

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. Przyczynek kazuistyczny do patologii gałęzi szyjowej nerwu współczulnego podał d-r Maryan Piątkowski. (Dokończenie). — Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu zaburzeń w narzędzi krążenia na podstawie materiału w prosektoryum szpitala głównego we Lwowie w ciągu roku 1894, 1895 i 1896. Opracował d-r Antoni Krokiewicz. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 144. O pochodzeniu i znaczeniu nierówności żrenic u chorych dotkniętych rakem przelyku. 145. Przypadek długotrwałego pozostawania płodu w macicy po rozerwaniu jąja płodowego. — **Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.** Posiedzenie z dnia 21 i 28 września r. b. **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinee aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r M. Piątkowski — Contribution à la casuistique de la pathologie de la branche cervicale du grand sympathique. 2) D-r A. Krokiewicz — Sur de troubles dans les organes circulatoires à issue mortelle. Considérations basées sur les autopsies de l'hôpital principal de Lemberg pendant les années 1894, 1895 et 1896.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r M. Piątkowski — Ein kasuistischer Beitrag zur Pathologie des Halsastes des Sympathicus. 2) D-r A. Krokiewicz — Ueber Todesfälle in Folge von Circulationsstörungen auf Grund des Sectionsmaterials des städtischen Krankenhauses zu Lemberg in den Jahren 1894, 1895 und 1896.

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

Z KLINIKI LEKARSKIEJ PROF. D-RA EDWARDA KORCZYŃSKIEGO W KRAKOWIE.

IV.

Przyczynek kazuistyczny do patologii gałęzi szyjowej nerwu współczulnego

podał D-r Maryan Piątkowski, I-szy asystent tejże kliniki.

(Dokończenie—Zob. N. 41).

Przypadek IV. *Tic convulsiv et hemiatrophia facialis in ind. hysterico.*

S. I., wdowa, licząca lat 50. W 18 roku przebyła ropień w sutce prawej. W 20-ym roku wyszła za mąż, 8 razy rodziła, a 4 razy ronila. Mięsiączkowała prawidłowo. W pierwszych już latach zamążpójścia pojawiły się bóle głowy i mrowienie, które ograniczone początkowo do głowy przeniosło się na całą lewą połowę ciała. Bóle głowy, występujące okresowo, utrzymują się do dziś dnia. Wskutek tych przypadków zgłosiła się do ambulatorium klinicznego w dniu 4 lutego 1896. Stwierdzono obok przypadków histerycznych zmniejszenie lewej połowy twarzy i szpary powiekowej lewej i kurcze mięśni twarzy po tejże samej stronie; podano *natr. arsenic.* po 0,001 od 3—9 pigułek dziennie.

Ponownie zgłosiła się 20 maja 1896. Stan obecny: wzrost mały, budowa kośćca wątku, mięśnie wiotkie, skóra blada, mało elastyczna. Wargi blade. Wejście chorej znacznie starsze, niżby to odpowiadało wiekowi. Szpara powiekowa lewa węższa, spojówki zaczerwienione, źrenice równe, prawidłowo na światło oddziałują. Skóra na twarzy po lewej stronie bledsza, nieco pomarszczona, sucha, szorstka. Lewa połowa twarzy w całości mniejsza, nie zupełnie symetryczna. Zmian w poroście włosów, plam barwnikowych na skórze tej strony nie wykazano. Od czasu do czasu pojawiające się drgawki w zakresie mięśni twarzowych po stronie lewej. Pobudliwość galwaniczna mięśni twarzowych po obydwu stronach jednakowa. Chora żali się na ból i ciągłe mrowienie w lewej połowie twarzy; gałęzie nerwu trójdzielnego nie są bolesne przy uciskaniu. Przewody nosowe drożne, jednakowo szerokie. Bystrość słuchu po obu stronach prawidłowa. Czucie tak dotykowe, jakoteż bólu, czucie elektryczne, jakoteż czucie temperatury po obydwu stronach twarzy jednakowe. Odruchy mięśniowe i ścięgniste wszędzie wzmożone. Chora, bardzo wrażliwa, uskarża się na liczne dolegliwości, których badanie przedmiotowe nie usprawiedliwia. Przez kilka tygodni stosowano prąd galwaniczny z wynikiem ujemnym.

W przypadku tym obok zbroczeń histerycznych uderzają objawy ograniczone do lewej połowy twarzy w postaci zmniejszenia objętości, bledszego zabarwienia skóry, pomarszczenia twarzy, z objawów ocznych zwężenie szpary powiekowej, ze sfery ruchowej „*tic*“ mięśni twarzowych, z czuciowej bóle głowy, parestezye w postaci mrowienia, przeważnie na twarzy po lewej stronie.

Tak w tym przypadku, jak i poniekąd w poprzednim, przyjąć należy porażenie nerwu współczulnego lewego dawne, odpowiadające trzeciemu okresowi NICATI'ego, które wywołało zmiany troficzne na skórze twarzy. Nerwicę ruchową nerwu twarzowego uważać należy jako objaw współrzędny.

Przypadek V. Połowiczne pocenie się twarzy podczas żucia pokarmów.

Nawiązując do przypadków opisanych przez MESCHÉDE'go (1868), gdzie pot pojawiał się po jednej stronie twarzy podczas jedzenia u chorego cierpiącego na umyśle i GRABOWSKIEGO (1885), który dotyczy oficera, gdzie wśród przyjmowania pokarmów pojawiała się zaczerwienienie twarzy, poczem policzki pokrywał się potem, podaję spostrzeżenie kliniczne dotyczące M. S., leczzonego ambulatoryjnie w klinice lekarskiej.

M. S., liczący lat 18, pugilareśnik; dziedzicznie w żadnym kierunku nie obciążony, do 16 roku czuł się zupełnie zdrowym. Przed 2 lata zauważył obrzęk w okolicy gruczołu przyuszego po obydwu stronach połączony z gorączką i dreszczami. Ponieważ obrzęk się powiększał i sprawiał choremu ból dotkliwy, przeto poddał się on przecięciu guza po stronie lewej, a w dwa tygodnie później po stronie prawej. Rany pod opatrunkiem zagoiły się rychło. Wkrótce potem, bo w lutym 1895, zapadł według rozpoznania lekarskiego na *peritonitis ex appendicitide*, poddał się operacji i po dwóch miesiącach powrócił do zdrowia. W miesiąc po ostatniej operacji zauważył wśród jedzenia występujące zaczerwienienie policzków po obu stronach, poczem policzki pokrywały się potem. Bez wszelkiego leczenia cierpienie miało ustąpić po stronie prawej, natomiast po stronie lewej utrzymują się objawy w całej pełni. Prócz tego nadmienia chory o drgawkach tonicznych w lewej połowie twarzy.

Badanie dokonane 7 lutego 1897 wykazuje: porost włosów bujny. Prawa połowa twarzy jest nieco szczuplejsza, prawa szpara powiekowa

nieznacznie węższa, również źrenica prawa. Źrenice na światło dobrze oddziaływają. Błona śluzowa gardła zaczerwieniona. Po lewej stronie twarzy wykazać można 2 blizny, z których jedna przebiega na policzku równolegle i w odległości 1 cm od brzegu tylnego szczęki dolnej. Po prawej stronie spotykamy bliźnię symetrycznie przebiegającą do pierwszej powyżej opisanej.

Przy poruszaniu szczęką dolną nawet po dłuższym czasie pocenia zaczerwienienia twarzy nie można wykazać. Natomiast skoro poda się choremu kęs bułki do spożycia, natenczas po 30 sekundach pojawia się silne zaczerwienienie lewego policzka i małżowiny usznej, gdy po stronie prawej tylko ogniskowe zaczerwienienie wykazać się daje, poczem policzek prawy pokrywa się obfitym potem. Ruchy połykowe, zdaje się, nie wpływają na wystąpienie tego objawu chorobowego.

Ilość śliny jest niewątpliwie wzmożona. Znaczniejszych zmian fizycznych i chemicznych w niej nie znaleziono. Prócz powyższych zmian okazuje chory mierne przytłumienie w szczycie prawym od tyłu, bolesność i stłumienie w okolicy kieszki ślepej. Tętnice wąskie, tętno prawidłowe, liczba tętna 90. Ucisk na punkty wyjścia gałęzi nerwu trójdzielnego wywołuje u chorego ból i kurcz po tej stronie twarzy, nie wznieca jednak ani zaczerwienienia policzków ani potu. Badanie czucia dotykowego na twarzy i szyi, czucia elektrycznego i czucia bólu nie wykazało różnic. Pobudliwość galwaniczna nerwów i mięśni bez zmian, porażenia mięśni twarzowych nie stwierdzono. Pole widzenia zwężone po obu stronach dla barwy czerwonej, zielonej i niebieskiej.

Dla stwierdzenia rozpoznania polecił prof. KORCZYŃSKI podrażnić błonę śluzową jamy ustnej roztworem kwasu octowego, a następnie znieczulić ją zapomocą kokainy. Po wypędzaniu błony śluzowej policzków dosyć silnym roztworem kwasu octowego pojawiło się w przeciagu bardzo krótkiego czasu takie same zaczerwienienie i pocenie się policzka lewego, jak przy żuciu suchej bułki. W godzinę potem, jeszcze wśród tej samej demonstracji klinicznej zapędzowano błonę śluzową lewego policzka silnym roztworem kokainy. Skutek był zadziwiający, gdyż przy żuciu suchej bułki pojawiło się tylko bardzo nieznaczne zaczerwienienie się policzka, pot zaś wcale się nie pojawił.

Chcąc wytłomaczyć przypadek powyższy, trzeba odnieść powyżej opisane objawy albo do nerwu twarzowego, do którego dołączać się mają także i włókna nerwu współczulnego, albo też do nerwu trójdzielnego, który, będąc w stanie ciągłego podrażnienia, wywołuje odruchowe zaburzenie dające obraz nerwicy nerwu współczulnego. Brak porażenia gałązek nerwu twarzowego z jednej strony, a doświadczenie z drugiej strony, że po znieczuleniu błony śluzowej żuchwy mimo żucia zaczerwienienie pojawiło się w znacznie mniejszym stopniu, policzek zaś nie pokrywał się potem zupełnie, należy przypuścić odruch nerwu trójdzielnego na nerw współczulny.

Na podstawie powyższego doświadczenia zalecono choremu płókanie ust silniejszym roztworem bromku potasu i pędzlowanie od czasu do czasu kokainą.

Przypadek VI. *Morbus Basedowii, catarrhus ventriculi atrophicus, hemiatrophia facialis.*

E. F. lat 48. Dziedziczości w żadnym kierunku wykazać nie można. W 7-ym roku życia przebyła dur brzuszny. Od 21-go roku zauważyła powiększenie szyi, a od 4 lat częste napady bicia serca, bóle w dołku podsercowym po zjedzeniu pokarmów, odbijania, czkawkę i brak apetytu. Przed 2 laty zraniła się szpilką w prawą

gałkę oczną, poczem przez 3 dni doznawała bólu w głowie i w temże oku. Dopiero po 6 miesiącach, wśród silnego bólu głowy i nastrzyknięcia naczyń spojówkowych trwającego 3 tygodnie, na prawe oko zaniewidziała zupełnie. W zimie 1896 zauważyła zmarszczki wyraźne na prawej połowie twarzy, utratę sił i znaczne upośledzenie odżywiania. Z tymi objawami zgłosiła się do kliniki 2 lipca 1897.

Badanie przedmiotowe wykazuje znaczne powiększenie wszystkich płatów gruczołu tarczowego. W narządzie krążenia zauważono uderzenie koniuszkowe serca na większej przestrzeni poniżej i nazewnątrz od sutki, powiększenie wymiaru osiowego serca, niedokszałt układu tętniczego, przyspieszenie tętna do 112 i żyłaki na kończynach dolnych. W narządzie rodnym obniżenie macicy. W narządzie trawienia nieżyt błony śluzowej żołądka zanikowy. We krwi zwiększona ilość ciałek eozyńofilowych.

Ze strony układu nerwowego stwierdzono w sferze czucia bolesność jajniko-
wą po stronie prawej, nadczułość po stronie prawej ciała i w okolicy łędźwiowej
lewej, w sferze ruchu niedowład nieznaczny nerwu twarzowego lewego; drżenie
palców ręki prawej, zniesienie odruchów kolanowych, mierne obniżenie pobudli-
wości galwanicznej nerwów i mięśni po prawej, stronie twarzy osłabienie siły koń-
czyn, w sferze naczynioruchowej wzmożoną pobudliwość, w sferze odżywczej
zmniejszenie objętości prawej połowy twarzy wskutek zaniku tkan-
ki podskórnej i zwiotczenia mięśni. Na twarzy po prawej stronie wykazać można
szereg zmarszczek przebiegających równolegle do fałdy nosopoliczkowej.
Wynik badania narządu wzrokowego dokonanego w klinice okulistycznej kra-
kowskiej opiewa: *atrophia bulbi et cicatrix sclerae traumatica oculi dextri, conjunctivitis
follicularis sin. et presbyopia.*

Rozpoznanie nasze w tym przypadku usprawiedliwia w zupełności
przyspieszenie czynności serca, przerost serca lewego, zniesienie odruchów
ścięgnistych kolanowych, drżenie palców i powiększenie gruczołu tarczowego.
Rozpoznanie to nie jest jednak w stanie wytłomaczyć zmian odżywczych
na prawej połowie twarzy, zmniejszenia pobudliwości galwanicznej mięśni
twarzowych tejże połowy twarzy, objawy, które do nerwicy gałazki szyjowej
nerwu współczulnego i to do późnego okresu postaci porażeniowej odnieść
należy.

LITERATURA.

- 1) SEELIGMUELLER. Zur Kenntniss der Affectionen des Sympathicus (SCHMIDT's J. B. 180).
- 2) BAERWINKEL. Zur Pathologie des Sympathicus (SCHMIDT's J. B. 168).
- Tenże. Zur Pathologie des N. trigeminus (Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1874).
- 3) EULENBURG. Lehrbuch der Nervenkrankheiten Berlin 1878.
- 4) SEELIGMUELLER. Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven und des Sympathicus 1882.
- 5) DUPUY. Schweissecretion nach dem Durchschneiden des Sympathicus (Virchow's J. Ber. 185).
- 6) SEGUIN. Halbseitiges Schwitzen; anatomischer Befund in dem betreffenden Halssympathicus (SCHMIDT's Jahrbuch 150)
- 7) FRAENKEL. Zur Pathologie des Sympathicus. (Inaug. Diss. Breslau).
- 8) EULENBURG. Zur Pathologie des Sympathicus. (Wien. med. Woch. 1868).
- 9) OTTO. Beitrag zur Pathologie des Sympathicus. (Deutsch. Archiv. f. kl. Med. 1873).
- 10) JANY. Zwei Fälle von Functionsstörung im Gebiete des rechtseitigen Nervus sympathicus cerv. (Virchow. J. B. 1873)
- 11) EULENBURG-LANDOIS. Die vasomotorischen Neurosen (SCHMIDT's J. B. 144).
- 12) NAWROCKI. Ueber den Einfluss des Nervensystems auf die Schweisabsonderung (Med. Centrbl. 1878).
- 13) OLLIVIER. Beobachtungen von Hyperidrosis.

(SCHMIDT's J. B. 203). 14) UNNA. Kritisches und Historisches über die Lehre von der Schweißsecretion (SCHMIDT's J. B. 164). 15) FOOT. Über Hiperidrosis (SCHMIDT's J. B. 142). 16) LUCHSINGER. Neue Beiträge zur Physiologie der Schweißsecretion. (SCHMIDT's J. B. 190). Tenze. Zur Physiologie der Schweißsecretion. (Arch. f. Physiol. 1880. 17). VULPIAN. Die Wirkung des Nervensystems auf Schweißsecretion (SCHMIDT's J. B. 180). 18) FRIEDLAENDER. Ein Fall von Hyperidrosis unilateralis. (Centr. f. Nervh. 1887). 19) BERGER. Ein Fall von Ephidrosis unilateralis (Virchow Jahr. Ber. 1871). 20) GRABOWSKI. Einseitige Transpiration des Gesichtes (Archiv. f. Psychiat. T. III). 21) WITTICH. Über den Einfluss der Sympathicusreizung auf die Function der Parotis (Virchow's Arch. 1866). 22) NAWROCKI. Zur Anatomie und Physiologie der Mundspeichelorgane (SCHMIDT's J. B. 145). 23) ECKHARD. Zur Lehre von der Speichelsecretion (SCHMIDT's J. B. 134). 24) STARK. Über die bei Geisteskranken vorkommende Vermehrung der Speichelsecretion (All. Zeitschr. für Psychiat. 1870). 25) EPHRAIM. Ein Fall von einseitiger Gesichtsatrophie. (Centr. Bl. f. kl. Med. 11) 26) LOERENFELD. Über einen Fall halbseitiger Atrophie des Gesichtes und Kaumuskulatur (Centralbl. f. kl. Med. 9). 27) MOEBIUS. Der umschriebene Gesichtsschwund (Spec. Pathol. und Ther. Nathnagel 1895). 28) DENIG. Enophthalmus traumaticus. Abflachung der linken Gesichtshälfte in Folge von Trigemini-reizung. (Arch. f. Augenh.) 1894. 29) SCHWENINGER-BUZZI. Casuistische Beiträge (SCHMIDT's J. B. 231). 30) BAERWINKEL. Zur Lehre von den neurotischen Gesichtsatrophien (Arch. f. Heilkunde 1868). ANJEL. Beitrag zur Casuistik einiger Nerwenkrankheiten (Progressive faciale Hémiatrophie) (Berl. kl. Wochsch. 10). 32) EMMINGHAUS. Über halbseitige Gesichtsatrophie (Arch. f. kl. Med. 1873) 33) MENDEL. Ueber die Hemiatrophia facialis (Berl. kl. Wochschr. 1888). 34) MORTON · HALLAN. Beiträge zur Casuistik der Gefässgeschwülste in der Augenhöhle (SCHMIDT's J. B. 149). 35) HERING. Halbseitige Gesichtsatrophie nach Verbrennung (SCHMIDT's J. B. 137). 36) DEJERINE-MIRALLÉ. Hemiatrophie de la face avec phénomènes oculopupillaires dans un cas de syringomyélie unilatérale. (SCHMIDT's J. B. 248). 37) BERNHARDT. Ein Fall von einseitigem infantilem Gesichtsmuskelschwund (Neurol. Centralbl. 1894). 38) POPOFF. Hemiatrophie faciale progressive (Centrbl. f. kl. Med. 14). 39) GUTTMANN. Ueber einseitige Gesichtsatrophie durch den Einfluss trophischer Nerven (SCHMIDT's J. B. 138). 40) WILKE. Ueber die Lähmungen des N. accessorius Willisii und des N. sympathicus cervic. (SCHMIDT's J. B. 245) 41) BRUNNER. Zur Casuistik der Pathologie des Sympathicus (SCHMIDT's J. B. 155). 42) DALLY. Des sueurs locales (Virchow's J. B. 1873). 43) SCIAMANNA. Patologia e terapia del gran simpatico (SCHMIDT's Jahr B. 244) 44) GAULE. Der trophische Einfluss der Sympathicus-Ganglien auf die Muskeln (Virchow's Arch. 1893). 45) NICATI. La paralysie du nerf sympathique cervical (Virchow Jah. B. 1873). 46) BERNARD Cl. De propriétés sensibles du grand sympathique et des mouvements reflexes, qui se produisent sous son action (Canstatt Jahr. Ber. 1859). 47) MESCHÉDE. Ein Fall von Hemidiaphoresis (Virchow Jahr. Ber. 1868). 48) LUDWIG. Neue Versuche über die Beihilfe der Nerven zur Speichelabsonderung (Canst. J. B. 51). 49) TALMA. Zur Kenntniss des Leidens des Bauchsympathicus (Deut. Arch. f. kl. Med. 1892). 50) GIRARD. Hemiatrophie faciale experimentale (Centr. Bl. f. kl. Med. 13).

Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu zaburzeń w narządzie krążenia na podstawie materiału

w prosektoryum szpitala, głównego we Lwowie
w ciągu roku 1894, 1895, 1896.

Opracował D-r ANTONI KROKIEWICZ,

b. prosektor szpitala we Lwowie, obecnie prymaryusz szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

(Dokończenie.—Zob. N. 41).

β) Zmiany przewlekłe na wsierdziu zastawki dwudzielnej (*e. mitralis chronica*) z następstwami zauważono w 37 przypadkach (11 m., 26 k.), t. j. 25% a mianowicie:

w wieku od 20 — 30 lat zmarło	3 m., 2 k.
„ 30 — 40 „	4 m., 9 k.
„ 40 — 50 „	1 m., 3 k.
„ 50 — 60 „	1 m., 5 k.
„ 60 — 70 „	—m., 7 k.
„ 70 — 80 „	2 m., —k.

W 3 przypadkach (1 m., 2 k.) do zmian przewlekłych zapalnych na wsierdziu zastawki dwudzielnej dołączyło się znacznego stopnia zwyrodnienie włókniste mięśni brodawkowych (*myocarditis papillaris sin.*); u mężczyzny 27-letniego zapalenie włóknikowe osierdzia (*cor villosum*), a u 2 kobiet (64, 67 lat) zwyrodnienie włókniste blaszek osierdziowych (*concretiones diffusae pericardii c. epicardio*).

γ) Zmiany przewlekłe na wsierdziu zastawkowym ujścia żylnego lub tętniczego lewego nie okazywały w powyższych przypadkach obecności złogów wapiennych. W 2 tylko przypadkach (1,3%) t. j. u mężczyzny 58-letniego w przebiegu zmian przewlekłych na zastawkach aorty i dwudzielnej znajdowały się złogi wapienne, przyczem zastawki były nierówne, owrzodziałe (*e. deformans atheromatosa ulcerosa*). Sprawa ta patologiczna daleka od t. zw. septycznej, błoniczej postaci zapalenia wsierdzia (*e. ulcerosa infectiosa dipht.*). U mężczyzny 58-letniego znaleziono nawet przedziurawienie zastawek półksiężycowych aorty na tle miażdżycy obok zwyrodnienia włóknistego rozsianego mięśnia sercowego i rozszerzenia łuku aorty w części wstępującej, przyczem serce ważyło 507 gm.

δ) Zazwyczaj jedno ujście tętnicze lub żylnie było siedzibą zmian patologicznych; w 12 tylko przypadkach (9,2%), t. j. u 7 m., 4 k. i 1 dz. było kilka ujść zajętych. I tak u mężczyzny 21-letniego stwierdzono zmiany przewlekłe w ujściu tętniczym i żylnym lewym obok zwyrodnienia włóknistego mięśnia sercowego i zrostów pomiędzy blaszkami osierdziowymi. (*e. deformans aortica et mitralis, myocarditis diss. fibr., concretiones pericar-*

dii c. epicardio diff.). W przypadku tym aorta okazywała znacznego stopnia niedokształt (*hypoplasia aortae*), a serce znaczny przerost (*cor bovinum*); ważyło 971 gm. U chłopca 14-letniego i kobiety 40 letniej stwierdzono obok zmian przewlekłych w ujściu żylnem lewym i zmiany w ujściu żylnem prawem (*e. chronica bicuspid. et tricuspid.*); u mężczyzny 34-letniego zmiany przewlekłe w ujściu tętniczym i żylnem lewym obok świeżych zmian w ujściu żylnem prawem (*e. chronica mitralis et aortica, e. recens tricuspid.*) i w 6 przypadkach (3 m. 3 k.) t. j. u mężczyzny 35, 53, 58-letniego i u kobiety 21, 30, 31-letniej zmiany przewlekłe w ujściu tętniczym i żylnem lewym (*e. chron. mitralis et aortica*), przyczem u mężczyzny 35-letniego do zmian powyższych dołączyło się zwyrodnienie włókniste szczytów mięśni brodawkowych komórki lewej w znaczniejszym stopniu; w jednym przypadku u dziewczynki 9-letniej zauważono na stole sekcyjnym świeże podostre zmiany w ujściu tętniczym i żylnem lewym obok zwyrodnienia włóknistego szczytów mięśni brodawkowych komórki lewej (*e. subacuta recens mitralis et aortica, myocarditis papillaris sin.*), przyczem serce ważyło 181 gm. w jednym przypadku u chłopca 13-letniego zauważono rozległe świeże zmiany na wsierdzu zastawek aorty i dwudzielnej obok zapalenia worka sercowego i rozsianych ognisk zapalnych w płucach (*e. recens subacuta aortica et mitralis, pericarditis exsudativa*).

e) Zaburzenia śmiertelne w krążeniu wskutek zmian przewlekłych pośród samego mięśnia sercowego (*myocarditis fibrosa*) bez współdziału wsierdza zastawkowego wydarzyło się w 11 przypadkach (7 m., 4 k.), t. j. 7,5%, a mianowicie u mężczyzn w wieku 28, 50, 51, 57, 63, 64, 70 i u kobiet w wieku 52, 62, 69, 70. W 3 przypadkach t. j. u mężczyzny 50 i 51-letniego i kobiety 70-letniej napotkano tylko zwyrodnienie włókniste znacznego stopnia szczytów mięśni brodawkowych (*myocarditis papillaris sup.*), przez co w następstwie wytworzyła się niedomykalność zastawki dwudzielnej. We wszystkich przypadkach zwyrodnienia włóknistego mięśnia sercowego spostrzegano znaczniejszy stopień miażdżycy aorty (*atheroma aortae*), gdy w naczyniach wieńcowych w miernym stopniu; serce okazywało przerost w obu wymiarach zwłaszcza w zakresie komórki lewej, a waga serca wynosiła przeciętnie około 480 gm.

ζ) W 20 przypadkach (12 m., 8 k.), t. j. 13,5% można było stwierdzić przerost serca bez zmian zastawkowych, na osierdzu lub w mięśniu sercowym jako przyczynę zaburzeń śmiertelnych t. zw. *hypertrophia cordis e labore*, a mianowicie u mężczyzny w wieku 23, 24, 25, 31, 41, 43, 48, 49, 55, 58, 59, 61 i u kobiet w wieku 20, 22, 50 (2 razy), 51 (2 razy), 60 (2 razy) lat. W dwóch przypadkach t. j. u mężczyzny 23-letniego i kobiety 20-letniej mógł on być spowodowany przez bardzo znaczny stopień niedokształtu aorty (*hypoplasia aortae*), a w 5 przypadkach t. j. u mężczyzny 23, 24, 58-letniego i kobiety 22 i 50-letniej przez skrzywienie znacznego stopnia kręgosłupa i następne przemieszczenie serca (*kyphoscoliosis thoracica d.*); zresztą we wszystkich pozostałych przypadkach można było tylko stwierdzić znaczniejszy stopień zmian miażdżycowych w tętnicy głównej i tętnicach obwodowych; tudzież zmiany przewlekłe na wsierdzu ściennem komórki lewej w postaci dość rozległych, płaskich, mlecznych plam. Waga serca wynosiła od 640—740 gm.

γ) Zwyródnienie rozległe włókniste blaszek osierdziowych (*concretiones diff. epicardii c. pericardio*) jako jedyna przyczyna zaburzeń w krążeniu—bez współdziału zmian na wsierdzu lub w mięśniu sercowym—wydarzyło się w 7 przypadkach (3 m., 4 k.) t. j. 4,7% i dotyczyło osobników od 40—50 lat.

W 6 przypadkach (4 m., 5 k.), t. j. 61%, zauważono na stole sekcyjnym jako przyczynę zejścia śmiertelnego jedynie tylko zapalenie włóknikowe worka osierdziowego (*cor villosum*), przyczem u mężczyzny 49-letniego wystąpiło ono jako powikłanie gośćca stawowego (*rheumatismus articulorum acutus*).

κ) W jednym przypadku (0,7%) u mężczyzny 37-letniego wystąpiły rozległe zmiany przymiotowe mięśnia sercowego zwłaszcza komórki prawej, które za sobą pociągnęły zaburzenie śmiertelne w krążeniu.

λ) Zwyródnienie tłuszczowe i tłuszczakowe mięśnia sercowego (*degeneratio adiposa et lipomatosa musculi cordis*) stanowiło przyczynę śmierci w 2 przypadkach t. j. u mężczyzny 32-letniego i kobiety 69-letniej (1,5%).

μ) Nieprawidłowe przyściennie zrośnięcie się nitek ścięgnistych w zakresie komórki lewej i zwyródnienie włókniste szczytów mięśni brodawkowych wywołało w 3 (2,3%) przypadkach t. j. u mężczyzny 58 i 60-letniego i kobiety 40-letniej zaburzenie śmiertelne w krążeniu. W przypadkach tych wytworzyła się następcza niedomykalność zastawki dwudzielnej (*insuff. v. bicuspidalis*) bez zwężenia ujścia żylnego lewego.

ν) W 6 przypadkach (3 m., 3 k.), t. j. 4,08% przyczynę zejścia śmiertelnego stanowił tętniak aorty (*aneurysma*). W 2 przypadkach, t. j. u mężczyzny 70-letniego i kobiety 50-letniej stwierdzono właściwie tylko bardzo znacznego stopnia rozstrzeń całego łuku aorty (*ectasia insignis arcus aortae ex atheromatosis*), przyczem tętnica główna okazywała znaczny stopień zmian miażdżycowych; natomiast w 4 przypadkach t. j. u mężczyzny 41 i 62-letniego, tudzież u kobiety 52 i 56-letniej tętnica główna okazywała ograniczoną rozstrzeń workowatą. U mężczyzny 41-letniego tętniak wychodził z części łukowej aorty, od powierzchni dolnej i tylnej, dosięgał jądra kurzego i rozrastał się ku kręgosłupowi, powodując wyźłobienie kręgu III, IV, V piersiowego, uciskając krtań, tchawicę i główne pnie oskrzelowe. Śmierć nastąpiła z powodu przebicia tętniaka do krtań i krwotoku następczego. U kobiety 52-letniej tętniak znajdował się w części opuszkowej aorty, objętej workiem osierdziowym, a śmierć spowodowaną została przez pęknięcie jego do worka osierdziowego (*haemopericardium*). U mężczyzny 62-letniego i kobiety 56-letniej tętnica główna okazywała ograniczoną rozstrzeń workowatą w części zstępującej (*aneurysma partis desc. aortae*). U mężczyzny 62-letniego tętniak uciskał krtań, dolną część tchawicy i płuca w okolicy wrot, powodując zwężenie dróg oddechowych; u kobiety 56-letniej zaś część zstępująca aorty okazywała rozszerzenie workowate, tętniakowate, w okolicy dolnych kręgów piersiowych, przyczem zejście śmiertelne zostało spowodowane wskutek pęknięcia tętniaka i następczego krwotoku do tkanki śródpiersia i lewej jamy opłucny (*ruptura, haemorrhagia in cavum pleurae sin. ac mediastini*). W przypadku tym mięsień sercowy okazywał cechy zaniku brunatnego; zresztą zawsze można było zauważyć przerost serca w miernym stopniu.

W 55 przypadkach (37 m., k.), t. j. 37,3%, zauważono znaczny przerost całego serca t. j. *cor bovinum* i to w 8 przypadkach (6 m., 2 k.), t. j. 5,4% w przebiegu *endocarditis aortica chron.*; w 3 przypadkach (3 m.), t. j. 2,04% w przebiegu *endocarditis deformans aortica et mitralis*; w 3 przypadkach (3 m.), t. j. 2,04% w przebiegu *e. aortica chron. et mitralis, myocarditis fibrosa diss.*; w 2 przypadkach (2 m.), t. j. 1,3% w przebiegu *endocarditis mitral. et aortica chron., tricuspidal sbc.*; w jednym przypadku (1 k.), t. j. 0,7% w przebiegu: *myocarditis papillaris. sin., endocarditis verrucosa subacuta aortica et mitralis*; w 6 przypadkach (4 m., 2 k.), t. j. 4,08% w przebiegu *endocarditis mitralis*; w 5 przypadkach (2 m. 3 k.), t. j. 3,4% w przebiegu: *myocarditis chron. endocarditis mitralis chr.*; w 5 przypadkach (4 m., 1 k.), t. j. 3,4% w przebiegu *myocarditis dissem. fibrosa*; w 6 przypadkach (2 m., 4 k.), w przebiegu *concrectiones diff. pericardii cum epicardio*; w 16 przypadkach (11 m., 5 k.), t. j. 10,8% w przebiegu *processus atheromatous insignis aortae*. Serce ważyło od 425—971 gm., przeciętnie około 520 gm.

Znaczny przerost serca prawego (*hypertrophia cordis d.*) stwierdzono w 40 przypadkach (13 m., 27 k.), t. j. 27,8%, a mianowicie: w 27 przypadkach (6 m., 21 k.), t. j. 18,3% w przebiegu *e. chronica mitralis*; w 5-iu przypadkach (3 m., 2 k.), t. j. 3,4% w przebiegu *myocarditis papillaris sin.*; w 1 przypadku (1 k.) t. j. 0,7% w przebiegu *e. chronica mitralis et aortica subac.*; w 2 przypadkach (1 m., 1 k.), t. j. 1,3% w przebiegu *adhaesiones pleuriticae compactae*; w 5 przypadkach (3 m. 2 k.), t. j. 3,4% w przebiegu *kyphoscoliosis thoracica d.* Serce ważyło od 420—580 gm., przeciętnie 450 gm.

W jednym przypadku (1 k.), u kobiety 73-letniej okazującej zmiany przewlekłe na zastawce dwudzielnej i miażdżycowe znacznego stopnia na tętnicy głównej i wieńcowej przedniej stwierdzono przy oględzinach pośmiertnych ognisko rozmiękczenia pośród mięśnia sercowego (*myomalacia cordis*).

W 17 przypadkach (10 m., 7 k.), t. j. 11,5%, zauważono niedokształt aorty (*hypoplasia aortae*), który u kobiety 20 i 21-letniej dochodził znacznego stopnia, gdyż światło aorty w części zstępującej miało zaledwie $3\frac{1}{2}$ cm. w obwodzie, serce ważyło od 320—296 gm.; w 34 przypadkach (20 m. 14 k.), t. j. 23,1%, sprawę miażdżycową aorty i tętnic obwodowych, przy czem w 2 tylko przypadkach (1 m., 1 k.), t. j. 1,3%, tętnice wieńcowe serca okazywały znaczniejszego stopnia miażdżycę, a zresztą nieznacznie były nią dotknięte.

Przekrwienie bierne narządów wewnętrznych zauważyć można było w każdym przypadku; natomiast w 24 przypadkach (10 m., 14 k.), t. j. 16,3% można było stwierdzić i zanik narządów mięśnizowych wewnętrznych z zagęszczeniem łącznotkankowym (*induratio cyanotica*) i to w 15 przypadkach (5 m. 10 k.), t. j. 10,2%, w przebiegu zmian przewlekłych w ujściu żylnem lewem; w 4 przypadkach (3 m. 1 k.), t. j. 2,7%, w przebiegu zmian przewlekłych w ujściu żylnem i tętniczym lewem; w 3 przypadkach (1 m., 2 k.), w przebiegu zmian przewlekłych w ujściu tętniczym lewem; w jednym przypadku u mężczyzny 28-letniego w przebiegu zwyrodnienia włóknikowego mięśnia sercowego i zrostów osierdziowych (*myocarditis chron. disseminata; pericarditis adhaesiva diff.*); w jednym przypadku (1 k.) w przebiegu przerostu serca na tle niedokształtu aorty.

Znaczniejszego stopnia opuchlinę ogólną stwierdzono w 85 przypadkach (45 m., 40 k.), t. j. 58,6%.

Infarkty w płucach stwierdzono na stole sekcyjnym w 22 przypadkach (10 m., 12 k.) t. j. 15% i to: w 1 przypadku (1 m.) w przebiegu zmian przewlekłych w ujściu tętniczym lewym i rozsia- nego zwyrodnienia włóknistego mięśnia sercowego; w 1 przypadku (1 m.) w przebiegu zmian w ujściu żylnym lewym i prawym; w 2 przypadkach (1 m., 1 k.) w przebiegu zmian przewle- kłych w ujściu żylnym lewym i świeżych w ujściu tętniczym lewym; w 11 przypadkach (5 m., 6.), t. j. 7,5%, w przebiegu zmian prze- wlekłych w ujściu żylnym lewym; w 1 przypadku (1 k.) w przebiegu rozległych zrostów między blaszkami osierdziowemi; w jednym przypadku w przebiegu rozsia- nego zwyrodnienia włó- knistego mięśnia sercowego; w 1 jednym przypadku (1 m.) w przebiegu rozległej miażdżycy. Infarkty znajdowały się w płą- cie środkowym płuca prawego lub dolnych częściach płuc; w je- dnym tylko przypadku infarkt znajdował się w częściach szczyto- wych płuc.

Obok infarktów w płucach w 3 przypadkach (3 m.), t. j. 2,04%, w prze- biegu zmian w ujściu tętniczym lewym i żylnym lewym, a więc w obu ujściach serca lewego znajdowały się infarkty w śledzionie i obu nerkach. W śledzionie i nerkach wyłącznie zauważono infarkty w 1 przy- padku (1 k.); wyłącznie w nerkach w 12 przypadkach (4 m., 8 k.), t. j. 8,3%; wyłącznie w śledzionie w 3 przypadkach (1 m., 2 k.), t. j. 2,04%.

Powikłanie przy wadach sercowych stanowiło w 4 przypadkach (2 m., 2 k.), ograniczone zapalenie płuc włóknikowe (*pl. pneumonia croup.*); w 6 przypadkach (2 m., 4 k.), zapalenie płuc zrazikowe (*bronchopneumonia lob.*); w 2 przypadkach (1 m., 1 k.) gruźlica szczy- tów płuc.

W 12 przypadkach (6 m., 6 k.), t. j. 8,3% przy zmianach w ujściu żylnym lewym warunki krążenia były niepomrotnie utrudnione przez rozległe zrosty opłucnowe (*adhaes. pleur. bil.*).

W jednym przypadku u kobiety 58-letniej, dotkniętej zmianami przewle- kłemi na zastawce dwudzielnej zauważono w woreczku żółciowym kam- yki żółciowe (*cholelithiasis*).

Ważniejsze przypadki pokrótce przedstawiają się następująco:

1) K. l. 30. *Endocarditis ulcerosa aortica et mitralis. Insufficiencia valvul. semil. aortae et stenosis ostii arteriosi sin. Insufficiencia valv. bicuspidalis et steno- sis ostii venosi sin. Hypertrophia cordis* (650). *Hypoplasia praestans aortae. Tu- mor lienis acutus necnon infarctus recentes. Nephritis acuta. Degeneratio parenchy- matosa musculi cordis. Hydrops univ.*

Serce powiększone w obu wymiarach, zwłaszcza w podłużnym; mięsień komórek zgrubiał. W komórkach skąpa ilość skrzepów schyłkowych. Za- stawki półksiężycowe aorty tudzież zastawka dwudzielna zgrubiałe, zniekształ- cone. Na zastawkach widoczne naloty miękkie, różowawe, po zdjęciu któ- rych (zgrubiałe dawniej zastawki) powierzchnie zastawek okazują płytkie owrzodzenia. Szczyty mięśni brodawkowych jak i nitki ścięgna- łe włókniste. Ujście lewe tętnicze i żylnie w znacznym stopniu zwężone; za- stawki aorty jak i dwudzielna niedomykalne. Śledziona znacznie powiększo-

na (660,0;) pośród mięszu blado-różowego kruchego widoczne dwa świeże infarkty.

2) K. l. 30. *Exsudatum pericardiacum haemorrhagicum. Endocarditis ulcerosa aortica. Hypertrophia totius cordis* (750,0). *Hypoplasia aortae praestans. Tumor lienis acutus* (355,0). *Oedema inflammatorium renum. Hyperaemia totius tractus intestinalis. Pneumonia hypostatica d. Degeneratio parenchymatosa acuta musculi cordis, hepatis. Hydrops sub forma ascitis, anasarcae. Icterus levis.*

W worku sercowym około 300,0 cieczy krwawej, mętnej. Na blaskach osierdziowych od wewnątrz naloty kosmkowate wypociny włóknikowej, przyczem błony osierdziowe po usunięciu wypociny okazują bardzo liczne świeże wynaczynienia. Aorta bardzo wąska i cienka. Serce powiększone w obu wymiarach; mięsień zgrubiał. Zastawka lewa aorty strzępiasta, przedziurawiona, o powierzchni nierównej, owrzodzałej, pokryta wybujałościami miękkimi, nierównymi. Zresztą zastawki, nitki ścięgniste, szczyty mięśni brodawkowych zmian nie okazują. W mięśniu sercowym komórki lewej tuż obok zniszczonej lewej zastawki aorty widoczne drobne prosówkowe ropnie.

3) K. l. 33. *Endocarditis ulcerosa aortica et mitralis ss. perforatione valvularum. Insufficiencia valvularum semilunarium aortae et stenosis ostii arteriosi sin. Insuff. valv. bicuspidalis et stenosis ostii venosi sin. Hypoplasia aortae. Abscessus lienis. Dilatatatio totius cordis. Hyperaemia passiva hepatis, renum ac totius tractus intestinalis. Icterus levis. Oedema pedum.*

Serce powiększone w obu kierunkach. Mięsień komórki wiotki; ścięczały; w zakresie komórki lewej wynosi 0,9 cm., a prawej 0,3 cm. w wysokości przedsionkowo-komórkowej. W jamach sercowych mierna ilość skrępow wiotkich, schyłkowych. Zastawki półksiężycowe aorty stwardniałe, zgrubiałe, o strzępiastych powyżeranych brzegach, o powierzchni nierównej, owrzodzałej. Na zastawce lewej bocznej aorty tudzież na śródsierdziu ścieniem owrzodzenie na $\frac{1}{4}$ centa, przyczem zastawka aorty okazuje przedziurawienie na wylot. Na zastawce dwudzielnej prawej wrzód wielkości $\frac{1}{2}$ centa, przebijający zastawkę, przyczem zastawki po usunięciu nalotów są względnie cienkie.

4) K. l. 46. *Endocarditis ulcerosa mitralis perforans. Insufficiencia valv. bicuspid. et stenosis ostii venosi sin. Hypertrophia cordis d. Leptomeningitis convexitatis purulenta. Hyperaemia passiva universalis.*

5) M. l. 35. *Endocarditis ulcerosa aortica Perforatio duplex valv. aortae. Insufficiencia valv. semilunarium aortae ac stenosis ostii arteriosi sin. Cor bovinum. Hypoplasia praestans aortae. Compressio partium inferiorum pulmonum ex hydrothorace bilateralis. Infarctus veteres lienis necnon abscessus recentes ibidem. Nephritis haemorrhagica acuta. Hyperaemia passiva totius tractus intestinalis. Hydrothorax-ascites-anasarca.*

6) M. l. 73. *Processus atheromatosus aortae ac arteriarum perifericarum praecipue arteriae coronariae anterioris cordis. Endocarditis deformans mitralis. Myomalacia acuta m. cordis. Hypertrophia totius cordis. Oedema pulmonum subacutum. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus exacerbans cum subacuta hyperplasia gl. mes. M. s.*

Serce powiększone w obu rozmiarach, zwłaszcza w podłużnym. Mięsień komórek zgrubiał. Pośród mięśnia komórki lewej widoczne ogniska żółtawe, miękkawe, wielkości ziarn prosa i soczewicy, a pośród niektórych takich ognisk widoczne są wynaczynienia, przez co zabarwienie mięśnia sercowego

przybrało wejrzenie pstre. Na zastawce dwudzielnej chrząstkowate stwardnienia, przez co zastawki zgrubiałe, zeszywniałe. Nitki ścięgniste zastawki dwudzielnej zgrubiałe, skrócone, zastawka dwudzielna niedomyka się, a ujście lewe żyłne zwężone. Zresztą inne zastawki, nitki ścięgniste, szczyty mięśni brodawkowych zmian nie okazują. Tętnica wieńcowa przednia niejednostajnie zgrubiała, zeszywniała, zwapniała; światło jej zwężone i zaledwie miejscami drożne dla cienkiego zgłębnika. Na wewnętrznej powierzchni aorty owrzodzenia miażdżycowe wielkości $\frac{1}{2}$ talara.

7) M. l. 37. *Endo-et-myocarditis gummosa. Hypertrophia excentrica totius cordis praecipue d. Maculae lacteae pericardii necnon adhaesiones tenues circumscriptae pericardii cum epicardio. Adhaesiones pleuriticae diffusae bilaterales. Emphysema pulmonum. Infarctus pulmonis d. lobi medii. Cicatrices ac gummata hepatis ad lobum sinistrum. Induratio cyanotica hepatis, lienis ac renum. Hyperaemia passiva insignis totius tractus intestinalis Hyperaemia cerebri ac meningum. Hydropericardium, ascites, anasarca levis.*

Na stole sekcyjnym znajdują się włoki mężczyzny dobrze odżywianego. Długość ciała 165 cm. Na skórze całej twarzy, brzucha, klatki piersiowej, kończyn górnych i dolnych bardzo znaczna sinica, przez co skóra fioletowo zabarwiona. W tkance podskórnej na kończynach dolnych mierny obrzęk. Stężenia trupiego niema; budowa kośćca prawidłowa. Mięśnie dobrze rozwinięte.

Sklepienie czaszki symetryczne. Kości prawidłowej grubości, istota gąbczasta prawidłowa. Opona twarda trudniej schodzi, miernie przekrwiona. Zatoka sierpowata duża wypełniona obficie krwią płynną, ciemno-wiśniową. Półkule mózgowe symetrycznie wysklepione. Opona miękka silnie przekrwiona. Mózg silnie przekrwiony, zwłaszcza w częściach tylnych i dolnych. Odgraniczenie istoty korowej od rdzennej wyraźne. Spójność mózgu nieco ciastowata. Zwoje podstawowe jak i obwodowe zmian nie okazują. Komory boczne tudzież komora III i IV rozmiarów prawidłowych; zawierają mierną ilość cieczy jasnej, czystej. Wyściółka komór cienka, gładka, przekrwiona. Sploty żyłne torbielowato zwyrodniałe. Mózdżek, rdzeń przedłużony i rdzeń pacierzowy zmian nie okazują.

Tkanka śródpiersia wiotka. W jamach opłucnowych wiotkie taśmowate zrosty. Płuca w częściach przednich poduszkowato zaokrąglone; ściany pęcherzyków płucnych, miejscami pozanikane, są powietrzne, wiotkie z wyjątkiem płatu środkowego płuca prawego, w którym znajdują się bezpowietrzne, zbite, stożkowate ciemnowiśniowe ogniska, podstawą ku powierzchni zwrócone. Miąższ płuc zresztą na przekroju gładki, w częściach tylnych znacznie przekrwiony; przy ucisku zalewa się skąpą ilością cieczy pianistej, białoróżowej. Gruczoły oskrzelowe powiększone, zbite, na przekroju atramentowo-czarno zabarwione.

Serce powiększone w obu wymiarach, zwłaszcza w poprzecznym; waży 630 gm. Worek osierdziowy mieści około 40 gm. cieczy jasnej i czystej. Na osierdziu rozległe płaskie zgrubienie barwy mlecznej. Pomiedzy blaszkami osierdza wiotkie, skąpe, taśmowate zrosty. Komórka lewa powiększona, wypełniona krwią płynną, ciemno-czerwoną i skąpymi, wiotkimi, czerwonymi skrzepami. Mięsień w ujściu przedsionkowo-komórkowym okazuje 0,8 cm., a przy koniuszku serca 0,4 cm. grubości. Ujście żyłne i tętnicze zmian nie okazują. Nitki ścięgniste i szczyty mięśni brodawkowych prawidłowo się zachowują. Pośród mięśnia popod śródsierziem widnieją płaskie wypukło-

ści, wielkości orzechów tureckich, żółtawe, które w środku okazują ognisko serowate. Podobne dwa guzy sterczą ku wnętrzu komórki lewej od przegrody komórkowej w wysokości granicy przedsionkowo-komórkowej. Komórka prawa znacznie powiększona, zawiera znaczną ilość krwi płynnej, ciemno-czerwonej i wiotkie czerwone skrzepy. Grubość mięśnia taka sama jak w komórce lewej. Śródsierdzie w przedsionku i w górnej części komórki okazuje płaskie, żółtawe, rozległe zgrubienia. Nitki ścięgnowe zgrubiałe, skrócone. Pośród szczytów mięśni brodawkowych ogniska białawe, wielkości drobnego grochu, ostro odgraniczone od otoczenia. W mięśniu komórki na granicy przedsionkowo-komórkowej 3 guzy białawe wielkości orzechów tureckich, sięgające do osierdza, a wypuklające wsierdzie; są one w obwodzie białe, a w środku okazują żółtawe ogniska rozmiękczenia, ostro odgraniczone. Ujście żyłne prawie zwężone, a zastawka trójdzielna skrócona, zgrubiała. Ujście tętnicze prawie zmian nie okazuje. Tętnica główna wąska, o ścianach cienkich. Na błonie wewnętrznej tu i owdzie plamy żółtawe.

Wątroba powiększona; waży 3,000 gm. Torebka w części przeponowej okazuje zrosty. W płacie lewym i w częściach przybrzeżnych dolnych płatu prawego widoczne są 4 bliznowate, gwiazdkowate zaciągnięcia, białawe, drążące od powierzchni wgłąb mięszu, wielkości orzechów laskowych obok nielicznych ognisk żółtawych, dość miękkich, wielkości dużej soczewicy. Miąższ cały silnie przekrwiony w częściach środkowych zrazików, muszkatołowy, jędrny. Tkanka międzyzrazikowa znacznie i jednostajnie rozrosła. Woreczek żółciowy wolny, mierną ilością żółci wypełniony. Badanie drobnowidzowe stwierdza znaczniejszy rozrost tkanki łącznej okołozrazikowej, podścieliskowej, a w guzkach utkanie typowych miękczaków. Śledziona powiększona, waży 300 gm. Torebka miernie zgrubiała, miąższ twardy, jędrny, ciemno-wisniowo zabarwiony.

Obie nerki powiększone. Nerka lewa waży 190 gm., a prawa 178 gm. Torebka schodzi łatwo. Miąższ jędrny, zbity, przekrwiony zwłaszcza w piramidach. Budowa pasmowa jak i odgraniczenie od piramid wyraźne. Miedniczki nerkowe rozmiarów prawidłowych; błona śluzowa przekrwiona. Pęcherz rozmiarów prawidłowych; zawiera mierną ilość moczu mętnawego; błona śluzowa przekrwiona, drobnymi wynaczynieniami pokryta. Gruczoł krokowy i jądra prawidłowe. Nadnercza i trzustka zmian nie okazują.

Błona śluzowa żołądka silnie przekrwiona, rozpulchniona, gęstym śluzem pokryta, okazuje w okolicy dna żołądka liczne nadżarcia. W jamie żołądkowej mierna ilość treści pokarmowej. Błona śluzowa jelita cienkiego i grubego rozpulchniona, przekrwiona, gęstym śluzem pokryta, okazuje powiększone gruczoły PEYER'a i odosobnione. W jelitach mierna ilość kału obrzedniego. Gruczoły kreskowe powiększone, soczyste, malinowo zabarwione.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

144. Th. HRTZIG. **O pochodzeniu i znaczeniu nierówności źrenic u chorych dotkniętych rakiem przetyku.** Nierówność źrenic, występująca przy nowotworach w *mediastinum*, spotyka się często i tłumaczy się upośledzeniem czynności nerwu współczulnego wskutek ucisku tegoż. O podobnym zachowaniu się źrenic przy raku przetyku nie znalazł autor żadnej wzmianki w literaturze. Autor zauważył ten objaw

w 17% przypadków raka przetyku. Przytacza 6 spostrzeżeń, na zasadzie których przyczynę nierówności źrenic objaśnia w sposób następujący. Włókna nerwowe wychodzą z *centrum ciliospinale infer.* (BUDGE) razem z I-ym przednim korzeniem grzbietowym rdzenia i jako *ramus communicans* dosięgają nerwu współczulnego. To połączenie leży mniej więcej w odległości 20 cm. od siekaczy. Jeżeli więc na tej samej wysokości ma swe siedlisko rak przetyku, łatwo przychodzi do ucisku włókien nerwu współczulnego. Trudniej objaśnić nierówność źrenic, jeżeli nowotwór znajduje się niżej. Chyba należałoby przypuszczać, że nerw współczulny otrzymuje i niżej włókna, unerwiające źrenice.

Również nierozstrzygniętem pozostawia autor pytanie, jaki zachodzi stosunek między nierównością źrenic a porażeniem nerwu zwrotnego.

O wartości rozpoznawczej omawianego objawu autor nie śmie wyrokować wskutek zbyt małej ilości spostrzeżeń.

(*Deut. medic. Wochenschr. Nr. 36. 1897 r.*).

K. Z.

145. ABULADZE. **Przypadek długotrwałego pozostawiania płodu w macicy po rozerwaniu jaja płodowego.** 25-letnia, II-*grav.* pierwsze dziecko powiła *sponte*, żywe, na czasie. W połowie drugiej ciąży zauważyła nagłe powiększanie się i obwisłość brzucha. Na dwa tygodnie przed właściwym końcem ciąży, zjawiły się bóle i wody odeszły, poczem wystąpił silny krwotok i zjawiły się jeszcze 3—4 silne bóle porodowe, później zaś czynność porodowa ustała zupełnie. Nie było przytem ani omdlewania, ani zapaści, ruchy płodu ustały, lecz płód podług opowiadania ciężarnej uniósł się do góry i jedynie od czasu do czasu zjawiały się nieznaczne krwawienia. Dla przyspieszenia porodu małżonek jął się „wytrząsać“ ciężarnej, lecz daremnie. Zjawiły się dreszcze i wypływ z pochwy ropiasty i cuchnący. W końcu 3-go tygodnia odeszło łożysko, a w następnym tygodniu mąż chorej wyciągnął z pochwy wątrobę, кишки, płuca i serce dziecka zgnitego. W końcu 4-go tygodnia wytworzył się ropień, a z niego powstała przetoka ścienna około pępka. Z tej to przetoki wydobywała się obficie ropa, przez pochwę zaś wychodziły pojedyncze kości płodu. Po upływie dwóch miesięcy przywieziono chorą w stanie wyniszczenia, z objawami ropnicy do kijowskiej kliniki profesora REIN'a. Ciepłota 38,5° C. tętno 122. Waga 66½ funtów. Niedokrewność zastraszająca, trupia cera skóry. Z przetoki poniżej pępka wydziela się zielonawy cuchnący płyn. W brzuchu wyczuwa się guz bolesny, mający kształt płodu. Obwód brzucha na wysokości pępka 64 cm. Szyja macicy zgładzona, przepuszcza palec, który natrafia na ostry brzeg kości płodu. Dna macicy w miejscu właściwym wymacać nie można. *C. ext.* 15, *diag.* 10, *vera* 8,5 cm., *troch.* 27,5, *crist.* 24,5, *spin. ant. sup.* 20,5 cm. Miednica ogólnie ścieśniona. Ropoznano pęknięcie macicy częściowe (niedrażące do jamy brzusznej) podczas porodu przy prawdopodobnie poprzecznem położeniu płodu, zatrzymanie płodu częścią w jamie macicy częścią w nowowytworzonej próżni pozaotrzewnowej. Płód rozpadający się. Przetoka kałowa.

W sześć dni po przybyciu do kliniki po przecięciu ścian brzusznych usunięto płód. Ściany jamy, w której płód leżał, składały się z tkanki mięśniowej. Po wypłókaniu jamy wytamponowano ją gazą. Do jamy wlewa się z przetoki kiskowej żółć, a nawet znaleziono i askarydy. Po operacji gorączka nie ustała, upadek sił był większy.

W dyskusyi REDLICH przytacza spostrzeżenie *missed labour* FEHLING'a, gdzie zatrzymany w macicy płód wyropiał przez przetokę z macicy do pęcherza moczowego. REIN uważa wyżej opisane spostrzeżenie za jedyne w piśmiennictwie położniczym, lecz mylnie, czego dowodzi bogata kazuistyka zatrzymania obumarłego

płodu w macicy, zestawiona przezemnie dla VII kongresu niemieckiego towarzystwa ginekologicznego. (Patrz: F. NEUGEBAUER. „Die Fremdkörper des Uterus. Zusammenstellung von 550 Beobachtungen aus der Literatur u. Praxis“. Breslau. 1897 r.). (Wracz. Nr. 19. str. 559. 1897 r.). Fr. Neugebauer.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 21 września r. b.

TREŚĆ. 1) GABSZEWICZ.—Przedstawienie chorego z nogą końsko-szpotałą wrodzoną. 2) STANKIEWICZ.—Przedstawienie nerki wyciętej z powodu krwimoczu. 3) MARKUSFELD. — Odczyt: O leczeniu objawów t. zw. parasyfilitycznych.

1) Kol. GABSZEWICZ przedstawił chłopca dotkniętego wadą powyższą, na którym w lipcu r. b. dokonał operacji, polegającej na wyłuszczeniu kości skokowej, przecięciu więzów przednich i tylnych łączących kość skokową ze strzałką, więzu między kością strzałkową i piętową, wyrostka przedniego kości piętowej i kawałka kostki zewnętrznej, wreszcie ścięgna ACHILLESA. Założono szew zupełny i opatrunek tekturowy. Po 6-ciu tygodniach chory zaczął chodzić bez opatrunku przy prawidłowem ułożeniu stopy. Dla wyrównania skrócenia chory używa buta z wysoką podeszwą i obcasem. Odżywianie mięśni poprawia się.

2) Kol. STANKIEWICZ przedstawił nerkę lewą wyciętą z powodu krwimoczu, trwającego od lat pięciu u chorego 40-letniego. Jedynym objawem było pokazywanie się krwi bez żadnych innych dolegliwości przedmiotowych lub podmiotowych. Do wykrycia krwawienia użyto cystoskopu. Krwawiączka była wyłączona. Nerka jest powiększona, istota korowa ciemniej zabarwiona w górnej części nerki, a pod błoną śluzową miedniczki liczne wynaczynienia, stanowiące prawdopodobnie źródło krwi wydzielanej.

3) Kol. MARKUSFELD przedstawia w odczycie swym stan obecny patogenezy i leczenia objawów parasyfilitycznych. Są one nieprzymiotowe, ponieważ mogą się zjawić w ustroju od przymiotu wolnym, rtęć i jod działają na nie inaczej, niż na objawy przymiotowe prawdziwe (FOURNIER), choć ERB znacznie więcej zachwala leczenie swoiste, a MOEBIUS sądzi, że nieznaczna korzyść leczenia swoistego zależy od zwyrodnienia składników nerwowych. M. rozpatruje tylko wiado i bezwład postępujący, które uważa z FOURNIER'em za objawy jednego cierpienia — wiado-paraliżu (*tabes cerebro-spinalis*), ponieważ: 1) istnieją w obu cierpieniach objawy wspólne, 2) współistnieją u jednego osobnika objawy obu chorób, 3) etiologia i zmiany anatomiczne są jednakowe. Za dowód zależności wiado-paraliżu od przymiotu uważać należy: obecność ostatniego w wywiadach w przeszło 60% przypadków, gdy nawet w przymiocie późnym znajdujemy wszystkiego 54—56%, częstsze występowanie u mężczyzn niż u kobiet, jednakową częstość występowania przymiotu wrodzonego i wiado-bezwładu młodzieńczego u obu płci, wreszcie rzadsze występowanie tych chorób wśród żydów; 2) współistnienie objawów przymiotu późnego i wiado-bezwładu na trupach; 3) podobieństwo zmian anatomicznych przy wiadzie i bezwładzie; 4) wpływ leczenia swoistego na wiadobezwład, na powstrzymanie dalszego jego rozwoju i bardzo ciężkich powikłań. Co więcej, niema dawnych, któreby moment przyczynowy wiadobezwładu zniewalały uznać wyłącznie w usposobieniu nerwowem i umysłowem dziedzicznemi nabytem, nadużyciach i wysiłkach, urazie, zaziębieniach, cierpieniach moralnych, zakażeniach, alkoholizmie, otruciach i dnie. Przymiot jednak sam wiado-bezwładu nie wywoła, potrzeba do tego jeszcze jednego z wymienionych czynników.

Wskazania lecznicze wynikają z tego, co powiedziano; a więc w każdym przypadku wiaćdo-bezwładu należy stosować leczenie swoiste, chyba że istnieją przeciwskazania ze strony stanu ogólnego. Stosować je należy, ponieważ: 1) spostrzeganie codzienne poucza, iż w tych przypadkach istnieje skaza przymiotowa; 2) nie jest dowiedzione, by leczenie to szkodziło; 3) spostrzegano zatrzymanie się rozwoju cierpienia, a nawet ustąpienie objawów niektórych; 4) leczenie swoiste zabezpiecza od niektórych objawów i od ich rozwoju; 5) nie zawsze można ściśle rozpoznać różniczkowo wiaćdo-bezwład i przymiot mózgodzeniowy. Leczenie winno być mieszane z użyciem kąpieli, koców, odwaru ZITTMANN'a. Zwalczając również należy momenty uspasabiające zapomocą wskazówek dyetetyczno-higienicznych, hydro- i elektroterapii, azotanu srebra, sporyszu, arszeniku, strychniny, pilokarpiny, kąpieli mineralnych i morskich itd. Wreszcie przy bezładzie stosować należy metodę FRAENKEL'a.

W dyskusyi kol. CIĄGLIŃSKI przytacza jeszcze inne dowody KRAFFT-EBING'a na korzyść przymiotowego pochodzenia bezwładu postępującego: przed 60-iu laty z pomiędzy wszystkich chorych umysłowych dotkniętych bezwładem było 12%, 30 lat temu—18%, teraz wreszcie 23—30%, wzrasta też jego częstość u kobiet w stosunku do mężczyzn; dawniej wynosił on 1:8, teraz 1:4—2.5. Innym dowodem związku jest szczepienie nieudane dotkniętym bezwładem wydzieliny owrzodzeń przymiotowych, jak również okoliczność, że K. nigdy nie spostrzegał u takich chorych pierwotnego stwardnienia przymiotowego, pomimo niewątpliwie nieogłędnego wystawiania się na zakażenie. Przymiot jednak nie jest przyczyną jedyną; innym powodem jest ciężka walka o byt. Co do ERB'a, statystyka jego z 1000 przypadków wiaćdu złożona wykazuje w wywiadach przymiot w 90%, gdy we wszystkich innych chorobach nerwowych tylko 20%. Co do leczenia, to kol. C. wyróżnia przypadki trojaki. W jednych sprawach jest poprostu objawem trzeciorzędnym przymiotu i tu bez wątpienia należy stosować leczenie swoiste; w innych jednak sprawa gnieździ się w ustroju przez przymiot osłabionym, na wszelkie szkodliwości wrażliwym, tu więc leczenie powinno być wzmacniające, jeszcze w innych można podejrzewać zatrucie ustroju toksynami, lecz tu leczenie swoiste żadnej korzyści nie przyniesie, a usprawiedliwione jest tylko wtedy, gdy podejrzewamy, że sprawa przymiotowa nie wygasła, a przeciwnie jest źródłem szkodliwych toksyn.

Kol. RYCHLIŃSKI protestuje przeciw użytej przez kol. M. nazwie „wiaćdo-paraliżu“, bo choć się zdarzają w przebiegu bezwładu zmiany w rdzeniu, często ich jednak znaleźć nie można, a klinicznie obie postaci chorobowe przebiegają niezależnie. Co do etyologii bezwładu, to zapominać nie należy, że RIPPING i EICKHOLT znaleźli między swoimi chorymi tylko 12% przymiotowych, że według CAMUSET'a wśród arabów, ulegających nader często przymiotowi, bezwład przed rokiem 1884 nie był wcale spostrzegany, a od tego czasu wśród znacznej liczby chorych obłąkanych narachowano tylko trzy przypadki bezwładu postępującego, że według OEBEKE'go wreszcie, który na 100 chorych dotkniętych bezwładem znalazł w wywiadach przymiot u 53, ten ostatni tylko w trzech przypadkach bezpośrednio smutne zejście wywołał, gdy u innych chorych za przyczyny współrzędne należało uznać nadużycia płciowe i alkoholowe, ciągły niepokój i wzruszenia i t. d. Ponieważ u 47 chorych też same przyczyny wywołały chorobę bez przymiotu, wynika stąd, że przymiot stanowi tylko pewien plus przyczynowy, lecz nie samą przyczynę. Badając mózgi zmarłych na bezwład, kol. R. przekonał się, że zmian jednolitych, a charakterystycznych niema; to samo zdanie wypowiada świeżo SCHMIDT; gdyby przymiot, a raczej toksyna jego stanowiła przyczynę bezwładu, to zmiany winny być jednakowe. Tymczasem przy otępieniu starczem i innych cierpieniach mózgu, mniej więcej od

przypadku niezależnych, znajdujemy zmiany takie, jak przy bezwładzie. Co do przebiegu klinicznego, to tylko jedną postać otępieniową można na zasadzie *ex juvantibus* wiązać z przymiotem. Przerwy w przebiegu innych postaci od leczenia swoistego nie zależą, co więcej wywołuje ono w przypadkach bezwładu z podnieceniem przeważnie upośledzenie odżywiania, a przeto nasilenie sprawy. Jeśli leczenie swoiste wpływ pomyślny wywiera, to rodzić się może wątpliwość co do słuszności rozpoznania bezwładu tembardziej, że BISWANGER opisał pod nazwą *encephalitis subcorticalis* postać zależną od przymiotu, tak jak miażdżycowe zwyrodnienie mózgu. Obie postaci są podobne do bezwładu, ale bezwładem nie są. Przymiot, upośledzając odżywianie ogólne, wywiera wpływ pewien na powstanie bezwładu, czy jednak większy, niż czynniki inne, tego rozstrzygnąć obecnie nie można.

Kol. TRZCIŃSKI również protestuje przeciw nazwie „wiadło-bezwład“, nazwa ta bowiem oznacza dwie choroby klinicznie różne. Mówca nie wątpi w związek przymiotu, a wiadła i bezwładu w pewnej liczbie takich przypadków, gdzie żadnej innej przyczyny wykazać nie można. Charakterystyczną jest okoliczność, że na wiadła lub bezwład zapadają właśnie chorzy przymiotowi i niekiedy w tym okresie życia, w którym cierpienia te spotykają się stosunkowo rzadko. Skuteczność leczenia swoistego w tych chorobach jest złudzeniem, którego źródłem — zwolnienia, zdarzające się teraz częściej, odkąd jesteśmy w stanie rozpoznać *tuberculosis incipiens* Kol. T. nigdy nie widział poprawy w wiadzie od leczenia swoistego, natomiast widywał poprawę przy *dementia paralytica*.

Kol. STEINHAUS odróżnia zanik nerwów wzrokowych przymiotowy od zaniku wiadłowego. Zdaniem większości okulistów leczenie swoiste zaniku wiadłowego spowodować zwykle bardzo szybkie pogorszenie, należy więc w takich przypadkach zarówno jodu jak rtęci unikać.

Posiedzenie z dnia 28 września r. b.

TREŚĆ: 1) NEUGEBAUER — a) przedstawienie wianka macicznego wyrobu włociańskiego; b) przedstawienie preparatu torbieli jajnika, c) przedstawienie przypadku ciąży pozamacicznej. 2) KRAKÓW — przedstawienie preparatu macicy z włókniako-mięśniakiem. 3) GEPNER (syn) — przedstawienie chorego z osadem cholestearynowym na tęczówce. 4) Dalszy ciąg dyskusji z powodu odczytu MARKUSFELD'a p. t. „O leczeniu objawów t. zw. parasyfilitycznych“.

1) Kol. NEUGEBAUER przedstawił a) wianek maciczny z pewnymi osobliwościami. Zgłosiła się do kol. N. wieśniaczka, skarżąc się na nietrzymanie moczu. Jest to 34-letnia kobieta, przeżyła 9 porodów, z tych 4 pomyślne, a 5 następnych dziećmi martwymi, z przyczyny dotąd niewyjaśnionej. Przed 3-malaty po 8-ym porodzie chora wstała 8-go dnia i nazajutrz spostrzegła bezwiedne wyciekanie moczu przez przetokę pęcherzowo-pochwową; pomimo tego chora zaszła znów w ciążę (co należy do przypadków rzadkich, znika bowiem wtedy miesiączka) i przed 3-ma tygodniami urodziła dziecko nieżywe. Przed 2-ma tygodniami jakaś babka założyła chorej własnego wyrobu wianek okrągły, z drutu czy pręcika ukręcony i w kopocie owinięty. Kol. N. znalazł wianek już zupełnie inkrustowany solami wapniowymi, co zasługuje wobec krótkości przebywania na szczególną uwagę, usunął go natychmiast, spostrzegł odleżynę na tylnej ścianie pochwy, a przetokę zamierza zaszyć. Przypadek ten dał asumpt kol. N. do szeregu uwag o nędznym stanie pomocy położniczej po wsiach i potrzebie jej zreformowania przez założenie szkół akuszerek i mianowaniu po wsiach, a przynajmniej osadach, posad akuszerek rządowych.

b) Torbiel jajnika obumarła wskutek skręcenia szypuły podczas ciąży u chorej 30-letniej; chora rodziła cztery razy prawidłowo, w styczniu zaś r. b. dziecko 7-miesięczne; od 8-iu miesięcy zauważyła niepomierny wzrost brzucha, od trzech miesięcy zaszła znów w ciążę, a od miesiąca zjawily się silne bóle w brzuchu. Roz-

poznano ciążę 4-miesięczną i torbiel jajnika. Przy operacji znaleziono wielką torbiel wielokomorową jajnika prawego, zrosniętą ściśle na swym obwodzie z narządami sąsiednimi, lecz zrosty z łatwością odklejono z wyjątkiem zrostu z siecią, dzięki któremu dokonano resekcji częściowej sieci. Na torbieli spostrzeżono zgromadzoną początkową ścianę i zawartość koloidalną, krwawą, ze skrzepami. Szypułę, w której była część miąższu jajnika przewiązano w dwóch miejscach, przecięto i zanurzono do jamy brzusznej, macicę odprowadzono do przodopochylenia i ranę zaszyto. Nazajutrz —poród płodem zmacerowanym, przy umiarkowanym krwawieniu, pochwę wytamponowano lekko gazą jałową, czekając na wydalenie łożyska, gdy jednak samodzielnie to nie nastąpiło, wydobyto łożysko nazajutrz kleszczykami. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Jest to drugi przypadek owaryotomii *sub graviditate* w praktyce kol. N.; pierwszy zakończył się całkowicie pomyślnie. W przypadku powyższym obumarcie płodu nastąpiło niewątpliwie jeszcze przed operacją i ono właśnie wywołało skręcenie szypuły torbieli; stąd wniosek, że nie należy zabiegu chirurgicznego z powodu torbieli jajnika oskarżać o wywołanie poronienia.

c) Wreszcie kol. N. przedstawia martwy płód 8-miesięczny wydobyty przy pomocy cięcia brzusznej przy ciąży zewnątrzmacicznej. Dziecko zostało wydobyte żywe, zasługuje więc ten przypadek na szczególną uwagę, do wyjątków bowiem rzadkich należy, by w ciąży pozamacicznej dziecko znacznie wcześniej nie zmarło. U nas jestto, zdaje się, spostrzeżenie pierwsze. HARRIS ułożył statystykę z piśmiennictwa całego świata i znalazł tylko 75 przypadków cięcia brzusznej przy ciąży pozamacicznej płodem zdolnym do życia. Pierwsze cięcie wykonano w 1809 r.; z 25 pierwszych operowanych zmarło 22, z 25 drugich—9, z 25 trzecich—8 matek. Przypadek powyższy dotyczy 36-letniej kobiety, u której ciążę zewnątrzmaciczną rozpoznano trafnie już wcześniej. Według kol. N. dziecko liczyłoby w dniu posiedzenia 32 tygodnie, jeśli nie więcej. Chora skarżyła się już od trzech tygodni na silne bóle bez przerwy. *Venter propendens. diastasis musc. rectorum* tak znaczna, że płód w niej właściwie leżał; ruchy płodu bardzo żywe, tony serca jego wyraźne. Pomimo chęci odłożenia operacji w celu zwiększenia szans życia dziecka, należało do niej przystąpić wobec smutnego stanu matki. Próby kol. M. BRUNNERA zbadania chorej za pomocą radiografii (według ROENTGEN'a) pomyślnego wyniku nie wydały. Po przecięciu ściany brzusznej natychmiast wyjęto dziecko, a po nałożeniu dwóch kleszczyków PÉAN'a przecięto pępowinę. Zajął się nim kol. TYRCHOWSKI, a ponieważ nie znaleziono w Warszawie wylegacza, więc zastąpiono go kamionkami i t. p. W chwili przecięcia pępowiny wtoczyła się do jamy brzusznej środkowa część łożyska wskutek wylewu krwi pozałożyskowego. Ponieważ jednak łożysko zaczęło się odklejać *sponte*, więc wyjęto łożysko w całości, co się bez obfitego krwotoku nie odbyło. Dokonano tego przy pomocy obkłóć. *Insertio funiculi velamentosa* na tylnej krawędzi łożyska, złożonego z trzech zrazów, z których tylko środkowy osadzony był na *locus placentaris*, dolna zaś powierzchnia bocznych dotknięta była stłuszczeniem. Uciskiem zahamowano krwawienie z *locus placentaris*, do jamy założono worek MIKULICZA, a do niego trzy paski gazy wyjałowionej i wyprowadzono je przez niezaszytą dolną część rany brzusznej. *Uterus dextro-latero- et retroversus*. Przydatki prawe bez zmiany, lewych nie można było zbadać dokładnie; jajowód i jajnik pokryte wytworami zapalnymi, sięgającymi aż do *flexura sigmoidea*; krwawienie przeszkadzało zbadaniu. Według kol. N. ciąża pochodziła z lewej trąbki, czy jednak nastąpiło wczesne pęknięcie jej, czy też jajo zapłodnione wyskoczyło z ujścia trąbki, tego rozstrzygnąć nie można. Dziecko po 9-iu godzinach zmarło wskutek atelektazy płuc; być może, iż zastrzykiwania morfiny obficie czynione matce spowodowały osłabienie dziecka. Chora ma się dobrze.

2) Kol. KRAKÓW przedstawił macicę z włókniako-mięśniakiem wielkości dużej pięści, wyjętą przez pochwę u kobiety 41-letniej po uprzednim wyluszczeniu nowotworu, co dowodzi, że guzy macicy i jej przydatków nawet mimo znacznej objętości można pomyślnie operować przez pochwę.

3) Kol. GEPNER (syn) przedstawił chorego, u którego w lewym oku, ślepem od lat 16 wskutek urazu, obok zapalenia ciała rzęskowego zjawił się rodzaj błony połyskującej, pokrywającej tęczówkę. Kol. G. uważa to za osad cholestearyny.

4) W dalszym ciągu rozpraw z powodu odczytu MARKUSFELDA zabrał głos kol. GEPNER (syn). Ostrzega on przedewszystkiem przed wyciąganiem śmiałych wniosków z małej liczby danych statystycznych, szczególnie jeśli to tyczy przymiotu. Jeśli w 70% pewnej choroby znajdujemy w wywiadach przymiot, to nie jest to bez znaczenia, gdy 20 lub jeszcze mniej—oczywiście niema wartości, w pewnych wreszcie chorobach, jak np. przy włóknikowym zapaleniu płuc, gdy byśmy znaleźli nawet 40% przymiotu, to jeszcze trudno byłoby twierdzić coś o związku tych dwóch zakażeń, a już fantastyczne byłyby wnioski z zestawienia przypadków alkoholizmu i przymiotu. Niewielka ilość przytoczonych przez kol. M. przypadków pomyślnego wpływu leczenia swoistego na przebieg zaniku nerwu wzrokowego przy wiadzie sama przez się dowodzi, że to jest coś szczególnego, w przeciwnym bowiem razie nie pisanoby o tem, tak jak się nie pisze o leczeniu rtęciowem prawdziwych zaburzeń przymiotowych w oku. O ile leczenie takie może wyrzucić wyborny wpływ na przymiotowe zapalenie nerwu, o tyle na zanik wiązowy wpływa zawsze niepomyślnie.

Kol. PERKOWSKI uważa za parasyfilityczne objawy charakteryzujące wiał lub bezwład postępujący, a związane ze zmianami swoistymi w układzie mózgodzeniowym, jak również całość objawów tych chorób u osobników dotkniętych poprzednio przymiotem. Do najwcześniejszych objawów zmian przymiotowych mózgodzeniowych należą zmiany w układzie moczościowym, niedowład lub bezwład pęcherza z następstwami i niemoc płciowa. Chorzy, uważając się za wyleczonych z przymiotu, posadzają się o rzeżączkę przewlekłą części głębokiej cewki, na którą zresztą mogli dawniej wcale nie chorować. Kol. P. przytacza kilka takich przypadków ze swej praktyki. 1) Chory 48-letni z oznakami bezwładu i nieżyty pęcherza, skarży się na gnilny rozkład moczu i nietrzymanie go zwłaszcza w nocy; pomimo przypiętego zbiornika kąpię się niemal w moczu. Badanie wykazuje, że chory nie trzyma go wskutek przepełnienia pęcherza. Przymiot przed 20 laty. Od dłuższego czasu zamiast wytrysku nasienia występuje oddanie moczu. Niezdolność do pracy, senność, chód utrudniony, chwieanie się przy zamkniętych oczach, odruchy kolanowe osłabione, żrenicowe również. Nieżyt pęcherza ustąpił po leczeniu miejscowem, inne zaś objawy dopiero po 6-tygodniowem leczeniu swoistem mieszanem. Było ono pomimo charłaczego wyglądu chorego doskonale znoszone. Po kilkakrotnem powtórzeniu leczenia swoistego chory czuje się zupełnie zdrowym i nawet zaniedbuje niektóre przepisy ochronne. 2) Chory został przed 6-iu laty dotknięty bezwładem postępującym wrzekomym, a zgłosił się z powodu powikłań rzeżączki głębokiej przewlekłej. Przymiot przed kilkunastu laty. Obłądu wielkości nie było, natomiast wielka gadatliwość, drżenie języka i rąk wyciągniętych, odruchy kolanowe wzmożone; przy natężaniu uwagi i pamięci—uczucie mrowienia w prawej połowie ciała. Znaczna poprawa dwuletnia po energicznem leczeniu swoistem. Po pogorszeniu chory leczył się wodą, lecz wynik był zupełnie ujemny, za to po zastosowaniu leczenia swoistego nastąpiła poprawa. 3) Chory 32-letni zaraził się przymiotem, leczył się powierzchownie, a w kilka lat ożenił, poczem w parę miesięcy zgłosił się do kol. P. z powodu niemocy płciowej, braku chęci do pracy,

ociężałości, osłabienia w nogach. Badanie wykryło brak odruchów kolanowych, niejednakowe rozszerzenie źrenic i osłabienie widzenia w oku prawem z powodu rozpoczynającego się zapalenia nerwu wzrokowego. Leczenie swoiste spowodowało znaczną poprawę, gdy w 9 lat chory uległ nagle porażeniu połowicznemu, porażeniu języka i utracie mowy; po wzmagającym się ośpieniu nastąpiła śmierć. GOMBAULT i CHARCOT opisali przypadek podobny, gdzie po śmierci znaleziono blaszki rozsiane w mózgowiu i zmiany w pęczkach rdzeniowych. 4) Chory 26-letni, przymiot przed 8-iu laty. Chory bardziej był zaniepokojony brakiem dostatecznej erekcji i przedwczesnym wytryskiem nasienia, niż objawami wiądu w postaci bólów opasujących i strzelających w kończynach. Leczenie swoiste spowodowało znakomitą poprawę. 5) Chory 40-letni przebywał przed 20-stu laty przymi ot starannie leczony; później nadużycia *in Baccho et Venere*, wreszcie klasyczny wiąd z zaburzeniem wzroku. Leczenie swoiste nie zapobiegło utracie wzroku. Zaburzeń moczopłciowych nie było. Chory w kilka lat umarł.

Przytaczając te przypadki kol. P. ma na widoku zwrócenie uwagi na prodromalną cechę zaburzeń moczopłciowych w przebiegu wiądu i bezwładu; oprócz tego kładzie on wielki nacisk na energiczne leczenie wczesnych okresów przymiotu nim przeważą późniejsze zmiany następne, leczenie bowiem swoiste wczesne choć nie zawsze wyleczyć może, wpływa jednak zbawiennie, ograniczając objawy do pewnej tylko małej grupy i hamuje dalszy rozwój choroby. Niestety leczenie późne, skierowane przeciw wiądowi i bezwładowi postępującemu u osobników przymiotem dotkniętych korzyść nie zawsze przynosi.

Kol. MARKUSFELD w odpowiedzi kol. CIĄGLIŃSKIEMU zaznacza, że jest z nim w zupełnej zgodzie co do związku i bezwładu z przymiotem. Ten ostatni nie jest przyczyną jedyną, lecz tworzy *locum minoris resistentiae*, na który działają inne czynniki szkodliwe. Inny jest wszakże pogląd obu mówców na istotę i leczenie objawów parasyfilitycznych. Według C. mogą one być: 1) objawami właściwie przymiotu trzeciorzędnego, nie są więc objawami parasyfilitycznymi, a leczenie swoiste jest wskazane. Choć nie można, jak dotąd twierdzić stanowczo, że objawy parasyfilityczne są przymiotem późnym, to jednak dla M. nie ulega wątpliwości, że większość przypadków wiądo-bezwładu jest właśnie przymiotem późnym. 2) Według C. przymiot, osłabiając ustrój, przygotowuje podłoże dla innych czynników wywołujących objawy parasyfilityczne, leczenie więc swoiste, jako osłabiające już osłabiony ustrój, jest przeciwwskazane. M. zastrzega się, by tylko przymiot osłabiał ustrój w tym przypadku, co zaś do leczenia swoistego, to odmawia mu działania dysplastycznego. 3) Wreszcie według C., objawy parasyfilityczne mogą zależeć od zatrucia ustroju wytworami zarazków swoistych, w tym więc razie leczenie swoiste nie może według C. przynieść korzyści. M. sądzi, że nic nas nie upoważnia do twierdzenia, by ustrój wolny od zarazków żyjących zawierał jeszcze toksyny. Przeciwnie wynik szczepień KRAFFT-EBING'a przemawia raczej za istnieniem w ustroju dotkniętym zmianami parasyfilitycznymi zarazka żyjącego, a więc i toksyny; stąd wniosek, że nawet podług kol. CIĄGLIŃSKIEGO należałoby stosować leczenie swoiste.

Na przemówienie kol. RYCHLIŃSKIEGO odpowiada kol. M., że uznanie wiądo-bezwładu za jednostkę chorobową nie stanowi o tem, by w każdym przypadku bezwładu istniały objawy wiądu, a jednak zarówno dane anatomiczne jak kliniczne (zaburzenia wzrokowe, czuciowe i kordynacji) przekonywają nas, że u chorych na bezwład istnieją objawy wiądu i na odwrót. Stare statystyki nie mają tu znaczenia. Autorzy, którzy kilkakrotnie podawali statystykę tych chorób, coraz częściej wykrywali związek ich z przymiotem (ERB, BERNHARDT, BORGHERINI, GOWERS). Sam

CAMUSOT, na którego R. się powoływa, przytacza jako *curiosum* starą statystykę DUBUISSON'a, który znalazł przymiot zaledwie w 3,3% przypadków. Gdy procent dotkniętych przymiotem wogóle wynosi 15—20%, znaczyłoby to, że przymiot za-bezpiecza od władu i bezwładu. Przykład arabów i negrów niema znaczenia, po nieważ o statystyce u nich niema mowy, a zresztą M. bynajmniej nie twierdzi, by przymiot był jedyną przyczyną wladobezwładu. Przytoczona liczba OEBEKE'go, któ-ry w 3% znalazł przymiot jako jedyną przyczynę cierpienia, jest raczej za duża niż za mała, ponieważ przymiot nie jest nigdy jedyną przyczyną wladobezwładu. Tenże OEBEKE przymiot z innymi czynnikami uważa za przyczynę w 53%. M. nie uznaje twierdzenia RYCHLIŃSKIEGO, że gdyby przymiot był wyłączną przyczyną bezwładu, to i zmiany anatomo-patologiczne we wszystkich przypadkach byłyby jednakowe, za słuszne, choćby z tego względu, że np. gruźlica skóry przebiega i klinicznie i anatomicznie nie jednakowo. Ważne jest, że R. przyznaje, iż leczenie swoiste pomaga w postaci otepieniowej bezwładu postępującego, ponieważ postać ta zda-rza się obecnie najczęściej. Upadku odżywiania przy stosowaniu leczenia swo-istego w postaci maniakalnej nie należy przypisywać rtęci, gdyż jest on częścią obrazu chorobowego w tej postaci. Bezwład postępujący wrzekomy BISWANGER'a różni się znacznie od prawdziwego wiekiem, w którym się pojawia, brakiem zabu-rzeń w żrenicach i mowie i zmianami miażdżycowymi w naczyniach. By alkohol lub inny jaki czynnik miał taki wpływ na powstawanie wladobezwładu jak przy-miot, trudno się zgodzić, bo żaden się tak często nie spotyka.

Co do twierdzeń kol. TRZCIŃSKIEGO sądzi M., że trudno się zgodzić na jedna-kową częstość przymiotu u kobiet i mężczyzn wobec codziennego doświadczenia, że mężczyźni znacznie częściej nawet w najniższych sferach bywają nim dotknię-ci niż kobiety; co do częstszych zwolnień w przebiegu władu, to według M. wystę-pują one tylko dzięki wcześniejszemu i energiczniejszemu stosowaniu leczenia swoistego.

Przytacza dalej kol. M. wbrew kol. STEINHAUSOWI zdania GAŁĘZOWSKIEGO, MICHEL'a i SCHMIDT-RIMPFER'a, którzy zalecają rtęć przy zajęciu nerwu wzrokowe-go, a zarazem zapytanie, dlaczegoby leczenie swoiste miało przy jednoczesnem istnieniu objawów przymiotowych szkodzić na zanik nerwów wrzekomo wia-dowy. Kol. GEPNEROWI odpowiada M., że przytoczone przezeń dane opierają się nie na setce, a na wielu setkach przypadków, gdzie w przeszło 60% znaleziono w wy-wiadach przymiot. Gdyby przy zapaleniu płuc znaleziono rzeczywiście w 40%, przymiot, to według M. dowodziłoby to niewątpliwie wpływu uspasabiającego. Dla rozstrzygnięcia sprawy należałoby ogłosić wyniki porównawcze leczenia zani-ku nerwów wzrokowych wladowego raz środkami swoistymi, to znów sposobami innymi.

Kol. CIĄGLIŃSKI zastrzegł się już raz co do pojmowania terminu parasyfilitycznego. Jeżeli cierpienie rozwija się u chorego przez przymiot wyniszczonego, to nie ulega ono leczeniu swoistemu. Zmiany parasyfilitycznego zależą od zatru-cia ustroju toksynami przymiotowymi. Jeśli kol. M. powołuje się na doświadcze-nia KRAFFT-EBING'a ze szczepieniem przymiotu dotkniętym bezwładem, to prze-ciwstawić im należy szczepienie krowianki, które wywołuje stan „paraospowy“, a przecież ustrój nie jest w danej chwili chory na ospę, tak jak uodparnia się, przebywszy tyfus, nie będąc później nań wcale chorym. Można stosować rtęć przy władzie, gdy sądzimy, że sprawa nie wygasła jeszcze.

Kol. STEINHAUS podnosi niezrozumienie go przez kol. M.; istnieją zaniki przy-miotowe i parasyfilityczne; o ile przy pierwszych rtęć pomaga, o tyle przy drugich szkodzi.

Kol. RYCHLIŃSKI jeszcze raz zaznacza, że nazwa „wiądobezwład“ nie wytrzymuje krytyki. Bezwład jest cierpieniem ciężkiem i przewlekłym, więc nic dziwnego, że mikroskop wykrywa zmiany w rdzeniu. Widujemy jednak przypadki bezwładu, gdzie klinicznie żadnych zmian wiałdowych niema. Próbowano przypadki, gdzie wiałd poprzedza bezwład, wydzielić w grupę bezwładu postępującego, zaniechano tego jednak wobec braku zasadniczych zmian w przebiegu. Próby rozpoznawania mikroskopowego doprowadziłyby do gmatwaniny, boć w przytoczonej przez M. gruźlicy skóry występują np. zaburzenia w nerwach obwodowych.

Przymiot bez wątpienia może wpływać na powstawanie bezwładu, lecz R. nie zgadza się, by tu wpływ był takim, jakim go chcą mieć różni autorowie. Przymiot naczyń mózgowia może wywoływać zaburzenia klinicznie do bezwładu zbliżone, mogą one ustępować pod wpływem rtęci i jodu, lecz bezwładem nie są. Przypadki ciężkie z szeregiem objawów nerwowych, naprowadzające na myśl o bezwładzie, są właściwie przymiotem mózgu, a niektóre z nich przynajmniej nazwać należy *encephalitis subcorticalis* lub miażdżycowym zwyrodnieniem mózgu według BISWANGER'a.

Możnaby się zapatrywać na bezwład jako na skutek zatrucia toksynami swoistymi. Na to zauważyć należy, że są chorzy, którzy na przymiot nie chorowali, a więc i inne przyczyny mogą wywołać bezwład, przemawia zresztą zatem i przebieg kliniczny i charakter zmian anatomicznych, wykrywanych przy innych cierpieniach nerwowych żadnego związku z przymiotem nie mających. Zresztą wobec zupełnej nieznajomości wpływu toksyny przymiotowej na układ nerwowy, nie wypada rozstrzygać teraz sprawy tak ważnej i nazywać bezwład cierpieniem parasylitycznem. Praca OEBEKE'go ma tę wielką zaletę, iż wykazuje: że bezwład może powstać wskutek wielu innych przyczyn poza przymiotem. Jak one działają na układ nerwowy, czy przymiot sam może wywołać bezwład w 3%, czy mniejszej ilości przypadków, jest rzeczą badań przyszłych i teraz żadną miarą rozstrzygnąć tego nie można. MOEBIUS'owi przeciwstawić można LAFAYE'a, który bezwładu bez usposobienia dziedzicznego nie spostrzegał, i WILSON'a, który mówi: „rodzą się paralitycy“. Jeśli słuszny jest pogląd M., że bezwład upośledza odżywianie, to niesłuszny, że leczenie rtęciowe tego nie czyni. Jeśli chory nieleczony traci po pewnym przeciągu czasu np. 2 k., a chory leczony znajdujący się w tych samych warunkach i po tymże przeciągu czasu—6 k., to jest to dostateczny dowód upośledzenia odżywiania z powodu rtęci.

Kol. STRÓŻEWSKI sądzi, iż kol. M. myli się, że nowsze statystyki coraz bardziej dowodzą związku przymiotu z wiałdem, dowodem statystyka LEYDEN'a i jego szkoły, jak również szkoły CHARCOT'a, która przymiot uważa w tym przypadku za „cause banale“. Jeśli po leczeniu swoistem następuje poprawa, jest ona, zdaniem S., wynikiem istnienia w ustroju resztek sprawy przymiotowej.

Kol. MARKUSFELD w odpowiedzi zaznacza, że mówił nie o nowszych statystykach, lecz o kilkakrotnych statystykach tych samych autorów. Np. STORBECK wykazał w materyale LEYDEN'a 40% przymiotu, a jeśli ERB uważa przypadki z szankrem miękkim za przymiot (?), to dlatego, że objawy wtórne mogą być zapomniane lub przeoczone przez chorego. Kol. CIĄGLIŃSKIEMU odpowiada, że nic nie wiemy o toksynach lub antytoksynach przymiotowych, nie możemy więc twierdzić, że przymiot nie przyjmuje się dzięki obecności antytoksyn, czy też obecności laseczników, a kol. RYCHLIŃSKIEMU — że odruchy przy bezwładzie są zwiększone tylko w pierwszym okresie, później zaś znikają, wbrew zaś WILSON'owi wszyscy autorzy odmawiają znaczenia dziedziczności w etyologii bezwładu.

Kol. CIĄGLIŃSKI twierdzi, że choć nie znamy natury, ani zarazka przymiotu, niemniej możemy o nich mówić dzięki licznym analogiom. Przymiot istnieje

dzięki zarazkowi, jego następstwa—dzięki toksynom. Toksyna nie zabija zarazku w ustroju, lecz przeszkadza powtórnemu jego wtargnięciu.

Kol. RYCHLIŃSKI zaprzecza, by na zasadzie takiego objawu, jak brak odruchu kolanowego można było dwie tak różne choroby obejmować jedną nazwą.

Prof. BRODOWSKI zaznacza w końcu rozpraw niewłaściwe przez mówców pojmowanie spraw zakaźnych. Zarazki mogą działać swoją obecnością i toksynami. Ta pierwsza jest małego znaczenia, streszcza się bowiem do zatkania kanalików sokowych lub naczyń włosowatych zwykle na niewielkiej przestrzeni. Natomiast toksyny stanowią prawie wyłącznie o chorobotwórczości zarazków i nawet trupy zarazków działają o tyle, o ile zostaną z nich wylugowane związki trujące. Toksyny jednak o tyle tylko krążyć mogą, dopóki istnieją w ustroju pasorzyty, jeśli zaś te ostatnie giną, a ustrój nie umiera, to jedynie dzięki temu, że się pozbył toksyn, tak jak się pozbywa wytworów szkodliwych własnej przemiany materii. Uodpornienie ustroju następuje nie dzięki obecności w nim toksyn, lecz dzięki pewnej przemianie w działalności składników anatomicznych, wskutek której zjawiają się związki szkodliwe dla owych pasorzytów. Nie inaczej odbywa się działanie surowic leczniczych. Uodpornienie trwa tylko przez pewien przeciąg czasu, ponieważ pierwiastki anatomiczne wracają do dawnego sposobu przemiany materii. Tem się tłumaczy ograniczony wpływ na nasz ustrój krowianki lub surowicy przeciwbłoniczej. Jak jednak potężną, a jednak dotąd zagadkową rolę grają w sprawie odporności i przemiany materii czynniki pozornie nieznaczne, dość wspomnieć o znaczeniu pozbawiania ustroju czynności np. gruczołu tarczowego lub nadnerczy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= ARULLANI stosował w czterdziestu przypadkach nerwobólu nerwu kulszowego przyciskanie nerwu podług metody NEGRO'a. Początkowo autor wywierał ucisk na nerw palcem, następnie zaś zapomocą odpowiedniego przyrządu; posiedzenia trwały 15 do 20 minut. W 32 przypadkach nastąpiło wyleczenie, w dwóch poprawa, sześć pozostało bez zmiany. (Gaz. med. di Torino 13. 97).

= HAHN zaleca po oddzieleniu łożyska lub też wyjęciu jaja przy poronieniu wytamponowanie macicy i pochwy gazą, zmoczoną w 1% roztworze lizolu, i wyjęcie tamponów po 48 godzinach. Gaza taka działa pewniej niż jodoformowa pod względem antyseptycznym i nie powoduje nigdy zatrucia. (Dtsch. med. Woch. Nr. 29. 97).

= FELLNER na podstawie licznych doświadczeń twierdzi, że *hydrastis canad.* wbrew zdaniu SCHATZ'a powoduje skurcze macicy. Skurcze te powstają dzięki działaniu na mięśnie i naczynia, przytem okresowo podobnie jak przy porodzie, ergotyna zaś wywołuje skurcze o charakterze teżcowym. (Wien. med. Presse Nr. 15 i 16).

= BECKERT stosował mocznik w marskości wątroby, wadach serca, zapaleniu

otrzewny i chorobach nerek i dochodzi do wniosku, że środek ten działa moczopędnie jedynie przy zdrowych nerkach; przy długotrwałem stosowaniu następuje przyzwyczajenie doń ustroju i mocznik działa mniej skutecznie. Najlepsze wyniki otrzymał autor w marskości wątroby. (Wien. med. Presse II. VII. 97).

= SPRENGEL używa do posypywania ran zakażonych mieszaniny jodoformu z kalomelem w równych częściach. Wytworzący się pod wpływem światła i tkanek ustroju jodnik rtęci nie działa bynajmniej przyżegająco, co S. przypisuje temu, że działa on *in statu nascendi*. (Ctrbl. f. Chir. 6. II. 97).

= W celu wywołania hyperleukocytozy w celu zwiększenia bakteryobójczych własności krwi stosuje MOUREK nukleinę wewnętrzną lub w podskórnych zastrzykiwaniach w postaci następującej: 1) *nucleini e liene* 0,5 *solve triturrando in aq. dest. q. s., adde ac. phenici* 0,5, *aq. dest. q. s. ad cent. cub.* 100, *filtra* DS. początkowo pół cm., później 1 cm. dziennie do zastrzykiwań; 2) *nucleini e liene* 5,0 *sach. albi* 10,0, *mucil. g. a. q. s. ad pastill.* Nr. XX DS. 5—10 pastylek dziennie. Jor zaleca stosowanie nukleiny w gorącz-

ce poługowej. (Therap. Woch. Nr. 22. 1897).

= GAFF objaśnia w sposób następujący zależność bezpłodności od ogólnego otłuszczenia: z jednej strony tłuszcz, okrążając jajniki i ściskając jajowody utrudnia wyjście jaja z jajnika i przejście do macicy, z drugiej zaś strony wskutek spowodowanego otłuszczeniem przodogięcia macicy oraz utrudnienia ruchów więzadeł szerokich podczas spółkowania nasienie trudniej wchodzi do macicy. (Am. Journ. of Obstetr. III. 97).

= BRAMESFELD stosował lignosulfit w postaci wzięwań w gruźlicy krtani i płuc i otrzymał wyniki względnie dobre: płwocina stała się bardziej płynną i surowiczą, oddechanie było swobodniejsze, łaknienie się zwiększyło. Autor uważa

środek ten za cenny i pomocniczy w leczeniu suchot, szczególnie zaś gruźlicy krtani, gdyż zmniejszając mechaniczne podrażnienie krtani wskutek kaszlu przygotowuje ją do miejscowego leczenia. (Dtsch. med. Woch. 1. IV. 97).

= J. FAURA wychodząc z poglądu, że płonica jest powodowana przez paciorkowce, zaczął stosować zastrzykiwania essencji terpentynowej. 120 chorych leczonych w ten sposób (zastrzykiwania lub *per os*) wyzdrowiało, w żadnym zaś przypadku nie wystąpił białkomoc. Dawka 1,0 dla dzieci małych, 3,0 (!) dla starszych nie wywołuje żadnych ubocznych szkodliwych działań. Podaje autor obecnie ten środek w postaci pigułek (*perles*) lub też roztworu z dodaniem alkalii. (Gaz. des hop. 4. IX. 97).

Komitet zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia d-ra MIANOWSKIEGO podaje do wiadomości: że w dniu 2 Października r. b. w wykonaniu woli b. p. Jakóba NATANSONA, niegdyś profesora b. Szkoły Głównej, który testamentem przez Rząd zatwierdzonym przekazał Komitetowi Kasy fundusz wieczysty w tym celu, aby z procentów od niego udzielane były co lat cztery dwie nagrody za dwie największej wartości prace naukowe w ciągu ostatnich lat czterech przez mieszkańców Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonych, dokonane i w języku polskim drukiem ogłoszone: jedna za najlepszą pracę w zakresie nauk ścisłych, a druga za taką pracę w zakresie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych i historycznych lub tym podobnych, — przyznał pierwszą z tych nagród panu Edmudowi BIERNACKIEMU za pracę: „Badania nad składem chemicznym krwi w stanach chorobowych, a w szczególności w stanach anemicznych“ (Gazeta Lekarska 1893), „O stosunku osocza do ciałek czerwonych we krwi krążącej i o wartości różnych metod oznaczania ogólnej objętości krążków“, (Pam. Tow. Lek. Warszawa 1894), „Przyczynki do pneumatologii krwi ludzkiej w stanach chorobowych“. (Pam. Tow. Lek. Warszawa 1899); — drugą zaś panu Henrykowi STRUVEMU za dzieło: „Wstęp krytyczny do filozofii, czyli rozbiór zasadniczych pojęć o filozofii“. (Warszawa, 1896).

Sprostowanie. Na str. 840 zdanie „lub mleścić się w innych częściach zatoki“ winno być opuszczone; na tejsze stronicy w wierszu ostatnim zamiast MANBRAC winno być MAUBRAC; na str. 841 wiersz 4 od góry zamiast BRIEGER winno być BRIYER; na tejsze stronicy wiersz 23 wyrazy „dla operacji lub“ winny być opuszczone; w wierszu 28 opuszczono „otwierają jamę czaszkową“; w wierszu 5 od dołu opuszczono (10); na str. 842 w wierszu 4 od góry brak zdania „tylko opatrunek należy częściej zmieniać“; na str. 843 w wierszu 7 od dołu po zdaniu „pomimo krótkotrwałej tylko gorączki“ winno być opuszczone; na str. 863 w wierszu 3 od góry zamiast „nie jest aseptyczne“ winno być „nieczyste“; na str. 884 wiersz 11 od dołu brak zdania „kończą się najczęściej pomyślnie, zaś ropnice zakrzepowe“; na str. 885 w wierszu 19 od dołu, po wyrazie „mniejsze“ brak „?“, na str. 886 pierwszy wiersz od góry zamiast „SCHWARTZ“ winno być „SCHWARTZE“. Str. 931, 3 wiersz od góry zamiast MARCKONSEA czytaj MOREHOUSE'a; str. 931, 5 i 25 wiersz od góry zamiast HUUDFIELDA czytaj HAUDFIELDA; str. 931, 14 wiersz od góry zamiast FLEISEMANN czytaj FLEISCHMANN; str. 931, 29 wiersz od góry zamiast DUPUYLE'go czytaj DUPUY'ego; str. 933, 15 i 25 wiersz od góry zamiast MITZELNADEL czytaj NITZELNADEL; str. 933, 15 wiersz od góry zamiast ALLIVIERA czytaj OLLIVIERA; str. 934, 15 wiersz od góry zamiast LOVENFELD czytaj LOEVENFELD.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводжено Цензурою. Варшава, 2 Октября 1897 г. Друк К. Ковалевського, Warszawa, Mazowiecka 8'