

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

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

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w roku 1896. Podał Władysław Palmirski. — O rezekcji przewodów naslennych z powodu przerostu gruczołu krokowego. Podał Antoni Lesnbrodzki. — Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych w narządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań. Napisał d-r Teodor Heiman. (Dokończenie) — **Streszczenia i wyciągi.** 124. Leczenie jaglicy przy pomocy rozczyńców jodu. 125. O leczeniu jaglicy. 126. Odmlana rurek O'Dwyer'a. 127. O hodowaniu i jadzie gonokoków. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 14 września r. b. — **Odcinek.** Zdrowotna gimnastyka szwedzka. Podał d-r Roman Skowroński. (Dokończenie). O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. sierpień r. b. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.** — **Zmarli.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r W. Palmirski—Les résultats de la méthode prophylactique de Pasteur pendant l'année 1896. 2) D-r A. Lesnbrodzki — Sur la résection des canaux déférents dans l'hypertrophie de la prostate. 3) D-r T. Heiman — Sur la casuistique et le traitement chirurgical des complications lethales d'otites suppuratives.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r W. Palmirski—Die Resultate der Schutzimpfungen nach der Pasteur'schen Methode im Jahre 1896. 2) D-r A. Lesnbrodzki—Ueber die Resection der Samenleiter bei Prostatahypertrophie. 3) D-r T. Heiman—Zur Casuistik und chirurgischen Behandlung lethaler Complicationen der eitrigen Erkrankungen des Ohres.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau—Oboźna str. 5.

Z PRACOWNI BAKTERYOLOGICZNEJ W WARSZAWIE.

Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteur'a w roku 1896.

Podał Władysław Palmirski.

W roku 1896 zgłosiło się o poradę ogółem 1200 osób pokąsanych przez zwierzęta wściekle lub podejrzane. Z tej liczby 229 osób nie podlegało leczeniu, a to z powodu, iż pokąsane zostały przez zwierzęta wyraźnie zdrowe, albo też chociaż przez wściekle lub podejrzane, to jednak nie do krwi, t. j. bez zdarcia naskórka, jeżeli zaś do krwi, to bez rozdarcia ubrania. Następnie 23 osoby przerwały leczenie samowolnie. Oprócz tego 12 osób z leczonych nie wciągnięto do statystyki z powodu, że próby na królikach nie wykazały wścieklizny. Tym sposobem w roku 1896 zaliczono do statystyki 936 osób.

Co do płci było: mężczyzn 641, kobiet 295. Leczeni pochodzili z następujących miejscowości: z gub. Warszawskiej 254, (w tej liczbie z Warszawy i okolic: Pelcowizny, Mokotowa, Powązek, Woli, Pragi i t. d. 85), z gub. Łomżyńskiej 48, Płockiej 46, Lubelskiej 84, Piotrkowskiej 67, Radomskiej 71, Kaliskiej 25, Kieleckiej 43, Siedleckiej 71, Grodzieńskiej 57, Mińskiej 78, Kowień-

skiej 15, Wileńskiej 44, Wołyńskiej 44, Wołyńskiej 10, Podolskiej 1, Mohylowski 6, Czernihowskiej 2, Suwalskiej 10, Witebskiej 2, Ekaterynostawskiej 1 i Orłowskiej 1.

Co do wieku było dzieci: 1-letnich 5; 2-let. 18; 3-let. 25; 4-let. 28; 5-let. 40; 6-let. 38; 7-let. 46; 8-let 38; 9-let. 26; 10-let. 33; 11-let. 27; 12 - let. 42; 13-let. 24; 14-let. 18; 15-let. 19. Starszych nad lat 15—509.

Co się tyczy czasu, w którym od chwili ukąszenia rozpoczęto leczenie, to: po upływie 1—2 dni po ukąszeniu leczyło się 153 osób; 2—5 dni 438; 5—10 dni 257; 19—20 dni 72; 20—30 dni 15, po 40 dniach 1.

Pokąsanych przez psy było 851 osób; przez koty 42, przez konie 8, przez wilki 21, przez krowy 10, przez świnie 4. Zwierzętami kąsającymi były: psy w przypadkach 548, koty w 25, konie w 6, wilki w 7, krowy w 7 i świnie w 4.

Co się tyczy większej lub mniejszej pewności, czy zwierzę kąsające było wściekłe, dzielimy pokąsanych wzorem PASTEUR'a na 3 grupy:

A. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została przez szczepienie królika lub wścieknięcie się równocześnie pokąsanych zwierząt.

B. Pokąsanych przez zwierzęta, których wścieklizna stwierdzona została na zasadzie badania zwłok, dokonanego przez weterynarza.

C. Pokąsanych przez zwierzęta, uznane za wściekłe na zasadzie objawów, podejrżane lub niewiadome.

Dane porównawcze z r. 1896, dotyczące się kategorii pokąsanych, ukąszeń okolic ciała i przypalań, przedstawia niżej umieszczona tablica.

Uwaga. Przypalania dzielimy na: wystarczające i niewystarczające. Do wystarczających zaliczamy przypalania żegadłem lub steżonymi kwasami mineralnymi zaraz, lub po upływie kilku minut, w przeciwnym zaś razie wszelkie przypalania uważamy za niewystarczające.

	A			B			C		
	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.	Przypalania.	Liczba pokąsanych.	Razem.
I. Ukąszenia zadane w twarz lub głowę {pojedyncze liczne . . .	1 18}	19		4 7}	11		29 29}	58	
Przypalania wystarczające	—	6		—	2		2		
" niewystarczające	—	13		—	9		11		
" żadne	—	—		—	45		45		
II. Ukąszenia zadane w ręce {pojedyncze liczne . . .	32 69}	101		19 33}	52		138 262}	400	
Przypalania wystarczające	1	26		3	5		5		
" niewystarczające	26	74		9	77		77		
" żadne	—	—		40	318		318		
III. Ukąszenia zadane w tułów i nogi . {pojedyncze liczne . . .	18 25}	43		7 14}	21		59 139}	198	
Przypalania wystarczające	—	9		—	8		8		
" niewystarczające	9	34		8	42		42		
" żadne	—	—		13	148		148		
IV. Liczne ukąszenia w rozmaite okolice ciała . . .	—	—	1	—	—	3	—	—	29
Przypalania wystarczające	—	1		—	1		11		
" niewystarczające	—	—		1	18		18		
" żadne	—	—		2	—		—		
Ukąszonych przez rozdarłe ubranie	33	—		21	144		144		
Ukąszonych w nagie ciało	131	—		66	541		541		
Razem	—	164		87	—		—	685	
Ogólna liczba pokąsanych	—	—		936	—		—	—	

Oдноśnie do pór roku leczyło się osób: w styczniu 51, w lutym 59, w marcu 57, w kwietniu 55, w maju 111, w czerwcu 92, w lipcu 99, w sierpniu 111, we wrześniu 81, w październiku 86, w listopadzie 78, w grudniu 56.

Z leczonych w 1896 r. zmarli:

1) Radecka Marya, lat 39, z Lublina, ukąszona 25 stycznia 1896 r. przez psa w prawe przedramię. Na miejscu ukąszenia—draśnięcie długości 4 cm. w gołe ciało. Ranka nie była przypalana. Leczenie rozpoczęte było 28 stycznia, trwało 9 dni. Próba z mózgu psa wykazała wściekliznę. Umarła w Lublinie na wodowstręt 10 marca 1896 r.

2) Wilkoński Bronisław, lat 24, ze wsi Głogowice, gm. Strzelec, pow. Kutnowskiego, gub. Warszawskiej, ukąszony 15 marca 1896 r. przez psa podejrzanego o wściekliznę w prawą rękę. Na górnej powierzchni prawej ręki 8 ranek do krwi; ranki były przemyte narazie wodą karbolową; leczenie rozpoczęto 18 marca, trwało dni 10. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 9 maja 1896 r. pod postacią drętwienia i bólu prawej ręki.

10 maja chory mógł jeszcze jeść, 11 maja nie mógł przyjmować pokarmów; widok wody wywoływał charakterystyczny skurcz mięśni krtaniowych; umarł w szpitalu w Kutnie.

3) Rutowski Roman, lat 4, z Pińczowa gub. Kieleckiej, ukąszony w twarz 16 czerwca 1896 r. przez psa podejrzanego o wściekliznę. Na miejscu ukąszenia t. j. pod lewym okiem 2 ranki głębokie i u podstawy nosa również 2 rany dość głębokie. Rany po $\frac{1}{2}$ godziny były przypalone. Pies zabity, bliższych szczegółów o nim nie wiadomo. Leczenie rozpoczęte 18 czerwca trwało przez dni 12; szczepionki były zastrzykiwane 3 razy dziennie. Umarł na wodowstręt w końcu lipca r. z.

4) Atruskiewicz Nadieżda, lat 4, z m. Świerznia, pow. i gub. Mińskiej ukąszona w twarz 17 kwietnia 1896 r. przez psa, którego wścieklizna stwierdzona została na zasadzie badania zwłok. Na prawym policzku było 5 ranek, na lewym 1 ranka przez warstwę skórną i tłuszczową; pod lewym kolaniem 4 głębokie rany. Rany były przypalone azotanem srebra po upływie godziny.

Leczenie rozpoczęte 26 kwietnia 1897 r. trwało 14 dni. A. była szczepiona 3 razy dziennie. O ile można sądzić z zebranych wiadomości, umarła na wodowstręt w 3-im miesiącu po ukończeniu leczenia.

5) Borysowicz Łukasz, lat 31, ze wsi Zamoście pow. Ihumeńskiego, gub. Mińskiej, ukąszony 16 maja 1896 r. w głowę i lewą rękę przez wilka, uznanego za wściekłego na zasadzie próby. Na miejscu ukąszenia t. j. nad prawem uchem 1 rana bardzo duża, na górnej i dolnej powierzchni lewej ręki 5 ranek dość sporych; rany były przypalane lapisem. B. był szczepiony 3 razy dziennie przez 14 dni. Umarł na wodowstręt w czerwcu r. z.

6) Ciżewski Felicyan, lat 72, ze wsi Łunin, pow. Ihumeńskiego, gub. Mińskiej, ukąszony przez tegoż wilka 17 maja 1896 r. w głowę. Na czole, policzkach i nosie 12 ran głębokich. Rany nie były przypalane.

Leczenie rozpoczęte 19 maja r. z. trwało 14 dni. C. był szczepiony 3 razy dziennie; umarł na wodowstręt w czerwcu r. z.

7) Łozowski Józef, lat 9, ze wsi Borowinka, pow. Ihumeńskiego, gub. Mińskiej, ukąszony przez tegoż wilka 16 maja 1896 r. w głowę. Na prawym policzku 5 ran głębokich, nad prawem uchem 1 rana długości 12 cm., na lewym policzku 1 rana, pod lewym uchem 1 rana, na dolnej wardze 1 rana.

Rany nie były przypalane, Leczenie rozpoczęło 22 maja r. z., trwało ono 14 dni. Ł. był szczepiony 3 razy dziennie; umarł na wodowstręt w czerwcu r. z.

Podczas leczenia umarli na wodowstręt:

1) Sudnik Teodor, lat 42, ze wsi Podsadki, pow. Ihumeńskiego, gub. Mińskiej, ukąszony w głowę przez tegoż wilka 17 maja r. z. Lewe ucho oderwane, również oderwana dolna część nosa ze strony lewej, rozdarcie całkowite wargi górnej, liczne rany na głowie i policzkach. Rany nie były przypalane. Leczenie rozpoczęło 19 maja r. z.; szczepienia dokonywane były 3 razy dziennie. Pierwsze objawy wystąpiły 30 maja t. j. 14 dnia po pokąsaniu. S. nic nie jadł, przez cały dzień trwały wymioty. 31 maja nic nie mógł łykać, widok wody i dmuchnięcie wywoływały charakterystyczny skurcz mięśni krtaniowych, cały dzień był niespokojny, wzrok miał bystry; w szpitalu Jana Bożego, gdzie był umieszczony, w nocy zrywał się, był bardzo niespokojny, umarł 1 czerwca o godz. 10 rano t. j. 3 dnia choroby, a 16 po pokąsaniu.

2) Nowicki Sergiusz, lat 7, ze wsi Zadworye, pow. i gub. Mińskiej, ukąszony w głowę 17 maja 1896 r. przez tegoż wilka. Nad lewym uchem 1 rana, pod dolną wargą 1 rana, średnia część dolnej szczęki wyłamana. Rany nie były przypalane. Leczenie rozpoczęło 22 maja, szczepienia dokonywane były 3 razy dziennie. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 2 czerwca t. j. 17 dnia po pokąsaniu. Chłopiec grymasił, nie chciał jeść. 3 czerwca obraz choroby bardzo wyraźny; widok wody i dmuchnięcie wywoływały skurcz mięśni krtaniowych, umarł w szpitalu Jana Bożego w Warszawie 4 czerwca rano.

3) Darwojed Adam, lat 18, ze wsi Świerzynowa pow. i gub. Mińskiej ukąszony 16 maja r. z. przez tegoż wilka w czoło. Na miejscu ukąszenia 6 ran dość głębokich. Leczenie rozpoczęło 23 maja r. z.; szczepienia dokonywane były 3 razy dziennie. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 3 czerwca r. z., t. j. 19 dnia po pokąsaniu pod postacią bólu w miejscu ukąszenia. 4 czerwca widok wody i dmuchnięcie wywoływały skurcz mięśni krtaniowych; chory był bardzo niespokojny. 5. VI. nad ranem umarł w szpitalu Jana Bożego w Warszawie.

Tym sposobem śmiertelność w r. 1896 z leczonych metodą PASTEUR'a wynosi 0,75%; jeżeli zaś przyłączymy i tych, którzy umarli podczas leczenia, będzie ona wynosiła 1,07%. Na wysoką odsetkę śmiertelności roku zeszłego wpłynęły przypadki ukąszeń przez wilka. Ukąszenia przez wilka wściekłego dają odsetkę śmiertelności według NENIE 58%, według du MESNIL'a 76%, według RENAULT'a 64%, według BROUARDEL'a 67%. Przyczynę znacznej śmiertelności z ukąszeń przez wilków upatruje PASTEUR w tem, że rany po większej części są duże, głębokie i zadane w twarz lub głowę. Ukąszenia w twarz lub głowę nie tylko przez wilków, lecz i przez inne zwierzęta wściekłe są niebezpieczniejsze, niż w inne okolice ciała.

W roku zeszłym przybyło na leczenie 21 osób, silnie pokaleczonych przez wilków wściekłych, lub podejrzanych o wściekliznę. Z tej liczby 3-je zmarło podczas leczenia, 3-je po leczeniu, co w sumie daje odsetkę śmiertelności 28,57%.

Z osób nieleczonych, zmarłych na wodowstręt, udało się zebrać wiadomości o dwóch przypadkach.

1) Szmidt Maryanna, lat 24, z Warszawy, ukąszona przez psa, uznanego za wściekłego na zasadzie badania zwłok, dokonanego w Instytucie Weterynaryjnym w Warszawie. Sz. na nosie miała 1 ranę do krwi, na górnej powierz-

chni prawej ręki również 1 ranę do krwi. Sz. przybyła na poradę 15 stycznia r. z., lecz na szczepienia nie przychodziła pomimo nalegań. Umarła na wodowstręt 18 lutego r. z. w szpitalu Dzieciątka Jezus.

2) Falkowska Ewa, lat 2 $\frac{1}{2}$, z Bielska, gub. Grodzieńskiej, ukąszona przez psa niewiadomego 6 czerwca r. z. Na górnej wardze była 1 ranka, na prawym policzku 2 ranki. Pierwsze objawy wodowstrętu wystąpiły 6 lipca r. z., zmarła 8 lipca w drodze do Warszawy.

Przy stosowaniu leczenia według metody PASTEUR'a posilkowano się metodą wzmocnioną, rozpoczynając szczepienia rdzeniem 8-io lub 6-iodniowym, kończąc dwu lub jednodniowym. Leczenie trwało od 9 do 16 dni; zastrzykiwano pokąsanym stosownie do ukąszenia 2—3 razy dziennie po 2 cm. sz. dość gęstej zawiesiny z rdzenia królika, zarażanego jadem stałym (*virus fixe*). Rdzenie przechowywane były w ciepłocie *maximum* 12—15° C.

Na zakończenie tej pracy uważam za stosowne nadmienić, że dla danych statystycznych pożądane jest, ażeby pokąsani przywozili ze sobą mózg zwierzęcia, przez które byli pokąsani. Kawałek mózgu włożony do stoika z gliceryną może służyć do prób nawet po kilku tygodniach i może być przesyłany pocztą, lby zaś zwierząt przywożone do pracowni podczas drogi najczęściej ulegają rozkładowi i nie mogą być użyte do tego celu. Materiał zbierany w ten sposób mógłby w przyszłości wiele spraw nam wyjaśnić i uczynić je więcej zrozumiałemi.

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO

D-RA MED. RAUMA W SZPITALU WARSZAWSKIM NA PRADZE.

O rezekcyi przewodów nasiennych z powodu przerostu gruczołu krokowego.

Podał **Antoni Lesnobrodzki**, asystent oddziału.

W ciągu ostatnich lat kilku zaszedł nader ważny nowy zwrot w leczeniu operacyjnem przerostu gruczołu krokowego. Gdy dawniej w ciężkich przypadkach usuwano bezpośrednio części przerosłe bądź odzewnątrz, bądź też torując sobie drogę przez cewkę moczową lub pęcherz, obecnie skierowano usiłowania ku temu, aby wywołać zanik gruczołu krokowego na drodze pośredniej, bez zabiegów w samym gruczole dokonywanych.

Głównym bodźcem do poszukiwania nowych metod leczniczych były poniekąd znane trudności, towarzyszące wykonaniu usuwania części przerosłych gruczołu krokowego, głównie zaś złe wyniki otrzymywane po tej operacji u ludzi wiekowych, zakażonych wskutek długotrwałego nieżyty dróg moczowych. BELFIELD zestawiał 133 przypadki wycięcia gruczołu krokowego; tylko w 29 były wyniki zadawalające; znaczna śmiertelność pooperacyjna, pozostanie przetok moczowych, brak poprawy w oddawaniu moczu — zniechęciły chirurgów do wykonywania wycięcia gruczołu krokowego i zmusiły do poszukiwania lepszych sposobów leczenia.

BIER pierwszy zalecił, aby zamiast operowania samego gruczołu krokowego działać nań pośrednio, wywołać zanik, wstrzymując dopływ krwi zapomocą podwiązania obydwóch tętnic biodrowych.

Zabieg powyższy, jako wogóle niebezpieczny, i jak o tem się przekonano, (KOENIG) nie zawsze wpływający na zmniejszenie gruczołu krokowego, nie zyskał uznania wśród chirurgów.

W 1893 r. F. RAMM, chirurg norweski, przekonawszy się, że u psów po wycięciu jąder następuje po paru miesiącach zmniejszenie gruczołu krokowego, zalecił trzebieenie jako nową metodę leczniczą w celu wywołania zaniku przerosłego gruczołu w przypadkach, w których gruczoł przerosły wywołuje zaciśnięcie cewki moczowej. Operację powyższą wykonał RAMM z dobrym skutkiem u dwóch starców. WHITE a po nim wielu innych chirurgów w licznych przypadkach przerostu gruczołu krokowego wykonali trzebieenie; w większości przypadków następowała względnie prędko poprawa w oddawaniu moczu, a częstokroć i zupełny powrót do prawidłowego stanu czynności pęcherza moczowego. Spostrzeżenia CZERNY'ego, BRUNS'a wykazały jednak, że trzebieenie jest dla starców, wyniszczonych cierpieniem, zabiegiem niebezpiecznym, a dla innych chorych operacją zbyt okaleczającą i przykrą dla umysłu chorego. Pomysły MEARS'a i ISNARDI'ego wykryły nowy, prostszy niż trzebieenie, zabieg chirurgiczny, a wpływający również jak trzebieenie na usunięcie dolegliwości zależnych od przerostu gruczołu krokowego.

MEARS radził zastąpić trzebieenie rezekcją przewodów nasiennych. Opierał się on na spostrzeżeniu, że we wszystkich przypadkach przewiązania naczyń powrózka nasiennego z powodu żyłaków następował zanik jąder. Znacznie wcześniej CURLING na zasadzie licznych spostrzeżeń przyszedł do wniosku, że przy wrodzonym lub nabytem skutkiem uszkodzeń zamknięciu światła przewodu nasiennego powstrzymany bywa rozwój jądra. Doświadczenia GUYON'a, WHITE'go, PAVONE'go na psach wykazały znaczne zmniejszenie objętości gruczołu krokowego po rezekcyi przewodów nasiennych; przy badaniu mikroskopowem gruczołu dostrzedz można było zanik tkanki gruczołowej z rozrostem tkanki łącznej. BURNETT przytacza przypadek, w którym nabyte w wieku dziecięcym zamknięcie światła przewodu wytryskowego (*ductus ejaculatorii*) powstrzymało rozwój gruczołu krokowego.

HARRISON spostrzegał pewnego młodzieńca, u którego po przecięciu wypadkowem przewodu nasiennego nastąpił szybki zanik gruczołu krokowego. Opierając się na tem spostrzeżeniu, dokonał on podskórnego przecięcia przewodów nasiennych u osobnika, cierpiącego z powodu wzmagających się objawów zatrzymania moczu. Skutek zabiegu był nader pomyślny. ISNARDI był właściwie pierwszym chirurgiem, który rezekcyę przewodów nasiennych w celu leczenia przerostu gruczołu krokowego dokładnie opisał, wskazania wyszczególnił, skutek operacyi wyjaśnił, prawa obywatelstwa zabiegowi nadał.

Powyższą operacyę ISNARDI'ego zastowaliśmy w roku zeszłym u chorego, który przybył do szpitala na Pradze, szukając porady na trapiące go często dolegliwości pęcherzowe. Mężczyzna lat 60, prawidłowo zbudowany, odżywianie ogólne dobre, w narządach wewnętrznych żadnych widocznych zmian nie wykryto. W r. 1874 chory cierpiał na rzeżączkę. Od trzech tygodni (20 sierpnia r. 1896) oddaje mocz mętny, tylko kroplami i z wielkim wysiłkiem. W ciągu ostatnich pięciu dni przed zapisaniem się do szpitala chory moczu oddawać zupełnie nie może. Z tego powodu pierwszego dnia wypuszczono trzykrotnie mocz zapomocą cewnika. Mocz zawiera domieszkę ropy. W cią-

gu następnych pięciu dni przepłókiwano pęcherz 5% roztworem kwasu borowego. Badanie przez odbytnicę wykazało powiększenie gruczołu krokowego do wielkości pomarańczy.

Ze względu na bardzo nieznaczną poprawę otrzymaną zapomocą wypuszczenia moczu cewnikiem i przepłókiwania pęcherza moczowego, ze względu że przerost gruczołu krokowego był główną przyczyną zatrzymania moczu, postanowiliśmy w powyższym przypadku zastosować wycięcie przewodów nasiennych podług ISNARDI'ego. 27 sierpnia r. z. po uśpieniu chorego chloroformem przewiązaliśmy z obu stron przewody nasienne w odstępnie 5 cm. i część między przewiązkami wycięli. Ranę skórną zeszyto. Szwy zdjęto 2 września. Trzeciego dnia po operacji chory zaczął już sam oddawać mocz ciągle jeszcze mętny. Pęcherz przepłókiwano kilka razy 5% roztworem kwasu borowego. 10 września mocz był zupełnie czysty, użycie cewnika stało się zbędne, gruczoł krokowy zmniejszył się do $\frac{1}{4}$ wielkości pierwotnej. Przy badaniu przez odbytnicę w dniu 5 maja r. b., t. j. w pół roku po dokonanej operacji gruczoł krokowy był ledwie wyczuwalny, oddawanie moczu odbywa się 3—4 razy dziennie z łatwością i bez bólu; jądra niezmiennione. Popęd płciowy i możność spółkowania zachowana.

Chcąc ściśle ocenić osiągnięte dotychczas wyniki leczenia przerostu gruczołu krokowego zapomocą wycięcia przewodów nasiennych, należy przede wszystkim dokładnie i szczegółowo opisać cierpienie, t. j. oprócz stanu ogólnego uwzględnić stopień przerostu gruczołu krokowego i natężenie zaburzeń w oddawaniu moczu. Za przykładem BRUNS'a dzielimy te ostatnie na 3 kategorie; do pierwszej zaliczamy przypadki częstego oddawania moczu bez zatrzymania tegoż, do drugiej przypadki ostrego zatrzymania moczu, wymagające użycia cewnika najwyżej parę tygodni, do trzeciej—przypadki przewlekłego zatrzymania moczu, w których należy stosować cewnik w ciągu miesięcy i lat. Z 93 opisanych i znanych nam przypadków rezekcji przewodów nasiennych tylko małą ich część, mianowicie 23 przypadki, będziemy w stanie podzielić podług szematu BRUNS'a, gdyż o innych brak odpowiednich danych w pracach odnośnych autorów. 3 przypadki tedy zaliczyć możemy do pierwszej kategorii, 7 do drugiej, 13 do trzeciej. O stopniu przerostu gruczołu krokowego wyrażają się autorzy najczęściej w ten sposób: gruczoł wielkości moreli, włoskiego orzecha, małego jabłka, małej cytryny, pomarańczy, jaja gołębiego, kurzego, wreszcie 2—3 razy powiększony. Operacja dokonana była 7 razy bez stosowania narkozy, 11 razy pod kokainą, 4 razy pod chloroformem. Cięcie skórne prowadzić należy w bok, nieco niżej od nasady prącia w kierunku powrózka nasiennego, na przestrzeni mniej więcej $1\frac{1}{2}$ cm. Następnie oddzielamy powrózek nasienny, odsuwamy naczynia krwionośne, wysuwamy przewód nasienny i wycinamy zeń kawałek długości 1 — 5 cm. pomiędzy dwiema przewiązkami, wreszcie zeszywamy ranę skórną. ISNARDI radzi wszywać w dolny koniec rany odśrodkowy odcinek przewodu nasiennego, aby wystawał nad powierzchnię rany o $\frac{1}{2}$ cm., a następnie, poczynając od trzeciego dnia, przyżegać azotanem srebra w celu utrzymania tym sposobem ścisłego zamknięcia światła przewodu. ALLINA zastosował w jednym przypadku oprócz obustronnej rezekcji przewodów nasiennych jednostronne przewiązanie tętnicy przewodu, a BRASHER dwustronne. Jednostronną rezekcję przewodu nasiennego wykonali raz jeden: STAFFORD, FLOERSHEIM i KÖHLER, dwukrotnie ISNARDI.

W przebiegu pooperacyjnym żadnych powikłań nie spostrzegano. Śmiertelność po operacjach wynosiła około 9%, śmierć jednak następowała zawsze z przyczyn od zabiegu operacyjnego niezależnych, najczęściej wskutek zapalenia płuc lub charłactwa starczego. Wyleczenie zupełne miało miejsce w 43 przypadkach, poprawa w 25, żadnego skutku nie otrzymano w 22. W większości przypadków gruczoł krokowy zmniejszył się znacznie, często jednakże wielkość jego nie ulegała żadnej zmianie, a pomimo to występowała wyraźna poprawa w oddawaniu moczu. Makroskopowych zmian w jądrach po wzmiankowanym zabiegu nie spostrzegano. Pociąg płciowy i możność spółkowania najczęściej były zachowane. Poprawa w oddawaniu moczu zwykle następowała w kilka dni po operacji, najwcześniej na drugi dzień, najpóźniej 15 dnia. Często też ustępowały objawy nieżyty pęcherza moczowego.

W jaki sposób wytłomaczyć można wpływ rezekcyi przewodów nasiennych na gruczoł krokowy? Ponieważ tętnice i żyły tego ostatniego i jąder nie mają ze sobą żadnych połączeń, niepodobna przypuszczać innego działania, jak tylko za pośrednictwem nerwów naczynioruchowych i gruczołowych, jak mniema BRUNS. W zupełności zgadzają się z tem mniemaniem doświadczenia PRZEWALSKIEGO na psach, u których po przecięciu nerwów COOPER'a następował zanik gruczołu krokowego. W ten tylko sposób wyjaśnić można poprawę w oddawaniu moczu zaraz w pierwszych dniach po operacji, gdy zanik gruczołu jeszcze nie nastąpił. Jednakże ALLINA jest zdania, że zaburzenia w krążeniu nie są również pozbawione pewnego znaczenia, po przewiązaniu bowiem z jednej strony tętnicy oprócz rezekcyi przewodu nasiennego odpowiedni płat gruczołu uległ szybszemu zmniejszeniu, niż po stronie przeciwnej. Trwały zanik gruczołu krokowego następuje wskutek zniesienia czynności jąder. Pomyślnego wyniku operacji wogóle spodziewać się godzi głównie w tej postaci przerostu gruczołu, w której przerostowi ulegają przeważnie twory gruczołowe, rozrost zaś tkanki łącznej zajmuje miejsce nader podrzędne. Badania histologiczne 30 gruczołów przerosłych, dokonane przez MOTZ'a, wykazały, że w 4 przypadkach tkanka gruczołowa zajmowała mniej więcej połowę licznych badanych przekrojów, w 14 tkanka ta była jeszcze obfitsza. Jest więc rzeczą prawdopodobną, że w powyższych przypadkach, stanowiących 60% ogólnej liczby, rezekcyja przewodów nasiennych pomyślnym wynikiem uwieńczona być może. Mniej liczyć możemy na powrót prawidłowych czynności pęcherza. Same zmniejszenie gruczołu krokowego usuwa główną przeszkodę w oddawaniu moczu. Zabieg wpływa dodatnio na czynność pęcherza i w ten jeszcze sposób, iż jednocześnie ze zmniejszeniem gruczołu mija przepełnienie krwią spłotu krokowego i rozszerzenie tegoż. Jednakże ostateczny skutek zależy od stanu mięśni pęcherza: jeżeli mięśnie utraciły właściwą im sprawność, zwiotczały, niepodobna się spodziewać przywrócenia prawidłowych czynności pęcherza nawet po usunięciu przeszkód mechanicznych, od powiększenia gruczołu krokowego zależnych.

W jaki jednakże sposób wyjaśnić poprawę w oddawaniu moczu, pomimo że gruczoł krokowy nie uległ zmianie po operacji? ISNARDI mniema, że trudność w oddawaniu moczu zależy częstokroć nie tylko od powiększenia gruczołu krokowego, ale i od zmian w cewce moczowej, polegających na obrzęku błony śluzowej, wytworzonym wskutek przekrwienia.

Jeżeli tedy powodem cierpień są powyższe zmiany w cewce moczowej, to rezekcyja przewodów nasiennych, wywołująca na drodze odruchowej zmniejszenie przepełnienia krwią cewki, sprowadzić jest w stanie poprawę w oddawaniu moczu. RINGIER w podobnych przypadkach tłomaczy wynik opera-

cyi suggestyą. Z braku jednakże bezpośrednich danych niepodobna zgodzić się na powyższe zdanie RINGIER'a.

Wobec dowiedzionego wpływu na gruczoł krokowy spłotu nerwowego przewodów nasiennych należałoby czynić próby przecięcia wzmiankowanego spłotu przy przeroście gruczołu krokowego.

Pod względem teoretycznym skuteczność trzebień lub rezekcyi przewodów nasiennych przy przeroście gruczołu krokowego wykazuje zależność gruczołu powyższego od jąder i dowodzi, że gruczoł ów do narządów płciowych zaliczyć wypada.

Kończąc niniejszą pracę, winienem wyrazić wdzięczność szefowi memu, doktorowi med. RAUMOWI, za łaskawą inicjatywę i liczne wskazówki, jakimi obdarzony zostałem.

L I T E R A T U R A.

- 1) RAMM. Centralblatt für Chirurgie 1893. N. 35. 2) RAMM. Ibid. 1894 N. 17. 3) J. EWING MEARS. Philadelphia Rep. 1984. 15 September. 4) J. EWING MEARS. Transaction of the American surgical Association XIII p. 178. 5) CUR-LING. Diseases of the testes. London 1866. p. 7. 6) GUYON. France méd. 1895. N. 43. 7) J. W. WHITE. Annals of Surgery. July 1895. 8) PAVONE. Policlinico 1895. p. 6. 1 giugno. 9) BURNETT. Journ. of. cutan. and genito-urin diseases 1895. N. 9. 10) HARISON. Brit. med. Journ. 1893. Sept. 23. 11) LAUENSTEIN. Centralblatt für Chirurgie 1896. N. 7. 12) ISNARDI. R. Accad. di med. di Torino 14 giugno 1895. 13) ISNARDI. R. Accad. di med. di Torino 1895. 29 Novembre. 14) BRUNS. Ueber den gegenwärtigen Stand der Radikalbehandlung der Prostatahypertrophie, insbesondere mittelst Kastration. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie 1896. 15) STAFFORD. Pacific. medical Journal 1895. July. 16) HELFERICH. Deutsche medic. Wochenschrift. 1895. N. 2. 17) HELFERICH. Festschrift für Benno SCHMIDT. Leipzig 1296. 18) ROUTERI. Méd. mod. 1896. N. 14. 19) DUMSTREY. Centralblatt f. Chir 1895. N. 18. 20) SZUMAN. Nowiny Lekarskie N. 1 i 2. 1896 r. 21) NEGRETTO. Riforma med. 1896 N. 15 — 17. 22) VAUTRIN. Annales des maladies des organes génito-urinaires. 1896. N. 3. Tamże praca GUELLIOT'a. 23) A. v. Frisch. Wiener Klinische Rundschau. 1896. Centralblatt für Krankheiten der Harn und Geschlechtsorgane VII. 6. 24) BRASCHER. Bristol med. chir. Journ. 1896. June. 25) ZUCKERKANOL. Wiener klinische Rundschau 1896. N. 27. 26) LOUMEAU. Semaine méd. 1896. s. 426. 27) CARLIER, BOUSQUET. Francuski kongres lekarzy — specjalistów chorób moczowych w listopadzie 1896 r. 28) LEGEU. p. Nr 6. 29) MUGNA. Włoski zjazd chirurgów. 1895. 30) KING p. Nr. 7. 31) CHALOT. Indep. méd. 1896. Nr. 1. 32) NICOLICH. Rivista med. 1896. Nr. 6. 33) REYNIER. FLOERSHEIM Thèse de Paris 1896. 34) ENGLISH. Wiener Klinische Wochenschrift. 1896. 35) GROSS. Rev. méd. de l'Est. 1896. 36) NOVÉ JOSSEERAND. Lyon méd. 4 Oct. 1846. 37) KUEMMEL cytowany w pracy BRUNS'a. 38) KOEHLER. Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 4. 1897 r. 39) SCHEDE. Cytowany w pracy BRUNS'a. 40) WOERNER. Ibid. 41) SOCIN. Correspondenz-Blatt für Schweiz. Aerzte N. 17. r. 1896. 42) KRÖNLEIN. Ibid. 43) GELBKE. Ibid. 44) SCHULER. Correspondenz-Blatt für Schweiz. Aerzte N. 8 r. 1896. 45) KÖHL W Nr. 19. tegoż pisma z r. 1896. 46) ALLINA. Wiener medic. Wochenschrift r. 1897. Nr. 9—12. 47) RINGIER. Corresp.-Blatt f. Schweiz. Aerzte Nr. 22 r. 1896. 47) KRYŃSKI. Zjazd Chirurgów polskich w Krakowie d. 13, 14 i 15 lipca. 1896 r. 49) Stanisław CZAPLIŃSKI. Przegląd Lekarski. Nr. 5 r. 1847. 50) HERHOLD. Deutsche medic. Wochenschrift. Nr. 2. r. 1897. 51) MOTZA. Przegląd Lekarski r. 1897. Nr. 2, 4 i 5 52) PRZEWALSKI. Wracz Nr. 41 i 43. 1895 r.

Z kazuistyki powikłań śmiertelnych spraw ropnych w narządzie słuchowym i z chirurgii tychże powikłań.

Napisał **D-r Teodor Heiman.**

(Dokończenie.—Zob. N. 38).

Pomyślny względnie przebieg ropnic bezzakrzepowych i rozpaczliwy zakrzepowych objaśniam sobie w sposób następujący. Przy ropnicy bezzakrzepowej dostają się do ustroju toksyny i drobnoustroje, które unoszone strumieniem krwi nie mogą łatwo znaleźć punktu oparcia dla swego dalszego rozwoju. Lubo drobnoustroje te działają szkodliwie na krew *resp.* na białe ciało jej, mają jednak niebezpiecznego wroga w surowicy krwi, która stara się zniszczyć je i najczęściej też niszczy. Dopiero wtedy, gdy drobnoustrojów we krwi nagromadzi się taka ilość, że wezmą one przewagę nad czynnikami im nieprzyjawnymi, znajdują grunt podatny dla swego rozwoju w pewnych okolicach ciała np. w stawach, rzadziej w narządach wewnętrznych, jako mających bardzo liczne naczynia krwionośne, a zatem mogących dłużej opierać się działaniu toksyn i drobnoustrojów. Innaczej rzecz się ma, gdy w zatoce skutkiem zapalenia jejścian wytworzył się zakrzep. I tu skutkiem chorobowo zmienionej ściany zatoki toksyny i drobnoustroje przyjdą z ogniska chorobowego do krwiobiegu, napotykać przyjazny dla siebie grunt w zakrzepie głównie z tego powodu, że w tem miejscu krążenie krwi zostaje z początku zwolnione a potem całkiem ustaje, a zatem na te drobnoustroje działa tylko nieznaczna ilość surowicy krwi, więc one swobodnie rozwijać się mogą i odrazu w ogromnej ilości dostają się do krwiobiegu. Zakrzep pod wpływem tych drobnoustrojów ulega rozpadowi, cząsteczki jego (*emboli*) zostają uniesione prądem krwi i stosownie do wielkości swojej zostają zatrzymane bądź to w naczyniach stawowych, bądź to w naczyniach narządów wewnętrznych, a przede wszystkim w płucach. Liczne drobnoustroje zawarte w tych zatyczkach, jako też i te, które swobodnie krążą w strumieniu krwi, dostawszy się do zatyczek, w tych samych warunkach co zakrzep pierwotny mogą się pomyślnie rozwijać. Wobec przeto ogromnej ilości ognisk zakażających, ciągle i nader szybko mnożących się w nich bakteryi, ustrojowi najczęściej trudno się z nimi uporać i musi on w końcu uleść. To nam tłumaczy, dlaczego ropnice bez widocznego zakrzepu są względnie łagodniejsze. Kładę jednak jeszcze raz nacisk na to, że te ropnice przechodzą w zakrzepowe, jeśli odpowiednia pomoc wcześniej zastosowana nie zostanie.

Spostrzegam nierzadko przypadki ropnicy zakrzepowej, które w pierwszych początkach są tak niewyraźne, że możnaby raczej myśleć, gdyby nie było sprawy ropnej w uchu, że to gorączka przepuszczająca, napady bowiem gorączki mają zupełnie typ gorączki przepuszczającej, a w czasie bezgorączkowym chorzy czują się zupełnie dobrze. Nawiasem dodam, że niekiedy są to rzeczywiście tylko napady gorączki przepuszczającej, wikłającej sprawę chorobową w uchu. Z drugiej strony wiele ropnic bezzakrzepowych już od samego początku nosi na sobie niezbite znamię zakażenia ogólnego ciężkiego, nie pozwalające ani na chwilę wątpić o rzeczywistym stanie rzeczy.

Fakty tego rodzaju tłumaczę sobie w następujący sposób: przy ropnicy bezzakrzepowej, gdy do krwiobiegu dostaje się pewna ilość toksyn i drobno-

ustrojów, ustrój znosi je dobrze i nie są one w stanie wywołać jakiegobądź oddziaływania ze strony ustroju, lub też bardzo nieznaczne. Dopiero gdy nabierze się znaczna ilość tych czynników trujących i w znacznej ilości krążyć one będą w krwiobiegu, ustrój gwałtownie na nie oddziaływać zaczyna i walka ta ustroju wystąpi w postaci groźnych objawów ogólnych. Przy ropnicy zakrzepowej drobnoustroje gromadzą się początkowo przede wszystkim w zakrzepie, nim się mnożą i obecność ich w znacznej ilości nie może nie wywołać pewnego chwilowego zaburzenia w ustroju. Po pewnym czasie jakaś oderwana częśćka zakrzepu zawierająca drobnoustroje, usadowiwszy się w jakimś naczyniu, stanowi nowy grunt do rozwoju drobnoustrojów, co znowu wywołuje pewne chwilowe zaburzenie, ustrój bowiem tak w jednym jak i drugim razie stara się przeciwdziałać tym czynnikom szkodliwym. Dopiero gdy zatyczek tych będzie dużo i każda z nich stanowić będzie podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, wtedy dopiero zakażenie ogólne wystąpi z całą grozą.

Fakt, że przy ropnicach bezzakrzepowych sprawy przerzutowe ograniczają się nierzadko do obrzmienia a nawet tylko do silnego bólu w pewnych stawach bez wytworzenia ropni, nie może przemawiać przeciw charakterowi ropniczemu tych zbroczeń przy obecności objawów ogólnych charakterystycznych dla ropnico-posocznicy. W pierwszych dniach mogą one przez niedość wprawnego lekarza być uważane za bóle gośćcowe, wkrótce jednak smutne rozczarowanie występuje. Zdarzają się przypadki bardzo rzadkie, że przy sprawie ropnej w uchu rozwija się gościec stawowy ze znacznym odczynem ogólnym, lub też że w przebiegu gościca powstaje sprawa ropna w narządzie słuchowym lub też zaostrza się dawna sprawa ropna; przebieg kliniczny wszelako jednego i drugiego cierpienia tak się różni od siebie, że jeżeli jest jakaś wątpliwość, to może ona być bardzo krótkotrwała.

Streszczając wyniki do jakich doprowadzają mnie przytoczone historie chorób i opierając się na licznych dawniejszych przypadkach, dochodzę do następujących wniosków:

1) Powikłania śmiertelne spraw ropnych w narządzie słuchowym pozostawiają dotąd wiele jeszcze luk pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

2) Na wynik pomyślny leczenia ropni mózgowych pochodzenia usznego może mieć wpływ dodatni obszerne nacięcie istoty mózgowej podczas operacji opróżniania tychże ropni.

3) Przy sprawach ropnych w uchu środkowym, gdy niema zatrzymania ropy, a istnieją objawy ogólne jak gorączka, ogólne niedomaganie, albo tylko miejscowe ze strony głowy, to prócz obszernego wydłutowania wyrostka sutkowego wskazane jest otworenie jamy czaszkowej.

4) Ostatni rękoczyn jest wielce pożyteczny, nawet gdy po otworzeniu jamy czaszkowej ropy nie znaleziono, zmniejsza bowiem ciśnienie wewnątrzczaszkowe, a tem samem zmniejsza warunki wchłaniania do naczyń krwionośnych mózgu i jego opon istot zakażających.

5) Gdy objawy kliniczne każą podejrzewać zakrzep, należy po otworzeniu jamy czaszkowej i obnażeniu zatoki natychmiast nakłóć *resp.* naciąć i wydobyc jej zawartość. Środek ten ma ważne znaczenie rozpoznawcze i w największej liczbie przypadków rozstrzyga o potrzebie dalszych rękoczynów.

6) Przekłócie próbne a nawet nacięcie zatoki przy zachowaniu środków

ostrożności i przy już istniejących objawach zakażenia ogólnego nie stanowi rękoczynu niebezpiecznego, grożącego zakażeniem ogólnym.

7) Pod względem klinicznym musimy rozróżniać dwie postacie ropnicy usznej t. j. z zakrzepem i bez zakrzepu. Pod względem klinicznym najważniejsza jest ropnica z zakrzepem w zatoce poprzecznej.

8) Ropnica zakrzepowa jest najczęściej następstwem ropnicy bezzakrzepowej i rozwija się, gdy ognisko chorobowe bądź w narządzie słuchowym, a częściej jeszcze w jamie czaszkowej nie dość wcześnie zostanie usunięte, lub też gdy nie wytworzone zostaną warunki ułatwiające wydzielenie z ustroju składników zakażających.

9) Ropnice bezzakrzepowe przy odpowiednim leczeniu nierzadko też i bez leczenia najczęściej kończą się wyzdrowieniem; ropnice z zakrzepem prawie bez wyjątku kończą się śmiertelnie; z chorych leczonych na drodze operacyjnej pewną część uratować można.

10) Uchwycenie właściwego momentu operacyjnego przy powikłaniach śmiertelnych spraw ropnych w uchu, głównie zaś przy istnieniu objawów zakażenia ogólnego jest często niezmiernie trudne. Gdzie bez szkody dla chorego czekać można, należy wstrzymywać się z wykonaniem operacji aż do ustalenia pewnego lub też najprawdopodobniejszego rozpoznania. Wystąpienie groźnych objawów ogólnych wymaga szybkiego zabiegu operacyjnego.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

124. E. A. NIEZNAMOW. **Leczenie jaglicy przy pomocy rozczyńców jodu.** Jod posiada wysoką wartość odkażającą i skutecznie wpływa na wysysanie się elementów limfatycznych. To skłoniło autora do stosowania jodu przy jaglicy. Ponieważ znaczna ilość alkoholu znajdująca się w nalewce jodowej mogłaby działać szkodliwie na rogówkę, rozczynek zaś eterowy, jako zbyt lotny, nie mógł być stosowany, N. rozpuszcza jod w glicerynie lub w białym oleju wazelinowym, w którym jod rozpuszcza się w stosunku 1½ części na sto, a przy dodaniu alkoholu do gliceryny, a eteru siarczanego do oleju wazelinowego nawet w większej ilości.

Wybór rozczyńcy i jego natężenia zależy od postaci jaglicy. W przypadkach nieżyty torebkowego (folikularnego) autor zaczyna od półprocentowego rozczyńcy jodu w glicerynie. Odwróciwszy powiekę i zasłoniwszy nią rogówkę, pociera dwa lub trzy razy łącznicę kawałkiem waty, zwilżonym rozczyńcem jodu, raz dziennie. Jeżeli łącznica jest soczysta, rozpulchniona i istnieje przytem wydzielina, to po dwóch lub trzech dniach staje się ona suchszą, a wrażliwość oka zmniejsza się. Wówczas N. przechodzi do rozczyńcy jednoprocenowej w oleju wazelinowym, osuszając jednak łącznicę watą przed zastosowaniem leku. W bardzo upartych przypadkach trzeba się uciekać do rozczyńcy półtoraprocentowej. Po dwóch, najdalej trzech tygodniach znikają wszystkie torebki, a łącznica przyjmuje wygląd prawidłowy.

W ten sam sposób postępuje się i przy rozwiniętej jaglicy. Pamiętać trzeba o przykryciu rogówki odwróconą powieką; po zastosowaniu jodu należy jeszcze jakiś czas trzymać powieki odwrócone, póki nie zniknie zabarwienie od jodu, a to dla tego, żeby jod nie dostał się do rogówki, a z chlorkiem sodu nie utworzył jodku sodu, nie wywierającego pożądanego działania na łącznicę. Smarowanie łą-

cznicy powtarzać należy codziennie a nawet dwa razy w ciągu dnia. Jeżeli rozczynek jest dobrze znoszony, należy stopniowo przechodzić do mocniejszego przygotowanego według wzoru: Rp. *jodi puri* 2,0—3,0, *olei vaselini albi* 100,0, *aetheris sulfuris q. s. ad solutionem completam*. Rozczyn ten, jak i inne należy trzymać w ciemnym szkle, dobrze zakorkowanym. Powikłanie jaglicy nieżytem nie stanowi przeciwwskazania do użycia jodu. Gdy łącznica pod wpływem leczenia staje się gładką, cieńszą, naczynia jej zaczynają przeświecać, należy wrócić do rozczynek słabszych. Przy takim postępowaniu można usunąć świeżą jaglicę torebkową doszczętnie w ciągu trzech tygodni do trzech miesięcy, bez pozostawienia blizn.

Przy jaglicy brodawkowej (*trachoma papillare*) rokowanie nie jest tak pomyślne ani co do trwania leczenia, ani co do ostatecznego jego wyniku; i tu jednak stosowanie rozczynek dwu lub trzyprocentowych nie pozostaje bez dodatniego wpływu i już po krótkim czasie widać wyraźne zmniejszanie się przerosłych brodawek. Często przy tej postaci jaglicy łuszcza i owrzodzenia rogówki nie stanowią przeszkody do stosowania jodu, owszem i na te powikłania jód wpływa skutecznie. W razie potrzeby stosować należy jednocześnie i atropinę. Przy łuszczce mięsnej (*pannus crassus*) można ostrożnie stosować rozczynek jodu bezpośrednio na zajęta rogówkę. Gdy przy jaglicy brodawkowej rozpoczęło się już tworzenie się blizn, nie można się spodziewać, by łącznica wróciła do stanu prawidłowego. Starać się jednak należy, by uwolnić części łącznicy jeszcze nie zbliżnowaciałe od tych tworów, które tworzenie się blizn wywołują t. j. od folikułów, a zapomocą jodu można to osiągnąć łatwiej, niż zapomocą innych leków czy metod mechanicznych dotąd stosowanych. Niejednokrotnie nawet w ciężkich postaciach autor otrzymywał po kilkumiesięcznym leczeniu gładką łącznicę z ledwo widocznymi, miękkimi bliznami, które nie drażniły rogówki.

Nawet w tych przypadkach, w których cała łącznica jest bliznowato zwyrodniała i tylko tu i owdzie pozostały wystające nad podwierzchnią wysepki łącznicy prawidłowej, można otrzymać względnie dobre wyniki, stosując jód rozpuszczony w oleju wazelinowym. Dobrze działa tu stosowanie dłuższe półprocentowego rozczynek. N. zaznacza wzmianki innych lekarzy o dodatnim wpływie rozczynek jodu na *xerophthalmus* jaglicowy, choć nie twierdzi, czy tu jód działa, czy olej wazelinowy. W okresie zapalnym, przy znacznym obrzęku łącznicy, silnym przekrwieniu i łzawieniu należy z jodem wstrzymać się aż do ustąpienia objawów ostrych. W każdym razie przypadki rozpoczynające się ostro przechodzą szybciej od przewlekłych od początku.

Autor nie spostrzegł żadnych powikłań od użycia jodu nawet w 4—5 procentowym rozczynek; nawet na ból chorzy się zbytnio nie uskarżali. Tam, gdzie codziennie chory nie mógł przychodzić, N. dawał do domu rozczynek 1—2 procentowy. Wkraplanie rozczynek jodu nie jest właściwe, chyba tylko gdy chodzi o działanie na zmętniałą rogówkę.

Rozczyn jodu w oleju wazelinowym może być też z korzyścią stosowany przy ropieniu z worka łzowego do przestrzykiwania i bardzo szybko powstrzymuje ropienie.

(*Centralbl. f. prakt. Augenheilk. Sierpień. 1897*).

125. H. KUHNT. **O leczeniu jaglicy.** Referat pod powyższym tytułem autor, dyrektor kliniki okulistycznej w Królewcu, odczytał na XII zjeździe międzynarodowym w Moskwie. Wnioski jego są następujące. 1) *conjunctivitis granulosa* (jaglica) i *conjunctivitis follicularis* są dwie odrębne, niezależne od siebie choroby. Do torebkowego zapalenia przyłącza się często jaglica w okolicach obfitujących w nią, nie dowodzi to jednak samoistnego przechodzenia jednej postaci w drugą. 2) Jeżeli przy

jaglicy istnieje skurcz, *blepharophimosis*, cierpienie worka łzowego, złe położenie rzęs, powikłania te powinny być jaknajwcześniej usunięte. Wszczepianie płatu skórniego w brzeg powieki jest niekorzystne; należy w tym celu używać błony śluzowej z ust. 3) Przy leczeniu uwzględniać należy nie tylko okres choroby i jej daną postać, lecz także zewnętrzne i osobiste warunki chorego. 4) Przy wyborze sposobu leczenia jest bardzo ważne, czy chory mieszka stale w okolicy wolnej od jaglicy, czy też zarażonej nią i w jakich warunkach pod tym względem znajduje się po wyleczeniu. 5) Leczenie czysto lekowe ma rację bytu tylko w lekkich postaciach i u chorych mieszkających w niezarażonych jaglicą okolicach. 6) W przypadkach poważniejszych stosować należy metody a) niszczące oddzielne ziarna jaglicowe (np. *galvanocausis*), b) mechaniczne i c) operacyjne. 7) Do najdziesiętniejszych sposobów mechanicznego leczenia należy wyciskanie ziarn szczypcami KNAPP'a. 8) W przypadkach współczesnego obrzmienia lub nacieczenia chrząstki należy przed wyciskaniem chrząstkę głęboko ponakłować. 9) W okolicach, w których jaglica panuje endemicznie, nawroty i zakażenia wtórne występują często i wcześniej zarówno po wyżeganiu jak i po wyciskaniu. 10) Leczenie operacyjne (wycinanie fałdy przejściowej z wycięciem części chrząstki lub bez niego, wyluszczenie chrząstki), o ile jest stosowane w sposób właściwy, z oszczędzeniem mięśnia MUELLER'a i obrączkowego, nie pociąga za sobą szkodliwych skutków. 11) W zarażonych jaglicą okolicach Prus Wschodnich tylko zapomocą operacyjnego leczenia otrzymywano trwałe wyleczenie, bez nawrotów. 12) Zarówno mechaniczne jak i operacyjne leczenie w większości przypadków musi być połączone z miejscowym stosowaniem leków.

(*Deut. Med. Wochenschrift*, Nr. 38.).

B. R. Gepner.

126. BAUER. **Odmiana rurek O'Dwyer'a.** Już dawno zauważono, że używanie rurek O'DWYER'a pociąga za sobą w pewnej liczbie przypadków tworzenie się odleżyn na przedniej ścianie tchawicy, na wysokości pierwszych 4—8 chrząstek. BAUER, badając przyczynę tego zjawiska, zwrócił uwagę na budowę anatomiczną tchawicy. Badanie swoje prowadził on zapomocą dokładnych odlewów z wosku, przyczem okazało się, że oś podłużna krtani zbacza ku tyłowi na wysokości chrząstki pierścieniowej. Kąt zбочenia stoi w odwrotnym stosunku do wieku dziecka. Nic dziwnego zatem, że prosta rurka dalszym swym końcem dotyka przedniej ściany tchawicy i że odleżyny z wiekiem rzadziej się spotykają. Następnie autor zauważył, że część najszersza rurki zwykle znajduje się w najwęższym miejscu krtani, mianowicie na wysokości dolnego brzegu chrząstki pierścieniowej, co również może spowodować odleżynę. Ażeby uniknąć szkodliwych następstw owrzodzenia, autor proponuje zmianę dotychczasowej postaci rurki O'DWYER'a, polegającą na załamaniu jej osi w kierunku do kręgosłupa na wysokości chrząstki pierścieniowej oraz na przesunięciu brzusca rurki o 4—5 mm. ku dołowi tak, ażeby najgrubsza jej część leżała w szerszym miejscu tchawicy.

Odpowiednie zmiany należy, rozumie się, poczynić i na przewodniku intubatora.

(*Jahrb. f. kinderh.* T. 44 Z. 34).

Aleksander Wertheim.

127. WASSERMANN. **O hodowaniu i jadzie gonokoków.** Dzięki WERTHEIM'owi udało się wyhodować gonokoki. Ponieważ jednak sposób WERTHEIM'a jest w praktyce kłopotliwy, a dla lekarzy—praktyków bodaj nawet niedostępny, postanowił autor zająć się uproszczeniem tego sposobu. Badając wszystkie ogłoszone pożywki dla gonokoków, przekonał się W., że czynią zadość wymaganiom tylko te, które zawierają pepton i nieściętą serumalbuminę. Agar moczowy i t. p. pożywki nie są pewne. Odmiana autora jest następująca. By rozporządzać serum-

albuminą nieściętą, a jednocześnie módz ją bez obawy ścięcia wyjałowić w sposób najprostszy, przez gotowanie, dodaje się do surowicy nutrozy (fosforan sodokazeiny) otrzymanej przez SALKOWSKIEGO, a znajdującej się w handlu. Surowicę ludzką można zastąpić surowicą świńską. Do kolbki ERLLENMEYER'a wlewa się 15 cm. sz. surowicy, 30—35 cm. sz. wody, 2—3 cm. sz. gliceryny i 0,8 gr., czyli 2% nutrozy, wstrząsa się należycie i ogrzewa na płomieniu. Płyn staje się wtedy przezroczysty, a do zupełnego wyjałowienia należy go przez dwa dni zagotowywać po 10 do 15 minut. Ilość powyższa wystarcza na 6—8 płytek. Do przygotowania tych ostatnich należy mieć już pewien zapas próbek z 2% peptonem agarowym; agar rozpuszcza się, miesza w równej ilości z surowicą powyższą i wlewa na płytki. Pożywka jest dość przezroczysta, a wzrost dość obfity. W. załącza jeszcze kilka przetróg. Surowicę można wyjaławiać w parze, ale ją koniecznie trzeba poprzednio zagotować na płomieniu nagim, ponieważ w przeciwnym razie zdarza się, że białko się strąca. Mieszać agar z surowicą należy przy 50°—60°, a więc nie w ciepłocie wrzenia, agar wrzący bowiem ścina białko, nie można więc również mieszaniny wyjaławiać. Zdarza się wreszcie surowica świńska, która zawiera nadmiernie dużo białka; taką surowicę należy mocniej rozcieńczyć wodą, a więc na 15 cm. sz. surowicy wziąć nie 35 a 40 cm. sz. wody; w przeciwnym razie choć białko się ścina, ale mieszanina cokolwiek tężeje i źle się miesza z agarem.

Hodując gonokoki na pożywce płynnej (surowica powyższa z bulionem peptonowym), przekonał się W., że gonokoki wytwarzają toksynę swoistą zawartą w treści pasorzyta, tak że po śmierci ciała ich stają się wybitnie trującymi; jest to zjawisko analogiczne do odkrytego przez PREIFFER'a w cholerze. Toksyna w nieznacznych dawkach wywołuje zapalenie miejscowe, gorączkę, obrzęk najbliższych gruczołów chłonnych, bóle mięśniowe i stawowe. Odporności wywołać się nie udało w żaden sposób. Mając to wszystko na uwadze, łatwo można sobie wytłomaczyć niektóre objawy kliniczne zakażenia rzeżączkowego. Obraz t. zw. przez francuzów *arthrite et rhumatisme blennorrhagique* polega oczywiście na wessaniu toksyny. Wiadomo, że często przy przewlekłej rzeżączce u niewiast mimo wielkiej obfitości wytworów zapalenia, ropy, zrostów i t. d. wydzielina jest prawie jałowa, lub pasorzytów jest tak mało, że nie znajdują się one w żadnym prostym stosunku do natężenia sprawy chorobowej. Ponieważ gonokoki nie rozwijają się bez powietrza, więc w ogniskach otorbionych muszą ginąć, ale za to wolnemi się stają toksyny; po wessaniu wywołują one gorączkę; gdy wessane nie są, stają się powodem obfitszego ropienia, a to tembardziej, że ustrój nie może się przeciw toksynie uodpornić. Nic dziwnego wobec tego, cośmy powiedzieli, jeśli w ropie po operacji znajdujemy niewiele pasorzytów, lub jeśli ich nawet wcale niema; to też W. sądzi, że chyba każdy przypadek, gdzie ropa jest prawie lub zupełnie jałowa i gdzie można wyłączyć gruźlicę, należy uważać za rzeżączkowy, bo gronkowiec i paciorkowiec można w podobnych ropniach wykazywać bardzo długo.

Z powyższem zgadza się spostrzeżenie, że w zadawnionych sprawach stawowych również nie można wykryć gonokoków, na co szczególny kładzie nacisk KÖNIG. Wogóle sądzić należy, że obumarcie pasorzytów w jamach zamkniętych jest zjawiskiem dla ustroju niepomyślnem, racjonalnem więc wskazaniem będzie jaknajszybsze otwieranie ujścia dla ropy, a z nią dla szkodliwej toksyny.

(Berl. klin. Woch. 1897. N. 32).

A. Ż.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 14 września r. b.

TREŚĆ. 1) Prof. M. NENCKI — O księgosuszu. 2) DOBROWOLSKI — Przedstawienie chorego na „zarazę rale”. 3) POLAK — Wpływ skupienia ludności na śmiertelność z chorób zakaźnych.

1) Prof. M. NENCKI podzielił się na prośbę obecnych wynikami swych badań nad księgosuszem, dokonanych wspólnie z SIEBEROWĄ i WYŻNIKIEWICZEM. Badania rozpoczęto przed dwoma laty w okręgu Kubańskim, dokąd prelegent został przez rząd rosyjski delegowanym w celu zbadania tej groźnej choroby, mającej ogromne znaczenie zarówno pod względem naukowym, jak i ekonomicznym. Wyniki badań zostały ogłoszone w lipcowym zeszycie rosyjskiego „Archiwu Weterynaryjnego” w r. z. i w N. 24 „Berl. Klin. Woch. z r. b”. Pierwiastkowo wyodrębniono dwa gatunki bakteryi, wywołujące u bydła ostry nieżyt żołądka i jelit, dla księgosuszu nie były one jednak swoiste. Dalsze badania wykazały, że pasorzyt księgosuszu wcale nie należy do bakteryi, dlatego to właśnie stosowanie w celu jego wykrycia metod bakteryologicznych nie doprowadziło do pożądanego wyniku. Innym powodem niepowodzeń była okoliczność, że pasorzyt ten rozwija się i zachowuje swą zjadliwość w nader szczupłych ramach, co należało już *a priori* przypuszczać wobec tego, że mimo swą wysoką zaraźliwość księgosusz jest właściwy tylko bydłu rogatemu, a i tu nawet różne rasy różnie są na zarazek wrażliwe. Trzecią wreszcie trudnością, z którą przy wykryciu zarazka walczyć należało, jest to, że nie można go wcale wyhodować na pożywkach pospolitych. Wobec faktu, że przy księgosuszu ulegają cierpieniu przedewszystkiem błony śluzowe, próbowano hodować pasorzyta na pożywkach zawierających śluz zwierzęcy, co też uwieńczono zostało wynikiem pomyślnym. W tym celu używać można również roztworu 5—10% peptonu z dodatkiem 2—3% soli kuchennej, a także agaru z dodatkiem soli nieorganicznych. W hodowli takiej już po dwóch dniach widać prócz bakteryi błyszczące, blade, przeważnie kuliste twory, wielkości 1—3 μ ; niektóre z nich są gruszkowate, owalne lub zastrzone; inne, większe posiadają wypustki i wykonywają ruchy amebowe lub opatrzone są jedną lub dwiema rzęskami. Barwią się one niezmiernie trudno, a nader łatwo, bo już po kilku dniach, odbarwiają, zamieniając się przytem na bezkształtną masę. Stosunkowo najlepiej udaje się barwienie przy pomocy barwnika RHUMBLER’a. O własnościach biologicznych pasorzyta niewiele można powiedzieć; należy on prawdopodobnie do drożdży, rozmnaża się, jak te ostatnie, przez pączkowanie. Hodowle wywołują księgosusz typowy, giną one jednak bardzo łatwo, tak że w paru zaledwie przypadkach udało się wywołać chorobę przez zaszczepienie hodowli w czwartym pokoleniu. Przy badaniu krwi zwierzęcia wydobytej po wybuchu gorączki lub też po jej spadku przedśmiertnym, a rozcieńczonej odpowiednio roztworem fizyologicznym soli kuchennej, łatwo spostrzedz można te same twory; są one wtedy bledsze, nieruchome, czasami z jedną lub dwiema wypustkami. O wiele łatwiej odszukać je po uprzednim zniszczeniu ciałek czerwonych przez dodanie wody przekrojonej; znajdują się one nietylko w osoczu, lecz i wewnątrz ciałek czerwonych i białych, co łatwo wykazać, barwiąc preparaty według sposobu EHRLICH - BIONDI’ego. Pasorzyt swoisty znajduje się we wszystkich narządach i sokach zwierzęcia chorego. Prof. N. kładzie tu nacisk na niezgodność wyników swych badań z wynikiem badań KOCH’a, dokonywanych przezeń w Afryce Południowej, skąd wynika, jakoby żółć zwierząt chorych pasorzytów nie zawierała i służyć mogła do uodparniania zwierząt zdrowych. Temu ostatniemu twierdzeniu prof. N. również zaprzecza. Co do szczepień ochronnych,

to sprawa przedstawia się, jak następuje. Surowica zwierzęcia przeżuwanego, które przebyło księgosusz, posiada dla zwierząt przeżuujących własności uodparniające lecz tylko do pewnego stopnia: choroba zamiast typowego 9-dniowego przebiegu trwa 2—3 tygodni, poczem jednak zwierzę zawsze pada; surowica kozy jest już silniejsza, surowica zaś owcy działa nie tylko uodparniająco, lecz i leczniczo. Cieleń zaszczipione zachorowuje wprawdzie: ciepłota się podnosi i pojawia ropień w miejscu zastrzyknięcia, zwierzę jednak przychodzi do zdrowia i staje się odpornym. Korzystając ze spostrzeżenia, że surowica owcy silniejsza jest niż kozy lub cielęcia, szczepiono jad zwierzętom na księgosusz niewrażliwym, a więc koniom i świnom. Tworzy się u nich w miejscu zastrzyknięcia ropień, ropą z niego uodparnia się owce, których surowica staje się wtedy swoistą dla bydła rogatego. W tym kierunku ma zamiar prof. N. dokonać w przyszłości prób masowych. W końcu wyraził prelegent zdanie, że księgosusz należy pod względem etyologicznym prawdopodobnie do tej grupy chorób, co odra, płońca i ospa.

2) Kol. DOBROWOLSKI przedstawił chorego, cierpiącego prawdopodobnie na t. zw. u zwierząt zarazę racic i pyska. Chory, 27-letni, zgłosił się do kol. D. przed dwoma tygodniami, uskarżając się na silny ból w języku, ustach i gardle przy spożywaniu pokarmów i oświadczył, że przed dwoma laty mieszkał na wsi, gdzie było chorowało na zarazę racic, pijał surowe mleko, poczem dostał zapalenia w ustach, które trwało parę miesięcy, stopniowo słabło i zaostrzało się kilkakrotnie. Na języku, wewnętrznej powierzchni warg i policzków, dziąsłach, łukach i migdałach widać naloty wielkości ziarna grochu, nieco wzniesione, łatwo krwawiące; oprócz tego są i owrzodzenia pokryte szarym nalotem, z których niekiedy zjawiało się krwawienie samodzielne, wreszcie pęcherzyki z płynem, to surowiczym, to ropnym. Afty wyłączyć należy z powodu wieku chorego, łatwości krwawienia, braku różowej obwódki i silnej bolesności, toż samo gruźlicę i przymiot. Badanie bakteryologiczne jeszcze nie jest ukończone.

3) Kol. POLAK podzielił się ze słuchaczami wynikiem swych poszukiwań podjętych według metody statystycznej. Po przytoczeniu, a po części i ocenie prac całego szeregu autorów zagranicznych, że przytoczymy tu słynne nazwiska WESTERGAARD'a, VILLERMÉ'go i KÖRÖSI'ego, omawiających ścisły związek śmiertelności zarówno ogólnej jak i z chorób zakaźnych z zamożnością, względnie ze skupieniem ludności (t. j. liczbą mieszkańców przypadających na jeden pokój), stanowiącym wskaźnik tej ostatniej, kol. P. przeszedł do poszukiwań własnych. Oparte są one na materyale dostarczonym przez ankietę mieszkaniową w Warszawie. Miasto podzielono na 90 rewirów i obliczono w każdym skupieniu t. j. liczbę mieszkańców na jeden pokój. Z drugiej strony wszystkie zgony z powodu chorób zakaźnych w okresie 1886—1892 r. rozdzielono również pomiędzy tymi rewirami. Takich świadectw śmierci było 12859. Ułożono ogólną tablicę absolutnych cyfr śmiertelności z każdej choroby zakaźnej i ze wszystkich razem i drugą tablicę śmiertelności podług chorób i rewirów w stosunku do liczby mieszkańców w każdym rewirze. Jeśli ułożyć rewiry w szeregu według skupienia ludności, to widać wyraźny wpływ skupienia na śmiertelność; np. przy skupieniu 3,80 śmiertelność wynosiła 53,36, a przy skupieniu 0,07 tylko 22,31. Spostrzega się tu jednak liczne wyjątki, czy to dzięki szczególnym warunkom, czy małej ludności rewiru, wogóle niedość wielkim liczbom. Dla otrzymania liczb większych połączono rewiry z jednakowym skupieniem w grupy; dla sześciu takich grup ze skupieniem ludności: 1) poniżej 1,4, 2) 1,4—1,8, 3) 1,8—2,2, 4) 2,2—2,6, 5) 2,6—3,0, 6) powyżej 3,0 otrzymano śmiertelność ogólną (na 10000): 1) 24,12, 2) 32,01, 3) 33,16, 4) 37,80, 5) 47,52, 6) 53,20. Proporcjonalna jest również śmiertelność z pojedynczych chorób za-

każnych: ospy, odry, płonicy, błonicy i krztusćca; wyjątek stanowi dur brzuszny, będący w szczególnej zależności od wody po piciu. Jeśli ułożyć odwrotnie—grupy ze śmiertelności i z nimi porównywać skupienie, wynik otrzymujemy podobny. Również pomyślnie dało się wykazać, że ilość dzieci, najbardziej podatnych do chorób zakaźnych, nie ma wpływu na ową zależność, wyłączono wreszcie możliwy wpływ gęstości zaludnienia. Najwybitniejsze wyniki otrzymano przy zestawieniu wszystkich rewirów w trzy wielkie grupy. Dla grup takich ze skupieniem 1,45, 1,77 i 2,77 średnia śmiertelność ogólna z chorób zakaźnych wynosiła: 14,6, 35,2 i 52,3‰; odpowiada jej ściśle śmiertelność z chorób pojedynczych. Mówca dochodzi do wniosku, że poszukiwania jego w bardzo wyraźnej postaci okazały wbrew wywiodom KÖRÖSI'ego wpływ skupienia t.j. zamożności mieszkańców na śmiertelność z chorób zakaźnych.

ODCINEK.

ZDROWOTNA GIMNASTYKA SZWEDZKA.

Podał D-r ROMAN SKOWROŃSKI.

(Dokończenie.—Zob. N. 38).

W Szwecyi podczas marszu jako też i biegu zaleca się swobodne opuszczanie rąk bez zginania ich w łokciach i o ile możności bez wyrzucania ich naprzód wtył, jak się to zazwyczaj praktykuje. Podczas biegu dla zrównoważenia kołysania tułowia gimnastykujący się wykonywają wahadłowe ruchy kończynami górnymi, przy czem przednia powierzchnia tułowia skręca się nieco, jakby około pionowej osi, to wprawo, to wlewo. Kończyny górne razem z powierzchnią tułowia tworzą w ten sposób ukośne płaszczyzny, ułatwiając tym sposobem przecinanie powietrza, podobnie jak to czynimy przy przechodzeniu przez wodę. Korzyści z takich ruchów wahadłowych są następujące: zmniejszenie kołysania lub odchyłania się tułowia zależnego, jak wiadomo, od przerzucania ciała z jednej nogi na drugą, oraz zwiększenie szybkości. Przy rzucaniu rąk naprzód rozcinamy niemi napotykanie powietrze z przodu ukośnie, zmniejszając tym sposobem opór z przodu, a przez rzucanie rąk wtył odpychamy się niejako od powietrza znajdującego się poza nami, wskutek czego pomagamy sobie do przód i łatwiejszego przerzucania ciała naprzód, analogicznie z ruchami skrzydeł u ptaków.

Pomimo tego wszystkiego bieganie w ten sposób ma swoje wielkie niedogodności. Przy rzucaniu rąk naprzód i wtył te z mięśni i stawu i pasa barkowego, które mają przyczepy na kręgosłupie i klatce piersiowej, biorą udział w odpychaniu. Pracując, przy rzutach rąk przodem one wyczerpują, przez co oddechanie staje się utrudnionem, występują objawy zmęczenia, duszność, bicie serca, bóle w podżebrzu, sinica i t. p. Jakkolwiek więc ruchy wahadłowe potęgują szybkość biegu, przyczyniają się one jednak do przód znużenia. To też jeżeli nam nie chodzi o szybkość biegu, a mamy na celu rozwój klatki piersiowej i narządów oddechowych, ruchów tych powinniśmy stanowczo unikać szczególnej w gimnastyce szkolnej, przyzwyczajając młodzież do chodzenia i biegania bez pochylania tułowia na boki i bez rzeczonych ruchów wahadłowych kończyn górnych. Kołysanie tułowia można w zupełności zwalczyć siłą mięśni umieszczonych około punktu cięż-

kości ciała. Początkowo postawa taka męczy, w miarę jednak wzmocnienia się rzeczonych mięśni nie przedstawia żadnych trudności, przechodząc pomału w przyzwyczajenie. Szwedzi zwracają szczególniejszą uwagę na klatkę piersiową i prawidłowe oddechanie, dla tego też wszelkich ruchów, utrudniających to ostatnie, stanowczo unikają. Codzienne ćwiczenia gimnastyczne zaczynają tu od ruchów oddechowych i nimi je kończą. Te same ruchy oddechowe powtarzane bywają po wszystkich ćwiczeniach męczących. Ruchy oddechowe odbywają się w ten sposób. Gimnastykujący się podnosi ręce do góry nazewnątrż, to jest najprzód podnosi je do poziomu w płaszczyźnie czołowej, następnie do pionu, czyniąc przy tem głęboki wdech nosem, poczem opuszcza je tą samą drogą nadół, wydechając ustami. Aby czynność ta zgadzała się z zasadami fizjologii, podnosi ręce powoli, powodującym sposobem dłuższy wdech, opuszcza zaś prędzej, co pociąga za sobą wydech krótszy. To samo правило stosuje się i do innych ćwiczeń, które, o ile można, dzieli się na dwa tempa, z których jedno dłuższe wypada na wdech, drugie krótsze na wydech, np. przy zginaniu i wyprostowywaniu rąk na zginanie wypada wdech, na wyprostowywanie wydech. Jak ważną rolę gra prawidłowe oddechanie w czasie gimnastyki, możemy łatwo się przekonać, jeżeli uprzytomnimy sobie, jakie przemiany zachodzą w ustroju podczas pracy mięśnia. Praca mięśni jest następstwem tej energii potencyalnej, którą mięśnie, a raczej zaródź mięśni posiada, źródłem zaś wszelkiej energii w zarodku jest przyswajanie rozmaitych ciał z otoczenia najbliższego, w danym przypadku z przestrzeni chłonnych i naczyń krwionośnych. Sprawa przyswajania odbywa się w mięśniach tak energicznie, jak prawie w żadnej tkance. Pod względem energii, z jaką pochłaniają O i wytwarzają CO_2 , mięśnie należą do tkanek najczynniejszych; badając krew żylną wychodzącą z mięśni znajdujemy zwykle znacznie większą ilość CO_2 , aniżeli we krwi żyłnej otrzymanej z innych narządów. Ilość O we krwi żyłnej wypływającej z mięśnia podczas jego skurczu jeszcze jest większa i może dochodzić do 50%, gdy CO_2 może dochodzić do 50%; oprócz tego mięsień w stanie czynnym dla wywiązania niezbędnej energii zużywa przeważnie części nie zawierające N oraz białko zawarte w samych mięśniach, co powoduje potrzebę zwiększonego dowozu O do krwi. Że tak jest, mamy tego przykłady prawie na każdym kroku. Wchodząc np. szybko na wschody, wykonywamy pracę mechaniczną — przemiana gazów w mięśniach idzie daleko szybciej, dowóz więc O przy zwyczajnem oddechanu byłby niedostateczny. Brak O i zbytek wytwarzanego jednocześnie CO_2 pobudza czynność ośrodka oddechowego znajdującego się w *calamus scriptorius* po obu stronach ostrza pióra, co powoduje głębszy i szybszy oddech, przez co dostarczamy ustrojowi potrzebnej ilości tlenu. Oddech gra także nie małą rolę w krwiobiegu. Przyływ krwi do klatki piersiowej jest tem większy, im wdech jest głębszy; przy każdym wydechu odwrotnie. To przepełnienie żył podczas wdechu sprzyja oczywiście napełnieniu prawego serca i zwiększa ilość krwi przepływającej przez prawe serce podczas każdego skurczu; fakt ten wpływa na przepełnienie naczyń płucnych i po krótkim czasie zwiększa się też ilość krwi przepływającej przez lewą komorę, co powoduje podniesienie ciśnienia w układzie tętniczym (patrz fizjologię prof. CYBULSKIEGO), a co za tem idzie się wzmacnia i przemiana materji.

Nauczyciele, instruktorzy i gimnastycy obok położenia i oddechu powinni zwracać baczną uwagę i na stopniowanie ćwiczeń. Naukę gimnastyki powinno się zaczynać od elementów ćwiczeń, od ruchów najprostszych, a dopiero w miarę postępu i wprawy przechodzić do ćwiczeń trudniejszych i złożonych. Szwedzi tak skrupulatnie trzymają się tego, że nawet w planie ćwiczeń codziennych, zachowują pewne stopniowanie. Jeżeli przypatrzemy się uważniej trybowi codziennych zajęć gi-

mnastycznych, to nie trudno nam będzie zauważyć, że zaczynają się one od ćwiczeń bardzo łatwych, nie wymagających ze strony gimnastykującego się ani wielkiej uwagi, ani siły, ani zreczności, po czem dopiero następują ćwiczenia coraz trudniejsze i złożone, a w końcu wspomniane wyżej łagodzące (*afstutnigo rörelse*). To samo prawidło stosuje się do oporu, szybkości w wykonywaniu ruchów, energii i miary.

Dalej wymagane jest, aby ćwiczenia i wszelkie ruchy były wykonywane we właściwy sposób (*sättet*), co da się najlepiej objaśnić na przykładzie. Wiosłowanie, jak wiadomo, jest bardzo zdrowem i przyjemnem ćwiczeniem; rozszerza ono klatkę piersiową, wpływa dodatnio na krwiobieg i zmusza do głębokiego oddechania, wzmacniając i wyrabiając siłę mięśni górnych i dolnych kończyn oraz tułowiu. Nie osiągamy jednak tego, jeżeli wiosłujący wykonywa ruchy w sposób niewłaściwy, jeżeli ujmuje wiosło rękami za blisko jedna od drugiej, przez co ruchy stają się niedokończonymi i ręce zginają się w łokciach niedostatecznie, ażeby rozszerzyć dokładnie piersi i wywołać oddech zupełny i głęboki. Wreszcie unikać należy wszelkich błędów i wykroczeń przeciwko wyżej wymienionym prawidłom, bacząc na to, że 10 dobrze wykonanych ćwiczeń przyniesie daleko więcej korzyści dla ustroju niż 1000 złych.

Ponieważ ćwiczenia elementarne mogą się szybko sprzykrzyć i uczniowie wykonywaliby je niechętnie, a tym sposobem nieprawidłowo, wskutek czego nie osiągnęliby właściwego celu, szwedzi starają się uczynić je więcej zajmującymi przez częstą zmianę ćwiczeń, dzieląc gimnastykujących się na grupy. Tylko ćwiczenia ruchów wolnych i marsze odbywają się wspólnie.

Korzyści, jakie osiągamy z takiej gimnastyki, są dla naszego ustroju bez zapreczenia wielkiej doniosłości. Przedewszystkiem przez gimnastykę uczymy się władać dowolnie całymi przyrządami ruchowymi naszego ciała. Ćwicząc mięśnie, powiększamy ich przekrój, sprężystość a zarazem i siłę. Kurczenie mięśni zależne jest od naszej woli i nerwów, a zatem ćwicząc mięśnie, ćwiczymy i nerwy. Potęgujemy w wysokim stopniu przemianę materii, co odżywczo wpływa na cały ustrój, a w szczególności na mięśnie i kości. Doświadczenia FICK'a, LUDWIG'a, GUDDEN'a i innych dowiodły na zwierzętach, którym sztucznie paraliżowano niektóre grupy mięśni, że kości tem prawidłowiej się rozwijają, im większa jest czynność otaczających je mięśni. Przy zmniejszonej czynności tych ostatnich kości stają się cieńsze, dłuższe, słabsze i lżejsze, czyli przez gimnastykę możemy nie tylko rozwinąć działalność naszych mięśni, ale i podnieść odżywianie i wzrost szkieletu, wpływając przez to na harmonijny rozwój i postać naszego ciała.

W pracującym mięśniu ciśnienie krwi się zwiększa, przez co wzmaga się wydzielanie wody z ustroju, naczynia krwionośne się rozszerzają, stanowiąc tym sposobem drogę do pozbycia się krwi z narządów wewnętrznych, gdy zostaną one zbyt nie przepełnione. Dobrze rozwinięty układ mięśniowy nadaje człowiekowi odwagę i pewność siebie, słaby oddziałuje ujemnie i na stronę psychiczną. Osoby o silnych mięśniach są mniej wrażliwe na zmiany powietrza. Spostrzeganie poucza nas, że w czasie gimnastyki wzmaga się liczba uderzeń serca, a więc i tętna, częstość i głębokość oddechu, co rozciąga klatkę piersiową i wzmacnia płuca. Wskutek szybszego krążenia krwi przebiegającej z większą energią po tkankach ustrój lepiej się odżywia, przemiana materii odbywa się łatwiej i dokładniej, co powoduje większe zapotrzebowanie odżywczych czynników; łaknienie i pragnienie się zwiększa. Praca mięśniowa oddziałuje bardzo dodatnio na narządy wewnętrzne, mózg, nerwy, potęguje ruch robaczkowy kiszek, działalność gruczołów, czynność skóry i naczyń chłonnych, gimnastyka więc może nam od-

dać wielkie usługi w chorobach przewlekłych, polegających na nieprawidłowym trawieniu, odżywianiu ustroju, jak również w chorobach, gdzie przemiana materii idzie zbyt leniwo. Żeby jednak przez gimnastykę osiągnąć te korzyści dla ustroju, potrzeba, aby była prowadzona z całą świadomością rzeczy, przez ludzi sumiennych, odpowiednio ku temu przygotowanych i wykwalifikowanych, ażeby ćwiczenia stosowane były nie na chybił trafił, bez żadnego celu, planu i przewodniej myśli, bez zrozumienia rzeczy, bez jasnego pojęcia o tem, jak dane ćwiczenie działa na ustrój, jaki ma wpływ na narządy trawienia, oddechania — słowem, jakie jest jego działanie fizyologiczne. Bez tego nigdy nie osiągniemy zamierzonego celu, a raczej przyniesiemy ustrojowi więcej szkody niż korzyści. Gimnastyka w ten sposób traktowana zostanie i nadal tylko sztuką, rzemiosłem, prostem naśladowaniem ruchów a nigdy nauką. Tak się działo do tego czasu u nas, tak się dzieje bodaj dotąd; lekarze jeszcze nie zwrócili na gimnastykę należytej uwagi. Grunt ten leży odłogiem, na którym gospodarują wszyscy według swego widzimisie, tylko nie ci, którzyby mogli zaprowadzić taki płodozmian, by ta wdzięczna rola wydawała daleko obfitsze plony, jak tego mamy przykłady w ortopedyi, która do niedawnych czasów była traktowana przez lekarzy po macoszemu i zostawała wyłącznie w rękach bandażystów i nożowników.

Nie tak się dzieje u innych narodów. W Szwecyi każdy przyszły nauczyciel gimnastyki po ukończeniu gimnazyum musi ukończyć centralny instytut gimnastyczny w Stockholmie z kursem 3-letnim. W pierwszym roku wykształca się na instruktora, w drugim na nauczyciela gimnastyki szkolnej, w trzecim na lekarza gimnasty (kobiety uczą się dwa lata, bo nie uczą się fechtunku i gimnastyki wojskowej). Ci, którzy przeszli gimnastykę leczniczą i zdobyli tytuł lekarza - gimnasty, mogą stosować gimnastykę leczniczą, ortopedyczną i mięsienie pod kierunkiem lekarza. Instruktorzy czyli studenci pierwszego kursu przechodzą: anatomię, gimnastykę szkolną, wojskową, fechtunek i fizyologię, a praktycznie: ćwiczenia gimnastyki szkolnej, wojskowej, robienie bronią, naukę wykładu czyli prowadzenia gimnastyki szkolnej. Na II kursie jest wykład anatomii, fizyologii, higieny, mechaniki ruchów, gimnastyki szkolnej, wojskowej i zasadniczych podstaw gimnastyki leczniczej z zastosowaniem u chorych dzieci; z zajęć praktycznych: ćwiczenia gimnastyki szkolnej, wojskowej, fechtunek, sposób wykładania gimnastyki po szkołach i ćwiczenia gimnastyki leczniczej. III kurs obejmuje z teorii: gimnastykę szkolną, anatomię, fizyologię, higienę, gimnastykę leczniczą i jej zastosowanie do chorób właściwych — z praktyki: gimnastykę szkolną, leczniczą i ortopedyczną.

Nic więc dziwnego, że gimnastyka prowadzona przez ludzi w ten sposób przygotowanych wydaje tak świetne wyniki i budzi zaufanie i zamięlowanie do niej wśród publiczności, zyskując sobie coraz więcej zwolenników, nawet poza granicami Szwecyi do tego stopnia, że pomiędzy studentami centralnego instytutu spotykamy włochów, holendrów, anglików, amerykańców, francuzów i innych, studujących gimnastykę szwedzką z własnej inicjatywy, lub przysyłanych na koszt rządów celem wprowadzenia gimnastyki szwedzkiej w szkołach, lub przez ministerya wojny celem wprowadzenia jej w wojsku, jak to właśnie miało miejsce w czasie jego pobytu w instytucie centralnym.

R. Skowronski.

O ruchu chorych w szpitalu Zapasowym za m. sierpień r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 72 (m. 33, k. 39) i przybyło w sierpniu 152 (m. 84, k. 68); wypisało się 124 (m. 66, k. 58); zmarło 20 (m. 11, k. 9); pozostało na miesiąc następny chorych 80 (m. 40, k. 40).

Ogólna liczba chorych była znacznie większa niż w miesiącu ubiegłym z powodu coraz częściej występującej biegunki krwawej i tyfusu brzuszego. Rzadziej nieco widywaliśmy ospę, różę, a bardzo rzadko tyfus wysypkowy.

Najliczniejszą rubrykę stanowiła biegunka krwawa, której mieliśmy przypadków 50 (m. 32, k. 18), z przebiegiem dosyć ciężkim i śmiertelnością dość znaczną. Śmiercią zakończyło się 9 (m. 5, k. 4) przypadków; chorzy przybyli z następujących ulic i domów: Leszno 11, Chłodna 3, 31 i 38, Sosnowa 14, Elektoralna 1, Dzielna 76 i 80, Królewska 35, Piwna 41 i 9 (2 przypadki), Stare Miasto 10, Wilcza 26 i 50, Nowolipki 27, Mazowiecka 26, Cicha 5, Wronia 33, Sienna 78, Stare Miasto 72, Pańska 105 i 10, Śliska 9, Smocza 27, Konopnicka 4, Moskiewska 20, Ratusz (2 przypadki), Przemysłowa 12 (2 przypadki), Czerniakowska 79, Piaskowa 1, Łuczka 10, Browarna 10, Oboźna 2, Warecka 5, Okopowa 36, Dzika 20, Chmielna 126, Twarda 52, Nowolipie 20, Wołyńska 51, Maryensztat 21, oraz wsie: Koło, Kuniew i Ostrowiec.

Na szczególne zaznaczenie zasługuje niebywała w szpitalu liczba tyfusu brzuszego, którego mieliśmy aż 20 (m. 11, k. 9) przypadków. Jakkolwiek połowa prawie przypada na Pragę i okolice miasta, jednakże i tak zmniejszona liczba jest zastanawiająca. Zejść śmiertelnych było dwa. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Żąbkowska 31 i 46, Szpitalna 8, Smocza 17, Nowy Świat 6, Senatorska 19, Brukowa 7, Twarda 52, Dunaj Wąski 16, Nizka 16, Bugaj 18, Leszno 104, Chłodna 35, Maryańska 3, Kościelna 12, Źródłowa 8, Koło, Piaseczno.

Mniej nieco, niż w ubiegłym miesiącu mieliśmy ospy; przypadków 15 (m. 9, k. 6), z przebiegiem nie zbyt ciężkim. Śmiercią zakończył się jeden tylko przypadek. Chorzy pochodzili z ulic: Wilcza 23, Nalewki 24, Plac św. Aleksandra, Piekarska 12, Piwna 13, Wolska 45, Wspólna 11, Burakowska 15 (2 przypadki), Pelcowizna, Brzozowa 2, Kapitulna 5, Zielna 19.

Rzadziej również nieco występowała róża, której było przypadków 17 (m. 5 k. 12) z przebiegiem pomyślnym. Chorzy pochodzili z ulic: Czerniakowska 45, Plac Warecki 3, Stare Miasto 8, Św. Krzyska 27, Hoża 51, Żelazna Brama 6, Krakowskie Przedmieście 29, Pańska 67, Punkt zborny, Wiejska 19, Stalowa 35, Widok 1, Grzybowska 53, Sielce, Błonie, Kawęczyn.

Z innych chorób zakaźnych mieliśmy: 9 przypadków odrzy (m. 5, k. 4), 5 przypadków płonicy (Wronia 68, Freta 42 (2 przypadki) Piwna 39 i Gęsia 30), z 2 niepomyślnymi, po jednym przypadku: tyfusu wysypkowego (Kapucyńska 7), gruźlicy płuc i nosacizny, oraz dwa przypadki zapalenia płuc włóknikowego i 9 zapalenia gardła.

Z niewłaściwie do nas skierowanych chorych mieliśmy: 7 przypadków ostrego niezłytu żołądka i kiszek, po 2 przypadki zapalenia nerek i otrzewny, oraz po jednym: padaczki, *commotio cerebri* i raka macicy oraz 5 przypadków uwiędu starczego.

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się do szpitala Zapasowego wydano 4 (m. 1, k. 3).

J. Sz waj cer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= MERLIN radzi wyjaławiać katgut za pomocą roztworu sublimatu w eterze (1:100). Roztwór ten, jak stwierdziło doświadczenie, zabija gronkowce, *bac. subtilis* i *bac. anthracis*. Wyższość tego sposobu wyjaławiania nad innymi polega na tem, że katgut (również jedwab i *crins de Florence*) nie traci swej mocy — i nie pęcznieje. Wobec wrażliwości niektórych chorych na sublimat, należy katgut przed użyciem pogrążyć na 15 minut do roztworu jakiegokolwiek innego środka przeciwnieślnego. (Dauphiné méd. VII. 97).

= MAASS stosował w przeciągu ostatnich dziesięciu miesięcy opatrunki z celuloиду u przeszło setki chorych i przyznaje im wyższość nad gipsowymi, gdyż obok ładnego wyglądu są bardzo lekkie (gorset dla dorosłego waży około pół funta), mocne, giętkie, nie ulegają psuciu pod wpływem wilgoci, potu lub ropy i mogą być zrobione przez każdego lekarza. Ujemną stroną ich jest powolne twardnienie i niebezpieczeństwo zapalenia się przy ogniu. (Ther. Woch. 18. VII. 97).

= BABEAU spostrzegał przypadek, stwierdzający mniemanie CZERNY'ego, że mleko obfitujące w laktalbuminę i galaktoproteinę nie nadaje się do karmienia ssawców. Kobieta miała troje dzieci i u wszystkich występowały po karmieniu wymioty; dzieci obce również pokarmu nie znosiły. Mleko zawierało 15,25 laktalbuminy i galaktoproteiny na 36,75 substancji białkowych. (Montpellier méd. 17. VI. 97).

= HITZIG zalecił zmniejszać kwasność soku żołądkowego zapomocą podawania chorym morfiny. KLEINE sprzeciwia się temu, z badań jego bowiem wynika, że zmniejszenie ilości wydzielanego kwasu solnego jest tylko wynikiem zaburzeń żołądkowych, spowodowanych fermentacją zawartości żołądkowej, morfina bowiem paraży nerwy ruchowe przewodu pokarmowego. (Dtsch. med. Woch. Nr. 21. 97).

= Wobec trudności, jakie przedstawia rozpoznanie przepukliny przepony brzusznej (podług statystyki LACHER'a na 226 przypadków siedm zaledwie rozpoznanych *intra vitam*), podaje MARAGLIANO następujące dane rozpoznawcze spostrzegane przezeń w jednym przy-

padku; przedmiotowo zwiększenie trudności w oddychaniu oraz ból bezpośrednio po jedzeniu, podmiotowo kałowypych zapach płynu otrzymanego zapomocą nakłócia próbnego i zwiększenie objętości odpowiedniej połowy klatki piersiowej przy wydymaniu jelit powietrzem podług metody LIEBERMEISTER'a. (Riforma med. I. 97).

= Ażeby rozstrzygnąć sprawę, czy jodek sodu może zastąpić jodek potasu w leczeniu przymiotu, badali COLOMBINI i SIMONELLI działanie jodku sodu na krew syfilityków jeszcze nie leczonych, będących w drugim okresie choroby i przyszli do wniosku ujemnego, jodek sodu nie wpływa bowiem zupełnie na ilość hemoglobiny, zmniejsza się zaś ilość czerwonych ciałek krwi, a zwiększa leukocytoza. (Giornale Ital. di Malattia II. 97).

= ALVAZZI spostrzegał trzy przypadki wrzodu dwunastnicy przy przewlekłym otruciu ołowiem i sądzi, że przypadki takie bardzo często przechodzą niepostrzeżenie, przy otruciu bowiem ołowiem zachodzą warunki sprzyjające tworzeniu się wrzodów żołądka i jelit, mianowicie znaczne zwięźnienie światła małych naczyń, zapalenia błony wewnętrznej tętnic, małe krwawienia i zatorzenia w odżywianiu. (Riforma med. I. 97).

= MEYER spostrzegał przypadek wmięsojonej ciąży (*grossesse nerveuse*) u kobiety 33-letniej, która raz jeden rodziła. Na początku owej ciąży chora wymiotowała i doznawała dolegliwości zwykle towarzyszących ciąży; objętość brzucha zwiększała się, sutki obrzmiały, wyraźne ruchy dziecka chora odczuwała od 15-go tygodnia; podczas całego trwania ciąży występowały regularnie co cztery tygodnie nieznaczne 1—5 dni trwające krwawienia. Wezwany do porodu M. stwierdził nieznaczne krwawienie z macicy, wyraźne skurcze bolesne, wyłączył jednak zupełnie ciążę, stwierdził zaś ogólne otluszczenie przy objętości brzucha 108 cm. (Corresp. f. Schw. N. 12. 97).

= BRAUN spostrzegał w jednym przypadku niedomykalności zastawki trójdzielnej następujący objaw: w drugim lewym międzyżebżu obok mostka występuje tętnienie, rozpoczynające się przed skurczem i dosięgające maxi-

mum swego podczas skurczu komory. Podług autora jest to wynik ruchu rozszerzonego prawego uszka, a występuje tylko wtedy, gdy rozszerzenie prawej komory jest tak wielkie, że prawe uszko przylega do klatki piersiowej i udziela jej swego ruchu. (Petersb. med. Woch. Nr. 29. 97):

= HOEFLMAYR spostrzegł u dwóch neurasteników szmer skurczowy serca pochodzenia nerwowego. Autor zgodnie z RICHTER'em upatruje przyczynę jego w zaburzeniach nerwowych, spowodowanych w ośrodkach nerwu błędnego w rdzeniu przedłużonym. (Münch. med. Woch. Nr. 4. 97).

= KOLB dokonał wyłuszczenia wola u chorej zahipnotyzowanej. Podczas 45-cio minutowego trwania operacji chora leżała zupełnie spokojnie, wykonując wszelkie zalecane jej ruchy, po przebudzeniu zaś nic o dokonaniu operacji nie wiedziała. (Ctrbl. f. Chir. Nr. 25. 97).

= RICHE i CHARRIN stwierdzili na podstawie licznych badań, że mocz noworodków jest dwa razy mniej jadowity, niż osób dorosłych. Przy podawaniu ssawcom zamiast mleka pokarmu obfitującego w sole potasowe, przy chorobach przemiany materii jadowitość moczu się zwiększa. (Soc. biolog. Pos. 31. VI. 97).

= W Tow. Lek. Parysk. przedstawił QUEYART dwóch chorych z zupełnie rozwiniętą gruźlicą płuc, obdarzonych bardzo dobrą tuszą. CHAUFFARD wspominał o suchotniku, uprawiającym rzemiosło atlety. (Pos. d. 16. VII. 97).

= LENHARTZ przedstawił w Tow. Lek. Hamb. przypadek wyleczonego zapalenia otrzewny, spowodowanego przedziurawieniem żołądka przed wrzód okrągły. Chory przez ośm dni nie otrzymywał żadnych pokarmów; leczenie polegało na zastrzykiwaniach podskórnych roztworu soli (300—500 cm. sz. trzy razy dziennie) i podawaniu dużych dawek makuca. (Deut. med. Woch. Nr. 27. 1897).

= KRAUS przeprowadzał pod kierunkiem v. NOORDEN'a badania nad wchłanianiem tłuszczów pod wpływem wód karlsbadzkich i doszedł do wniosku, że dodawanie do pokarmu pewnej ilości tłuszczów jest nie tylko nieszkodliwe, lecz nawet korzystne. Wybierać należy tłuszcze z niskim punktem topliwości, mianowicie masło, śmietanę, sery, olej sezamowy. Przeciwwskazane jest podawanie tłuszczu osobom ze zбочeniami w wydzielaniu żółci, z chorobami jelit cienkich, z bezwładem lub rozstrzenią żołądka, wreszcie poddanym leczeniu odłuszczaćemu. (Berl. klin. Woch. Nr. 21. 1897).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— Na zjazd w Berlinie mający się odbyć w październiku dla badania trądu wyznaczyły swoich delegatów następujące państwa: Turcja, Rumunia, Belgia i Francja. Ze strony Niemiec wezmą udział: VIRCHOW, BERGMANN i A. NEISSER.

— W Londynie otworzono 10-ty szpital na 548 łóżek, przeznaczony wyłącznie dla chorych zakaźnych. Londyn więc obecnie posiada 4.800 łóżek dla chorych zakaźnych, nie licząc szpitali przeznaczonych dla dotkniętych ospą, jest więc jedynym miastem, w którym zasada odosobnienia może być ściśle wykonana.

— Według wywodów d-ra FRÖLICH'a w „Der Militaerarzt“ największej śmier-

telności ulega wojsko rosyjskie, najmniejszej niemieckie.

— **Zmarli.** W Wiedniu zmarł w 60 roku życia prof. Edward HOFMAN, twórca szkoły lekarzy sądowych. Urodził się w Pradze. W roku 1864 rozpoczął wykłady na katedrze medycyny sądowej w uniwersytecie czeskim, od roku 1875 przeniósł się do Wiednia.

— W Krakowie zmarł w 57-ym roku życia d-r Wacław PRZYBYLSKI lekarz powiatu Nowosądeckiego.

Sprostowanie. Na stronie 887 w wierszu 10-ym od góry zamiast „maciej“ winno być „brzucha“; str. 880 w wierszu 14-ym od dołu zamiast 65% winno być 6,5%; na stronie 889 w wierszu 22-ym od dołu zamiast „sklepienia“ winno być „spojenia łonowego“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доволено Цензурою. Варшава, 11 Сентября 1897 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8