógł być w przepuklinie. Prezes Brodowski zaznaczył, że uchylki pęcherza wtedy mogą się rozwijać, gdy błona śluzowa zostaje wtłoczoną pomiędzy krokiewki mięsne, co staje się możebnem, gdy istniały jakieś zwężenia; jeśli zaś zwężenia nie było, zmniejsza się prawdopodobieństwo istnienia uchyleków.

Potem prof. Kosirski zakomunikował dwa przypadki *oesophagotomiae* przy ciałach obcych w przełyku. Pierwszy dotyczył dziecka, które w Styczniu 1888 r. połknęło guzik dość duży, płaski; próby wyciągnięcia go szczypcami pozostały bez skutku i dopiero usunięto go za pomocą operacji (*oesophagotomia*). Guzik ten tkwił tuż pod chrząstką obrączkową. Nałożono szew na przełyk, lecz nastąpiło ropienie i zagojenie rany przyszło dopiero 17 dnia. Drugi przypadek dotyczył osoby dorosłej, która w nocy połknęła część zębów sztucznych. Próby wydobywania tego przyrządu spowodowały jedynie głębsze jego osunięcie się. Badanie zgłębnikiem główkowatym wykazało, że ciało to tkwiło tuż pod *jugulum sterni*. *Oesophagotomia* była w tym przypadku trudniejsza; cięcie zrobiono metodycznie, dla wyszukania zaś ściśle miejsca, gdzie tkwiło ciało, trzeba było wprowadzić zgłębnik główkowaty i na miejscu jego zatrzymania się zrobić cięcie ściany przełyku;

ciało wydobyto szypcami, co jednak odrazu się nie udało; okazało się, iż owe ciało obce tkwiło w przelyku na miejscu już przejścia z części szyjowej w grzbietową. Założono i tu szwy, lecz rana się rozeszła i gojenie szło *per secundam*. Operację tę zaleca mówca tam, gdzie próby wydobycia lub zepchnięcia się nie udają. Nie zaleca do wydobywania używać haczyka tępego (*Münzfänger*), woli zgłębnik zwykły główkowaty. W końcu podał statystykę tej operacji przy ciachach obcych w przelyku, według FISCHER'a i GROSS'a.

Kol. STANKIEWICZ okazał wyciągnięte przez się w dwóch przypadkach za pomocą przyrządu *Münzfänger*: 1) część przyrządu zębów sztucznych i 2) monetę miedzianą, dziesięciogroszową.

Kol. PRZEWOŚKI zakomunikował dwa spostrzegane przez się obfite krwotoki parenchymatyczne, wywołane przez zadrażnienie brózdowate w przelyku przez ciała obce. W jednym kawałek żebra, a w drugim migdał ze skorupką, były przyczyną krwotoków bardzo obfitych, zakończonych śmiercią.

W dniu 9 Grudnia r. b. odbyło się posiedzenie nadzwyczajne Towarzystwa, poświęcone zakomunikowaniu wyników prób wstrzykiwania płynu KÓCI'a, dokonanych w Warszawie.

Na początku posiedzenia prof. BARANOWSKI przemówił w następujących słowach:

„Každy nowy środek leczniczy, zanim zyska uprawnienie w praktyce, winien być nietylko zbadany na drodze doświadczalnej przez eksperymenty na zwierzętach, ale nadto działanie jego na ustrój ludzki musi być sprawdzone przez spostrzeżenia kliniczne. Im dany środek ważniejszy, im działa energiczniej na ustrój, tem większą bojaźliwość w jego początkowem stosowaniu zachować należy“.

„Powyższe twierdzenie nazwać można komunałem; wyraża bowiem prawdę powszechnie znaną, wielokrotnie stwierdzoną, a więc, rzecby można, trywialną, a jednak tu właśnie, gdzie ma być mowa o nowej metodzie leczenia gruźlicy płucnej, metodzie prof. KOCH'a, prawdę tę z naciskiem przypomnieć należy. Metoda ta jest nietylko czemś nowem, ale nadto czemś porywającym umysł lekarza, budzącem żywe nadzieje w tłumach, dotkniętych gruźlicą. To też zachować spokój, utrzymać miarę właściwą przy początkowem stosowaniu środka, podanego przez KOCH'a — nie jest rzeczą łatwą“.

„Środek ów nieznanym nam jest co do swego składu. Wiemy jednak o nim, że należy i pochodzeniem i treścią i sposobem działania do rzędu środków, otrzymywanych na drodze bijologicznej, nie chemicznej, środków, do rozeznania których powiodły genialne odkrycia PASTEUR'a. Pomijając ospę ochronną, która epokę PASTEUR'owską o 100 lat niemal na drodze empirycznej wyprzedziła, dość jest przytoczyć szczepienia przy czarnej kroście, róży złośliwej świń, *charbon symptomatique*, cholery kur, wreszcie przy wściekłości; dalej powołać się na prace niedawno ogłoszone przez YERSIN'a i Roux'a, dotyczące dyfterytu i t. p.. A jak płyn KOCH'a nie jest na tem polu zdobyczą pierwszą, tak również nie jest ostatnią. Świadczy o tem cały zwrot myśli w pracach, podjętych w dziale leczenia chorób zakaźnych, a także najnowsze zapowiedzi odkryć odnośnie leczenia dyfteryi oraz tężca“.

„Śmiało powiedzieć można, że umysł lekarza roznamiętnia się do metody KOCH'a, jako będącej owocem i wyrazem ostatniej fazy nauki“.

„Jest inny jeszcze motyw w zalecaniu wielkiej ostrożności przy pierwszym stosowaniu nowego środka; jest to środek heroiczny, w działaniu swoim dla ustroju przy nieodpowiedniem lub nieoględnem użyciu niebezpieczny. Pierwsze doświadczenie na człowieku KOCH na samym sobie dokonał, czem dał dowód, wstrzykując sobie wielką dawkę, że jest nietylko znakomitym uczonym, ale nadto i człowiekiem wielkiego serca. Jak wiadomo, pod wpływem środka rozwija się wysoka gorączka, połączona z jaskrawymi zaburzeniami w unerwieniu, z upadkiem nieraz groźnem tętna. Spostrzegano przytem objawy, wyrażające silne działanie leku

Koch'owskiego na krew, jako to: występowanie urobilinuryi, łącznie z żółtaczką [bez obecności barwników żółciowych w moczu]; w jednym przypadku, spostrzeżanym przez kol. ELSENBERGA w szpitalu żydowskim, zjawiała się nawet przechodnia hemoglobinuryja. W krótkim doświadczeniu zdobytem w ciągu kilku tygodni u nas, fakt działania takiego na ustrój ludzki został wielokrotnie stwierdzony“.

„Nakoniec o tem pamiętać należy, że do użycia nawet nieogłędnej metody Koch'a popychać to może, że metoda, wedle pierwszych zapowiedzi jej wynalazcy, ma być skuteczną na chorobę, stanowiącą, rzecz można, największą dziś plagę rodu ludzkiego. Wszak przeciętnie każdy 7-my umierający jest suchotnikiem. Sale nasze szpitalne przepełnione są tymi skazańcami, którym lekarz niekiedy ulgę, a rzadko bardzo istotną pomoc przynieść może. Widok suchotnika budzi w lekarzu szpitalnym najprzykrszejsze uczucia. Na stole sekcyjnym suchotnik przestał niemal być przedmiotem ciekawego badania. Prawie niepodobna się dziwić, że wieść o środku nowowynalezionym, rozgłoszona przez pisma niespecyjalne, o środku skutecznym przeciwko suchotom płucnym, wywołała wędrowkę dziesiątków tysięcy chorych do Berlina, co sprawiło chwilowy zamęt w umysłach lekarzy i publiczności, że, o czem wieść niesie, dało nawet powód do stosowania, a nawet sprzedawania środka, o którym twierdzić jednak się godzi, że dotąd wypróbowanym należycie nie został, ale który, gdyby ziścił oczekiwania, stałby się powodem niemal przewrotu społecznego“.

„Z chlubą powiedzieć można, że na gruncie naszych stosunków lekarskich sprawa cała inny wzięła obrót, pozostawiając nieskazitelną godność lekarza. Dzięki pierwszemu szczęśliwemu zdobywcy płynu Koch'a, kol. BURWIDOWI, płyn ten, niewyniesiony na rynek targowy, stał się własnością szpitali warszawskich, w których grono ordynatorów prowadzi z całą rozwagą i spokojem pierwsze nad działaniem środka spostrzeżenia. W imieniu i z upoważnienia kolegów, którzy pracę tę podjęli, zabieram tu głos i wzywam każdego, pragnącego obeznać się z nową metodą, kolegę, do odwiedzania oddziałów szpitalnych; wrota szpitala dla każdego lekarza wszak są otworem. Z samego czytania sprawozdań metody poznac nie podobna; trzeba widzieć chorych leczonych. Dotąd liczby chorych i zastrzykiwań są następujące [od 22 Listopada do 6 Grudnia]:“

„W szpitalu żydowskim chorym 10 dokonano szczepień . . .	22
„ Dzieciątka Jez. „ 9 „ „ . . .	23
„ św. Ducha „ 7 „ „ . . .	31
„ św. Rocha „ 5 „ „ . . .	15
ogółem chorych 31	ogółem szczepień 91“.

„Chorzy szczepieni dzielą się na 3 grupy: 1) gruźlica zewnętrzna — wilk, przypadków 11 i gruźlica stawów i kości, przypadek 1; 2) gruźlica wewnętrzna — suchoty płucne, przypadków 7 — suchoty płucno-krtaniowe, przyp. 5; 3) szczepienie rozpoznawcze, przypadków 7“.

„W tej chwili odczytane zostaną historyje chorób i przedstawieni chorzy. Historyje te obejmą 2 grupy spostrzeżeń: 1) wilka, 2) wstrzykiwania próbne“.

Kol. ELSENBERG odczytał historyje choroby 16-letniego chorego na wilka. Cierpienie datuje się oddawna, od r. 1887 stosowano kilkakrotnie łyżeczkiowania i wypalania. Chory pochodzi z rodziny zdrowej, w narządach wewnętrznych zmian żadnych. Sprawa wilkowa zajmuje skrzydła nosa, przegrodę, wargę górną i część lewego policzka. 24. XI. 1890 wstrzyknięto 0,01 płynu Koch'a. Odczyn ogólny bardzo silny, ciepłota poza 40° C., przy tętnie drobnem 120; odczyn ten trwał przeszło 24 godziny. Odczyn miejscowy odpowiadał zupełnie opisowi Koch'a. Po drugim wstrzyknięciu [29. XI] w ilości 0,005, odczyn ogólny jakkolwiek silny, lecz znacznie krócej trwający. Odczyn miejscowy takż sam, jak poprzednio, a na drugi dzień po szczepieniu ognisko wilkowe na lewym policzku, mające mniej więcej wielkości ziarna bobu, odpadło, odsłaniając powierzchnię owrzodzenia, pokrytego ropą. Wogóle warstwa tkanki, nacieczonej przez sprawę wilkową, bardzo znac-

nie zcieniała i prawie nie różni się co do grubości od skóry prawidłowej. Szczepienia prowadzą się dalej.

Następnie kol. MALISZEWSKI odczytał historję choroby chorej wilkowatej, z kliniki prof. KOSIŃSKIEGO. Chora 41-letnia. Choroba rozpoczęła się w 9 roku życia od małej plamki, na dolnym brzegu dolnej szczęki; w 18 roku plama zajmowała około 4 ctm. kwadr., najwięcej jednak rozszerzyła się od 28 roku życia, obecnie zajmuje twarz i szyję. Pochodzi z rodziny gruźliczej. Kaszle od lat trzech. Wierzchołek prawy zajęty [stępień, oddech oskrzelowy, rżenia dźwięczne]. W płwocinie nie znaleziono bakterij gruźliczych. W d. 29. XI wstrzyknięto 0,002 płynu КОСН'а; odczyn ogólny: dreszcze, ciepłota 38,5°—38,7° C. przez 8 godzin, bóle w kończynach, osłabienie; odczyn miejscowy polegał na obrzmieniu na miejscu wilka, przekrwieniu tychże miejsc, zaczerwienieniu na bliznach, następnie łuszczeniu naskórka. Po drugim wstrzyknięciu [3. XII], wstrzyknięto 0,004, odczyn ogólny ten sam, lecz silniejszy [ciepłota 39,3° C.] i dłuższy, miejscowy zato mniejszy. Po trzeciej [6. XII.] — wstrzyknięto 0,004 — odczynu ogólnego nie ma, miejscowy taki jak poprzednio, lecz bardzo słabo wyraźny.

Potem kol. JAWDYŃSKI przedstawia kilkunastoletniego chłopca ze swego oddziału chirurgicznego. Chłopiec pochodzi z rodziców gruźliczych; matka zmarła na gruźlicę płucną, ojciec na t. zw. suchoty gardlane. Sam chory dotknięty jest gruźliczem cierpieniem gruczołów szyjowych i gruźlicą kości stopy. Po wyłuszczeniu gruczołów na szyi nastąpiło doraźne zagojenie, ale wkrótce blizna na całej przestrzeni uległa gruźliczemu rozpadowi, tworząc obszerne owrzodzenie. Z powodu zajęcia wierzchołka płuc wstrzykiwano małe dawki 0,001 do 0,0015. Odczyn za każdym razem silniejszy: pierwszy raz najwyższa ciepłota 39,8° C., za czwartym razem 40,6° C.. Gorączka trwała zawsze około 12 godzin. Miejscowy odczyn bardzo wyraźny, ale faktyczne polepszenie wyglądu owrzodzenia i skłonność do zablizniania wrzodu, który przez długi czas przy stosowaniu najróżnorodniejszych środków nie ulegał żadnemu polepszeniu.

Następnie odczytał historję choroby kol. CHROSTOWSKI. Chora 28-letnia, posługaczka szpitalna, w 8 roku życia zauważyła na nosie małą plamkę, na miejscu której powstał mały wrzodzik i od tego punktu sprawa powoli się szerzyła, a obecnie obejmuje jako *lupus serpiginosus exedens* cały nos i oba policzki. Pochodzi z rodziny suchotniczej. Płuca i inne narządy wewnętrzne zdrowe. Nie gorączkuje. Po pierwszym wstrzyknięciu [0,01], dokonaniem 25. XI. 1890, wystąpił bardzo silny odczyn ogólny [dreszcze, wysoka ciepłota, [40° C.], wymioty, tętno 120—130, drobne, wysypka podobna do szkarlatynowej, trwająca przeszło 24 godziny. Odczyn miejscowy na twarzy i nosie zupełnie odpowiadający opisowi КОСН'а. Drugiego wstrzyknięcia [0,01] dokonano 1. XII. Odczyn ogólny był jeszcze silniejszy [oprócz wyżej przytoczonych, rozwolnienie i urobilina w moczu] i trwał przeszło 30 godzin; była bardzo silna duszność, sinica i nieznaczne drgawki. W odczynie miejscowym, prócz twarzy i nosa, wystąpiło znaczne zaczerwienienie podniebienia, łuków i gardzieli, oraz na podniebieniu, łukach i języku białawe zmętniałe plamki. W kilka dni potem strupy na twarzy były dość grube, a sama tkanka wilkowata jakby znacznie zcieniała.

Następnie kol. PUŁAWSKI odczytał historję swej obserwacji. Wyrobnik 18-letni, w 8 roku życia zauważył plamkę na nosie, a następnie na twarzy, które potem przeszły w grudki, a wreszcie w owrzodzenia. Przechodził leczenie chirurgiczne. Obecnie sprawa zajmuje nos, policzki [zwłaszcza prawy, na którym widać również duży *naevus maternus pigmentosus*], wargi; nos zapadnięty. Narządy wewnętrzne zdrowe. Po pierwszym wstrzyknięciu [0,005], dokonaniem 25. XI, w 3 godziny silny dreszcz, ciepłota zaczęła się podnosić w 5 godzin do 39,5° C., w 12 godz. do 40° C., na której to wysokości pozostała przez całą dobę, na drugą dobę spadła do 39,5° C., a potem do 38° C., na czem trzymała się przez 7 dni; z innych objawów bóle w kończynach, osłabienie, duszący, suchy kaszel, wymioty,

wysypka podobna do szkarlatynowej, mocz zawierał w ciągu dni kilku barwniki żółciowe. Odczyn miejscowy bardzo znaczny, powieka prawa obrzękła, a pod nią wytworzył się ropień. Z ropy pod strupem i z ropnia na powiece wyhodowano [kol. JAKOWSKI] bakteryje ropne. W dwa tygodnie po wstrzyknięciu okazuje się, że powierzchnia, zajęta przez wilka, jest mniej obrzmiałą i bledszą, bliżną gładszą i miększą. Wstrzykiwania są prowadzone dalej.

Potem opisał historję choroby kol. SREBRNY. Panna 18-letnia, w rodzinie podejrzywać można gruźlicę. W roku 1888 kol. Sr. znalazł na przegrodzie nosowej guzowatość i na przednim końcu dolnej muszli, szczelnie między częścią chrzęstną i kostną przegrody przepuszczała zgłębnik. Po zniszczeniu guzków w Sierpniu r. b. znowu się one zjawiły. Narządy wewnętrzne zdrowe. Na przegrodzie błoniastej i lewem skrzydle nosa lekkie zaczerwienienie i kilka drobnych guziczków. Dn. 23. XI. dokonano pierwszego wstrzyknięcia [0,01]. Odczyn ogólny polegał na dreszczach dwukrotnych, ciepłota dosięgła 39,5 z powolnym spadkiem i powrotem do normy dopiero w 45 godzin po wstrzyknięciu, tętno do 126, drugiego dnia nudności. Odczyn miejscowy zwykle opisywany, na przegrodzie błoniastej wystąpiły liczne pęcherzyki; po 20 godzinach obrzęk i zaczerwienienie zaczęły znikać. Po drugim wstrzyknięciu [0,01] dn. 18. XI. odczyn ogólny silniejszy, ciepłota 40,3° C., stan gorączkowy trwał dni 3. Kaszel, duszność, drugiego dnia wymioty. Odczyn miejscowy słabszy. Obecnie nos znacznie cieńszy, niż przed rozpoczęciem wstrzykiwań.

Kol. BUJWID odczytał historję choroby, dotyczącą przypadku, w którym robiono wstrzykiwania w celach rozpoznawczych. Chora 33-letnia, mężatka, z rodziny zdrowej, chorób cięższych nie przebywała. Płuca zdrowe. Przed kilku laty miewała na twarzy wysypkę podobną do obecnie istniejącej. Na nosie i wewnętrznej połowie obu policzków, oraz nad górną i pod dolną wargą guziczki liczne, otoczone zaczerwienioną wyniosłością. Dn. 24. XI. wstrzyknięto 0,01 płynu KOCH'a. Odczynu żadnego nie było.

Kol. PUŁAWSKI zakomunikował przypadek również szczepienia rozpoznawczego. Leśnik, 28-letni, z rodziny gruźliczej, od lat 4 na skrzydłach nosa ma dość rozległe zaczerwienienie; skóra obrzmiała, naskórek łuszczący się. W płucach zmian nie znaleziono. Dn. 25. XI. wstrzyknięto 0,01 płynu KOCH'a. W 7 godzin ciepłota podniosła się do 38° C., w 12 godzin już spadła do normy. Odczynu miejscowego żadnego.

Następnie kol. JASIŃSKI zwraca uwagę na trzy punkty, gdy mowa o odczynie przy wstrzykiwaniach limfy KOCH'a: 1) Robiąc wstrzykiwania przy mięsakiach [*sarcoma gigante-cellulare* szczęki u 7-letniego chłopca], nie otrzymywał odczynu po wstrzyknięciu 0,001 i 0,002, gdy u innych chorych po tej ostatniej dawce odczyn występował szybko. 2) Trzeba używać do wstrzykiwań rozpoznawczych najmniej 0,001, gdyż po 0,0005 nawet u suchotników odczynu nie bywa. Wreszcie 3) przy gruźlicy kości pod kolanem chorem ciepłota wynosiła 40,2° C., gdy pod zdrowem 38,9° C. w czasie odczynu, a oprócz tego zjawiła się wysypka podobna do szkarlatynowej, która zaczęła się od rany i objęła całe ciało, zupełnie podobnie jak przy szkarlatynie, przyłączającej się do rany.

Prof. BARANOWSKI komunikuje o szczepieniu rozpoznawczem na oddziale kol. DUNINA. Chory od kilku miesięcy gorączkował i miewał poty nocne. Przy stanie bezgorączkowym, przy istnieniu jedynie *pleuritis siccae.*, skąpej płwocinie, niezawierającej laseczników, wstrzyknięto 0,005, a następnie 0,01—bez żadnego odczynu.

Kol. HERYNG przedstawia następujące spostrzeżenia: 1) Chora z gruźlicą płuc i krtani, którą obecnie uważa za uleczoną. Po energicznym chirurgicznym leczeniu krtani, wyzdrowiała i była przedstawioną w Berlinie na zjeździe ostatnim. Poczem SCHROETTER przypuszczał, że wyleczenie jest tylko czasowe, przeto zrobiono wstrzyknięcie rozpoznawcze płynu KOCH'a. Po wstrzyknięciach 0,003,

następnie 0,005, a wreszcie 0,008, żadnego ani ogólnego, ani miejscowego odczynu nie było; stwierdzono jedynie zwiększenie się ilości płwociny, ale bez laseczników. Chora ta pochodzi z rodziny suchotniczej, liczy obecnie lat 50 przeszło, przed kilku laty miała wyraźne zmiany w płucach, włókna elastyczne i laseczniki gruźlicze w płwocinie. Leczenie kwasem mlecznym nie dało żadnego rezultatu, dopiero energiczne leczenie chirurgiczne i ogólne; był wprawdzie powrót, lecz obecnie jest stanowczo wyleczoną. 2) Chory 35-letni, z rodziny zdrowej, od lat 5 chrypka, przed dwoma laty stracił głos zupełnie. RAUCHFUSS rozpoznał nowotwór w prawej połowie krtani i wykonał laryngofisurę i wycięcie połowy krtani. Guz okazał się gruźliczym. Płuca wówczas były zupełnie zdrowe. Rana po laryngofisurze nie goiła się. Chory przebywał czas jakiś w klimacie ciepłym i wówczas rozwinęło się utrudnione przelżykanie i wrzód na szyi wraz z powiększeniem gruczołów. W gardzieli znaleziono owrzodzenie na łukach i pomiędzy łukiem i migdałem; w krtani wrzodów nie znaleziono, w nosie owrzodzenie gruźlicze. W płwocinie wykryto laseczniki gruźlicze bez obecności włókien elastycznych; laseczniki znaleziono również w wydzielinie z gardzieli. Po kiuretowaniu owrzodzeń w nosie i gardzieli, wrzody zagoiły się. Na szyi wrzód się nie goił, tak, że musiano wyciąć go całkowicie. Obecnie powrót gruźlicy gardzieli, lecz wrzody powstały nie na miejscu uprzednio zagojonym. Ponieważ istniało kilka guziczek podejrzanych, zrobiono wstrzyknięcie, początkowo 0,001, bez odczynu, a potem 0,002 z odczynem ogólnym niezbyt znacznym [ciepłota 39° C.], ale zato miejscowo we wszystkich podejrzanych miejscach wystąpiły owrzodzenia.

Kol. BUJWID z powodu znaczenia rozpoznawczego zwraca uwagę, że rozpoznawanie gruźlicy płuc li-tylko na zasadzie odczynu po wstrzyknięciu nie może być uważane za rozstrzygające, gdyż przy wątpliwych zmianach w płucach nieraz odczyn nie występuje. Zdaje się, że tylko w świeżych sprawach wstrzykiwania Koch'a można uważać za decydujące dyagnostycznie.

Prof. Kosiński zapytuje, w ilu przypadkach nie było odczynu po wszystkich wstrzykiwanych.

Kol. BUJWID odpowiada, że oprócz przypadku HERYNGA, nie było odczynu u chorej na klinice prof. STOŁNIKOWA. U innej chorej z wyraźnymi lasecznikami nie było odczynu ogólnego, ale pojawiło się białko w moczu i barwniki żółciowe. Wogóle na 50 chorych nie było odczynu gorączkowego u 3 chorych.

Kol. TRZCIŃSKI protestuje przeciwko przypisywaniu limfie Koch'a takiego wielkiego znaczenia, jako środka rozpoznawczego, gdyż nieraz odczyn nie występuje u gruźliczych, gdy przeciwnie występuje u niegruźliczych.

Kol. HERYNG przytacza przypadek, że u jednego chorego z gruźlicą krtani nie wystąpił odczyn ogólny, a miejscowo nastąpiło ogromne polepszenie. Kol. H. jest zwolennikiem jaknajmniejszych dawek.

Prof. BARANOWSKI jest zdania, aby dzisiaj przytaczano tylko spostrzegane przypadki i komunikowano fakty bez dyskusji.

WIADOMOŚCI KLINICZNE.

1. *Wykazanie koków ropnych we krwi, jako objaw dyagnostyczny* (Wien. klin. Woch. 1890. 38).

Wiadomo powszechnie, że przyczynę ropienia prawie wyłącznie stanowią koki ropne. Pasorzyty te, według BAUMGARTEN'a, sadowią się w tkankach ustroju, zaliczamy je też do pasorzytów tkankowych (*Gewebparasiten*): one to wywołują umiejscowione ognisko cierpienia.

Często z owym umiejscowieniem cierpienia, t. j. z wytworzeniem ropnia, kończy się sprawa chorobowa. Jeżeli jednakże produkcja koków jest postę-

pową, to może dojść do tego, że owe koki przechodzą do krwi, jak to widzimy przy gorączce przyrannej i septycemii. W innych przypadkach drogą krążenia krwi koki mogą nawet dostawać się do rozmaitych organów i tam powodować ropnie przerzutowe (*pyaemia*). Pod względem klinicznym owo zwiększenie się produkcji koków albo uwidocznia się przez zwiększenie objawów miejscowych [rozszerzenie się flegmony, tworzenie się ropni metastatycznych], a stan taki co do dyagnozy nie przedstawia żadnych wątpliwości, albo też powstaje szereg ciężkich objawów ogólnych, tworzących obraz podobny do niektórych innych chorób [tyfus, ostry reumatyzm stawów]. Otóż to, w tym drugim razie rozpoznanie przedstawia czasami wielkie trudności, szczególnie jeżeli pierwotne ognisko ropne jest niewiadome, skryte. W takich właśnie przypadkach wykazanie koków we krwi za pomocą hodowli może mieć niezmiernie ważne znaczenie.

D-r EISELSBERG na klinice prof. BILLROTH'a w kilku przypadkach wątpliwych pod względem dyagnostycznym mógł w ten sposób określić naturę choroby, co okazywało się nieraz niesłychanie ważnym, gdyż dało możliwość do czynnej interwencji i do uratowania chorego. Przy tych poszukiwaniach przekonano się, że w dniach, w których gorączka była silną, wykrycie koków okazywało się najłatwiejszem.

Przy tych badaniach rozpoznawczych w przypadkach głębokiego ropienia i gorączki septycznej [kości, okolica pozaotrzewnowa i t. d.] znajdowano: 1) albo *streptococcus pyogenes*, 2) albo *staphylococcus pyog. aureus*, 3) albo wreszcie *staphylococcus pyogenes albus*.

Dodać tu wszakże należy, że jakkolwiek takie badanie krwi, jeżeli daje wynik dodatni, stanowi niezmiernie ważny moment rozpoznawczy, to jednakże w razie otrzymania wyniku ujemnego nie wyklucza z całą stanowczością głęboko ukrytego ogniska ropnego; w niektórych bowiem przypadkach głębokiego ropienia obraz ciężkiego ogólnego cierpienia zależy tylko od przejścia pewnych toksyn z pierwotnego ogniska, a nie koków.

Co się tyczy sposobu badania, to postępować należy, jak następuje: palec, albo płatek ucha, po wymyciu sublimatem, alkoholem i eterem, nakłuwamy igłą, przedtem wypaloną i ostudzoną. Pierwszą kroplę krwi należy zetrzeć wyjąłowym szpadelkiem platynowym, a dopiero z następnej kropli krwi również wyjąłowaną igłą platynową zabieramy krew i szczepimy w epruwetkach, napełnionych żelatyną lub agar-agarem. EISELSBERG radzi najbardziej szczepić na agar-agarze. Epruwetki ze szczepionką trzeba pomieścić w termostacie i codziennie je oglądać. Czasami już na drugi dzień uwidocznia się kolonija, czasem zaś dopiero na trzeci lub czwarty dzień. W razie otrzymania kolonii należy cząsteczkę jej starannie zbadać pod mikroskopem w sposób wiadomy.

2. *Myocarditis infectiosa diphtheritica.*

HUGUENIN za przedmiot do rozprawy doktorskiej (*Thèse. Paris. 1890*) wziął wpływ dyfterytu na serce i przeprowadził w tym celu spostrzeżenia kliniczne i badania anatomo-patologiczne.

Dyfteryt, podobnie jak wszystkie ciężkie choroby zakaźne, wywołuje, między innymi, zmiany w mięśniach wogóle, a w szczególności w mięśniu sercowym. Owe zmiany w mięśniu sercowym (*myocarditis*) są jednocześnie natury zapalnej i degeneracyjnej. Najczęściej bywają one rozlane (*myocarditis diffusa*) i zajmują włókna mięśniowe, tkankę łączną i naczynia.

Często owe zmiany są gołym okiem niedostrzegalne; dopiero mikroskop je uwidocznia. Wszelako już i takie zmiany mięśnia sercowego mogą w wysokim stopniu zmniejszać energiję skurczów serca, a w następstwie prowadzić do rozszerzenia tego organu (*dilatatio cordis*), oraz do wytworzenia się zakrzepów (*thrombosis*).

Wiele przypadków nagłej śmierci w przebiegu dyfterytu, a szczególnie podczas zdrowienia zależy najpewniej od tego ostrego zakaźnego zapalenia mięśnia sercowego, które ze swej strony najczęściej bywa przy dyfterytach złośliwych, występujących od razu z zakażeniem ogólnym; towarzyszy mu również zwykle paraliż podniebienia i bardzo znaczny białkomocz.

3. *Wrzodzianki (furunculosis) przy zwykłej moczowce (diabetes insipidus).*

Już LANCEREAUX zwrócił uwagę na to, że pewna grupa objawów, którą zwykle poczytujemy za charakterystyczną dla cukrzycy, może występować i przy zwyczajnej moczowce (*polyuria*). EULENBURG z pomiędzy owych objawów zaznaczył — furunkulozę. W ostatnim czasie LEWIŃSKI (*Centrbl. f. kl. med.* 21—24. 1890.) opisuje podobny przypadek. Chory 56-letni oddaje na dobę około 8 litrów moczu, który nigdy cukru nie zawiera. Przez kilka tygodni chory miewa ciągle furunkulozę.

4. *Cukier we krwi, jako objaw dyagnostyczny.*

FREUND pierwszy zwrócił uwagę, że we krwi osób, chorujących na raka, znajduje się niezwykle wielka ilość cukru. TRINKLER dla stwierdzenia tego zjawiska wykonał mnóstwo [109] analiz krwi — nie tylko u rakowatych, ale i przy rozmaitych innych chorobach (*tuberculosis, typhus abdominalis, vitium cordis, syphilis, nephritis, septicaemia*).

Na mocy tych badań TRINKLER dochodzi do następujących wniosków.

Krew chorych na raka zawiera rzeczywiście znaczną ilość ciał redukujących, z których najwięcej przypada na cukier gronowy [0,1678%—0,240%]. Rozumie się, że w każdym przypadku, trzeba najprzód przekonać się, czy nie ma cukrzycy.

Owa względnie duża zawartość cukru we krwi u cierpiących na raka w każdym razie nie stoi w związku z większym lub mniejszym charactwem takich chorych.

Przy nowotworach rakowatych powierzchownych [skóra, błony śluzowe widzialne] ilość cukru we krwi bywa mniejszą, aniżeli przy rakach organów wewnętrznych.

Wiktor Grostern.

Wiadomości terapeutyczne.

1. **Przemywanie organizmu ludzkiego.** W jednym z ostatnich odczytów klinicznych VOLKMANN'owskich (*Sammlung klinischer Vorträge — begründet von VOLKMANN. Nr. 11. 1890 r.*) prof. SAHLI zajmuje się kwestyją znaczenia dowozu wody dla organizmu, a specjalnie wartością terapeutyczną przemywania organizmu w niektórych stanach patologicznych.

Już dawniej COHNHEIM i LICHTHEIM wykazali, że u niektórych zwierząt można bez szkody dla danego zwierzęcia powoli wprowadzić do obiegu krwi przez żyły względnie dużą ilość fizjologicznego roztworu soli kuchennej, ogrzanego do ciepoty ciała zwierzęcia.

Francuzcy badacze DASTRE i LOYE wykonali w tym kierunku mnóstwo doświadczeń na psach i królikach, i otrzymali ciekawe wyniki [r. 1888 i 1890].

Przedewszystkiem przekonali się, że takie wlewanie do żył działa moczopędnie, i że przy odpowiednim uregulowaniu szybkości strumienia wlewanego wydziela się przez nerki zwierzęcia w każdej jednostce czasu tyle moczu, ile wchodzi roztworu soli do żyły. Przy tak uregulowanej szybkości można całemi godzinami prowadzić bezustannie wspomniane doświadczenie bez szkody dla zwierzęcia: zawsze przez nerki tyle płynu się wydzieli, ile wiano do żyły. W kilku przypadkach w tem regulacyjnem wydzielaniu płynu przyjmowały udział nie tylko nerki, ale kiszki i ślinianki.

Jeżeli wszakże szybkość strumienia wlewanego się zwiększy, to coraz więcej wody nagromadzi się w ustroju, a to z czasem staje się szkodliwym dla zwierzęcia.

W każdym razie przy tych wlewaniach do żył owa równowaga pomiędzy ilością płynu wlewano, a wydzieleniem przez nerki nie przychodzi do skutku od razu, zaraz od samego początku doświadczenia, ale dopiero po pewnem trwaniu wlewania. A zatem w samym początku pewna część roztworu soli zostaje zatrzymaną tak we krwi, jakoteż w tkankach, a dopiero gdy zawartość wody w organizmie przekroczyła pewną granicę, występuje zbawcza diureza, która już trwa przez cały czas doświadczenia.

Mocz, wydzielany podczas doświadczenia, zmienia się w sposób charakterystyczny: z początku jest takim, jak przed doświadczeniem, następnie staje się stopniowo coraz bledszym, tak, że w końcu równa się prawie płynowi wlewaniu. Po przerwaniu doświadczenia, mocz stopniowo znowu przyjmuje własności pierwotne. Nigdy podczas doświadczeń nie znajdowano białka w moczu.

Jak widzimy z powyższego, mamy tu niejako do czynienia z przemywaniem całego organizmu: z przemywaniem krwi i tkanek. Wprawdzie tym doświadczeniem zarzucić można pewien ważny brak; nie wykazują one bowiem dowodnie za pomocą ścisłej wagi części stałych moczu, czy obok wzmoczonego wydzielenia wody, *respectively* fizjologicznego roztworu soli kuchennej, i inne części stałe moczu znajdują się w większej ilości, t. j.: czy istotnie tu mamy do czynienia z wymywaniem tkanek, i że tak rzecz można, „z wyługowaniem ich”. Tę część kwestyi możnaby oddzielnie rozwiązać; ale już z góry sądzić należy, że prócz wody i inne części stałe wydzielają się w zwiększonej ilości z organizmu przez nerki: za tem bowiem stanowczo przemawiają znane doświadczenia innych poważniejszych badaczy, którzy wykazali, że przy zwiększonym dowozie wody do organizmu następuje zwiększone wydzielenie mocznika, i że to zwiększone wydzielenie mocznika nie zależy od zwiększonego wytwarzania, ale od lepszego wyługowania mocznika z tkanek.

Po tem wszyskciem łatwo się domyśleć można, że podobne bezpośrednie przemywanie organizmu może stanowić metodę terapeutyczną w niektórych chorobach.

Wiadomo, że obecnie duży szereg objawów chorobowych, dla których przedtem nie mieliśmy wystarczającego naukowego wyjaśnienia, uważamy za następstwo samozakażenia organizmu. Za taką autointoksykację uważamy dzisiaj nietylko mocnicę, cholemię, acholiję, śpiączkę cukrzycową (*coma diabeticum*), ale cały obraz chorób gorączkowych, wraz z tak zwanym stanem tyfusowym, a nawet i cały szereg kacheksyj przewlekłych. Że wydzielenie moczu odgrywa najważniejszą rolę przy usuwaniu, lub następowaniu owych autointoksykacji, to zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości: uczy nas tego tak fizylogija, jako też obserwacja kliniczna, a szczególnie ścisłe i dokładne badania moczu.

Otóż, jeżeli gdzie bądź, to właśnie w owych stanach autointoksykacyjnych istotnie przemywanie organizmu mogłoby znaleźć pierwszorzędne wskazanie.

Ponieważ wlewanie wprost do żyły takiej ilości płynu i przez tak długi czas, jak chcą DASTRE i LOYE, mogłoby przedstawiać i poważne trudności i poważne niebezpieczeństwo, przeto prof. SAHLI zastosował tę samą zasadę, ale w sposób o wiele łatwiejszy i bezpieczniejszy, a mianowicie: przez podskórne wlewanie roztworu fizjologicznego soli kuchennej.

Dotąd, jak wiadomo, podobne wlewania podskórne (*hypodermoklysis*) soli kuchennej stosowano w dwóch stanach patologicznych: przy bardzo ciężkich utratach krwi i przy leczeniu cholery.

Przy dużych utratach krwi idzie o lepsze napełnienie naczyń krwionośnych, co rzeczywiście zadziwiająco dobrze uskutecznia się za pomocą podskórnego wlewania, dzięki bardzo szybkiej rezerbcyi do krwi płynu wlewano do tkanki łącznej podskórnej.

Ponieważ przy cholery wysychanie tkanek uważano za jedyną istotną przyczynę groźnych objawów okresu algidnego, przeto sądzono [SAMUEL, CANTANI], że na drodze podskórnego wlewania dostarczy się krwi i tkankom brakującej ilości płynu. Już jednak wówczas CANTANI obok tego przypuszczał, że metoda ta, prócz dostarczenia płynu, zdoła przez poprawienie krążenia ułatwić wydalenie choleratoksyny z organizmu.

Prof. SAHLI na klinice swej w Bernie od paru lat stosuje wzmiankowane wlewania podskórne roztworu fizjologicznego soli kuchennej [0.7%] przy rozmaitych stanach patologicznych, przy czem doszedł do przekonania, że w działaniu tej metody leczniczej, oprócz samego przemywania organizmu wskutek zwiększonej diurezy, jeszcze dwa inne czynniki ważną odgrywają rolę, a mianowicie: 1) rozcieńczenie jądów, krążących we krwi, i 2) dowóz wody szczególnie w przypadkach, w których tej wody brak organizmowi i w których na innej drodze wypełnienie braku wody jest często niemożliwem.

Do wlewań podskórnych używa SAHLI sterylizowanego roztworu soli kuchennej 0,7%, w zwykłej wodzie wodociągowej. Przyrząd do wlewań ma następujący skład: Kolbka jednolitrowa ERLÉN-MEYER'a, zatkana jest korkiem kauczukowym, mającym trzy otwory. Przez otwór środkowy przechodzi termometr, do mierzenia ciepłoty wody. Przez drugi otwór w korku, przechodzi rurka szklana, sięgająca do dna naczynia. Ta część tej rurki, która jest na zewnątrz naczynia, na pewnej wysokości zgięta jest pod kątem prostym, a następnie w pewnej odległości od tego zgięcia znowu zgięta pod kątem prostym i skierowana ku dołowi. Na koniec zewnętrzzy tej rurki, zwrócony ku dołowi, nasuwa się szczelnie długą rurkę kauczukową, zakończoną kaniulką, służącą do wbicia pod skórę. Przez trzeci otwór w korku, przechodzi druga rurka szklana, sięgająca również do dna naczynia. Rurka ta służy dla dostępu powietrza zewnętrznego do naczynia z wodą podczas wlewania pod skórę. Dla tego, ażeby powietrze, dostające się do kolbki, było zupełnie czyste, rurka ta jest w pobliżu swego końca zewnętrznego kolbowato rozszerzoną, a w rozszerzeniu tem pomieszcza się watę sterylizowaną, tak, że do kolbki może dostawać się tylko powietrze przefiltrowane. Oprócz tego wspomniana druga rurka jest w swej części zewnętrznej [względem naczynia] nieco zgięta pod kątem rozwartym dla tego, aby wygodniej było przed wkluciem kaniulki pod skórę, przez proste wdmuchiwanie powietrza ustami przez tę drugą rurkę do naczynia wypełnić pierwszą rurkę szklaną, całą rurkę kauczukową i kaniulkę — wzmiankowanym roztworem soli. Dopiero po takim wypędzeniu powietrza z rurki kauczukowej i z kaniulki, czyli raczej po napełnieniu ich roztworem soli, zaciska się szczelnie rurkę kauczukową, i wówczas wbija się kaniulkę pod skórę.

Rozumie się, że cały przyrząd — *in toto* — musi być aseptycznym, a więc porządnie wysterylizowanym, i że miejsce nakłucia, oraz ręce lekarza dokładnie zdezynfekowane. Kaniulkę podczas wlewania, można otoczyć w miejscu nakłucia watą zdezynfekowaną i zakleić kolodýjonem, a po wyjściu kaniulki ranę przemyć sublimatem, zakryć watą zdezynfekowaną i zakleić kolodýjonem.

Po wkluciu kaniulki pod skórę, naczynie z roztworem soli podnosi się w górę, przez co otrzymujemy lewar, a płyn przez to z naczynia przechodzi do tkanki podskórnej. Przez większe lub mniejsze podnoszenie i obniżenie naczynia można strumień płynu wlewane go pod skórę przyspieszyć lub zwolnić.

Zamiast rurki kauczukowej z jedną kaniulką, można użyć rurki kauczukowej z kilku wylotami i kilku kaniulkami, przez co odrazu w kilku miejscach u tegoż samego chorego można wlać pod skórę odpowiednie ilości płynu.

Jako okolice najodpowiedniejsze do podobnych wlewań SAHLI podaje skórę brzucha, piersi, zewnętrzną powierzchnię uda.

Z początku SAHLI postępował według wskazówek DASTRE'a i LOYE'a, t. j.: stosował powolne i długie wlewanie. Następnie jednak od tej metody odstąpił i wrócił do metody dawniejszej SAMUEL'a—CANTANI'ego, t. j. do jednorazowego, szybkiego i obfitego wlewania. W ten sposób można w ciągu 5—10 minut, przy wysokiem postawieniu naczynia, wlać 1—2 litrów roztworu pod skórę. Takie wlewanie można powtarzać kilka razy tegoż samego dnia, albo codzień, co kilka dni — stosownie do wskazania.

Na miejscu wiania wytwarza się duże, ograniczone obrzwanie, rodzaj guza, który wszakże po zaprzestaniu wlewania, zادیwając szybko znika, wskutek wessania płynu.

Sposób ten leczniczy jest wprawdzie bolesnym dla chorego, jednakże cała procedura trwa bardzo krótko, a zresztą najczęściej się ją stosuje u chorych nie odczuwających bólu, jak np. w ciężkim stanie tyfusowym, w mocznicę i t. d. W niektórych razach, jak np. przy mocznicę, przy wielkim niepokoju chorego, można wlewanie wykonać pod narkozą chloroformową, jak to SAHLI raz musiał uczynić.

Prof. SAHLI na mocy liczne go doświadczenia zaleca wzmiankowaną metodę leczniczą przy dwóch stanach chorobowych, a mianowicie: przy mocznicę (*uraemia*) i przy ciężkim stanie tyfusowym (*status typhosus*).

W jednym z najbliższych numerów podamy w dalszym ciągu wyniki ze spostrzeżeń klinicznych i szczegółowe uwagi prof. SAHLI'ego.

Wiadomości bieżące.

— Wszedł z druku ostatni zeszyt [12-ty] „Odczytów klinicznych“ za 1890. Zawiera on pracę kol. DUNINA, p. t.: „O habitualnem zaparciu stolca, jego przyczynach i leczeniu“. Odczyt ten śmiało możemy polecić każdemu lekarzowi; gdyż o stanie patologicznym tak rozpowszechnionym znajdzie w tym odczycie zebrane i ugrupowane odnośnie ważne szczegóły naukowe, oraz poglądy autora, oparte na licznych materyjale spostrzegawczym z praktyki szpitalnej i prywatnej.

Odczyt kliniczny [1-szy] za miesiące Styczeń r. b. już znajduje się pod prasą. Przedmiotem jego będzie praca SAENGER'a p. t.: „Zakażenie tryprowe u kobiet“.

— W tym miesiącu opuści prasę obszerne dzieło [37 arkuszy] oryginalne D-ra BIEGAŃSKIEGO [z Częstochowy], p. t.: „Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych“. Cena rs. trzy — z przesyłką rs. 3 kop. 50.

— Otrzymałiśmy z Poznania list następujący:

Szanowna Redakcyjo!

Nie mogąc na wszystkie, a bardzo liczne, już to listownie, już to na drodze telegraficznej przesłane nam z powodu 25-cio-letniej działalności Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, dowody duchowej łączności i szczerzej życzliwości odpowiedzieć z osobna, zniewoleni jesteśmy na tej drodze złożyć nasze najserdeczniejsze podziękia świetnym Towarzystwom, Uniwersytetom, Szanownym Kolegom, jak wogóle wszystkim, którzy w dniu tym łaskawie o nas pamiętać i życzenia przesyłać nam raczyli.

W imieniu Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego,
D-r Bol. Wicherkiewicz, prezes wydziału.

— Z okazji 25-letniego jubileuszu Wydziału Lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk w Poznaniu wszedł numer jubileuszowy „Nowin lekarskich“, które są organem tego wydziału. Numer ten zawiera: Przewodniczącego wydziału, D-ra WICHERKIEWICZA, życiorys D-ra TEOFIŁA MATECKIEGO [z ryciną], jednego z założycieli tegoż wydziału; skreślony piórem D-ra ZIELEWICZA, Spis członków wydziału lekarskiego Towarzystwa przyjaciół nauk od roku założenia 1865 do końca roku bieżącego. Życiorysy zmarłych członków przez D-ra KOEHLER'a i 2 prace o stosowaniu płynu Koch'a.

— W krakowskim Towarzystwie lekarskiem wybrano na r. 1891 na prezesa prof. GLUZIŃSKIEGO, na zastępcę prezesa doc. PONIKŁO, na sekretarza dorocznego ROZENZWEIGA.

— V kongres chirurgów francuzkich odbędzie się w Paryżu od 30 Marca do 4 Kwietnia 1891, pod przewodnictwem prof. GUYON'a. Komitet zarządzający postawił na porządek dzienny 3 następujące kwestyje:

- 1) *Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée).*
- 2) *Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.*
- 3) *Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.*

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1891 według tego samego programu i na takich samych warunkach, jak dotychczas.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Tych Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1891 będą wychodzić w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szan. Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Do dzisiejszego N-ru Gazety Lekarskiej dołącza się dla wszystkich prenumeratorów Prospekt na „Hygienę praktyczną“ D-ra L. NATANSONA, oraz Prospekt na „Odczyty Kliniczne“ w r. 1891.