

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, 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: Złota Nr. 14.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. Prace oryginalne. Atrichia universalis acquisita. Podał d-r B. Korybut-Daszkiewicz — Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacjach. Podał Fr. Neugebauer. — Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Posiedzenie z dnia 25 kwietnia i 2 maja r. b. — Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego. Posiedzenie z dnia 18 i 26 maja r. b. — Ze zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie od dnia 5 do 8 kwietnia r. b. — Bibliografia i krytyka. M. Rejchman. O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowem i leczeniu. — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„MEDYCYNĄ“

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r B. Korybut-Daszkiewicz — Atrichia universalis acquisita. 2) D-r Fr. Neugebauer — 100 cas de corps étrangers laissés accidentellement dans la cavité abdominale pendant l'opération.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — R-1e Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r B. Korybut-Daszkiewicz — Atrichia universalis acquisita. 2) D-r Fr. Neugebauer — 100 Fälle unbeabsichtigter Hinterlassung in der Bauchhöhle von Gegenständen, die bei der Operation gebraucht werden.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

Atrichia universalis acquisita.

Podał

D-r BOHDAN KORYBUT-DASZKIEWICZ.

Rzecz, czytana na posiedzeniu klinicznem Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 25 Kwietnia 1899 r.

12. IX. 1896 roku zgłosił się do mnie mieszkaniec wsi Szaniawy, powiatu Łukowskiego, lat 49 mający, który podał mi następujące dane anamnestyczne: będąc dziesięcioletniem dzieckiem dostał on jakoby pewnej choroby gorączkowej, trwającej około 3 miesięcy, połączonej z utratą przytomności i bólem głowy, o ile go pamięć nie zawodzi; przytem miał kilka wrzodów na głowie.

Jako następstwo przebytej choroby uważa stopniową utratę włosów na głowie, która jednakże do zupełnego wyłysienia doprowadziła go aż w dwudziestym drugim roku życia; a więc cała ta sprawa trwała 12 lat. Przytem miejscowych zmian na skórze głowy, o ile chory pamięta, nie było.

W ośmnastym roku życia zaczęły mu rosnąć broda i wąsy i były podobno bardzo obfite.

Do 44 roku życia los pozwolił mu cieszyć się ową ozdobą twarzy, gdy nagle bez widocznych przyczyn w roku wyżej wskazanym w przeciągu nie-

spełna dwóch tygodni zaczęły mu włosy wychodzić tak, że je garściami niemal wyjmować mógł; w tym samym mniej więcej czasie nastąpiła utrata włosów pod pachami i na wzgórku łonowym, które wyrosły w zwykłym i właściwym wieku. Dalej z wywiadów dowiedziałem się, że w okresie obfitszej utraty włosów czuł się on najzupełniej zdrowym, że sposobu ich wypadania, t. j. formy, w jakiej ono następowało (*area?*), chory nie pamięta, wie tylko dobrze, że w tym okresie żadnych poważniejszych zmian na skórze nie było.

Mając lat 20, ożenił się, cieszył się zupełną sprawnością płciową i w ogólności prócz wyżej wspomnianej choroby, w dzieciństwie przebytej, nigdy na nic poważniejszego nie zapadał.

Chory mój ma sześcioro dzieci, z których pięcioro odznacza się zupełnem zdrowiem; jedna tylko córka (najstarsza), mając lat 12, bez widocznych powodów zaczęła tracić włosy na głowie bez zmian na skórze i określonej formy sprawy (*area?*), co ją wkrótce doprowadziło do zupełnego wyłysienia, w innych zaś, zwykłych siedliskach włosów na ciele — utrata owa nastąpiła również w krótkim czasie po ich pojawieniu się; obecnie jest ona matką zdrowych dwojga dzieci i sama wogóle czuje się w zupełności zdrową. W okresie zachorowania córki nasz chory był już łysym, ale inne włosy na ciele miał w porządku należytym.

Badając chorego, znalazłem: przy dobrym układzie kostnym i mięśniowym i wcale niezłem odżywianiu, absolutny brak uwłosienia na całym ciele, prócz dwóch, czy trzech bardzo drobnutkich i miękkich włosków na prawem uchu.

Skóra co do elastyczności niczem się nie różni od prawidłowej; na głowie jest sucha i żadnych blizn nie posiada; czucie skórne zachowane, jak również odruchy skórne i ścięgniste.

Żrenice zwykłej wielkości, równe i prawidłowo oddziaływające na światło.

W narządach wewnętrznych żadnych widocznych zmian nie ma. Mocz białka i cukru, jak również nadmiaru kwasu moczowego nie zawiera.

Rozwój umysłowy w zupełności odpowiadający stopniowi wykształcenia i społecznego stanowiska. Pamięć zachowana dobrze.

Widoczne jest tylko pewne przygnębienie moralne z powodu bezskuteczności mnóstwa zalecanych mu środków.

Przeglądając dość obfitą, zresztą, odnośną literaturę, co we właściwym miejscu postaram się poprzeć odpowiednimi wyjątkami, przyszedłem do przekonania, że aczkolwiek do białych kruków przypadki, podobne do opisanego, nie należą, są jednak one względnie bardzo rzadkie.

Terminologia cierpienia nie posiada trwałych podstaw, bo gdy jedni rozumieją zgodnie z Celsus'em (Lib. VI. Cap. IV) pod mianem „*alopecia*“ wyłysienie głowy i brody (zapewne i wąsów?) w chwili trwania sprawy chorobowej, a wobec już ukończonej (BROCC) wynik jej, t. j. brak włosów zupełny na głowie, zwą „*calvities*“, inni uogólniają znaczenie wyrazu: „*alopecia*“, nie robiąc tego odróżnienia. Jedni chrzczą wspomnianem mianem (*alopecia*) częścią utratę włosów na głowie, określając zupełną ich utratę (na głowie tylko) jako „*alopecia universalis*“, inni zaś (np. LE BRUN i inni) pod terminem „*alopecia*“ rozumieją nawet ogólne ciała całego wyłysienie. Spotykałem i takie opisy, gdzie dla ogólnego wyłysienia ciała używano terminu „*alopecia universalis*“, zostawiając sam termin „*alopecia*“ dla określenia wyłysienia głowy.

Są tacy wreszcie (np. NEUMANN), co nazywają ogólne wyłysienie całego ciała „*atrichia universalis*“, zostawiając termin „*alopecia universalis*“ dla określenia zupełnego wyłysienia głowy. W podobnym znaczeniu, jak *alopecia*, używany bywa i wyraz *pelada*.

Co się tyczy różnicy między terminami „*alopecia*“ i „*alopecia areata*“ (*Area Celsi*, *Area Jonstoni*), to i tu tak często mieszane bywają te pojęcia przez autorów, że nieraz trudno określić, o jaką postać cierpienia chodziło, przyjmując nawet, że w „*alopecia areata*“ włosy wychodzą w postaci krążków lub kępek, i że tak samo, jak pierwsza postać, może być ona parazytarnego lub też trofo-neurotycznego pochodzenia.

Dla opisywanego przez siebie przypadku wybrałem termin „*atrachia universalis acquisita*“, zdaniem mojem, najwłaściwszy, jako przedstawiający już fakt dokonany, t. j., nabyty zupełny brak włosów na całym ciele.

Etiologia w mowie będącej choroby, o ile przynajmniej z przejrzanej literatury sądzić mogę, w zupełności dotąd wyjaśniona nie została.

W każdym razie większość autorów w dobie obecnej trzyma się poglądu tego, że pewna część przypadków podobnego rodzaju powstawać może na drodze trofoneurozy (*Innervationsstörungen*), inne zaś są parazytarnego pochodzenia; jako momenty usposabiające uważane bywają: przymiot, usposobienie artrytyczne i niektóre inne choroby ogólne lub też miejscowe skórne.

Podjęte przez JOSEPH'a w 1887 roku doświadczenia, w których udawało mu się otrzymywać wyłysienie miejscowe w okresie od 5 do 27 dni u kotów po zniszczeniu gałązek zwoju szyjowego (*ganglion spinale*), należącego do drugiej pary nerwów szyjowych, przemawiałyby za słusnością przypuszczenia, że choroba ta jest w związku z zaburzeniami nerwów odżywczych (*trophoneurosis*).

Miedzy jednak zarzutami w obozie przeciwników, a zwolenników parazytarnej tylko teorii znajdowałem i takie, że zmiany, wywołane operacją, ułatwiły tylko działalność drobnoustrojom, robiąc odpowiadające przeciętym nerwom przestrzenie skóry tak zwanym *locus minoris resistentiae* (SEHLEN). SAMUEL zaś uważa, że tylko tam przecięcie *ganglii spinalis* à la JOSEPH wywołuje wyłysienie, gdzie jako następstwo operacji występuje ropienie, a więc według niego w tych przypadkach ma miejsce *defluvium capillorum* zapalnego, a nie troficznego pochodzenia.

FOURNIER w 1879 roku nie wierzył jeszcze w istnienie specyficznego grzybka, stawiając omawiane cierpienie w zależności od różnych momentów przyczynowych, a między innymi od artrytyzmu, najwięcej jednak skłonny był do uznania go za chorobę nerwów odżywczych (*trophoneurosis*). Po poważnych pracach SABOURAUD zgodził się on na to, że pewna część podobnych cierpień może być parazytarnego pochodzenia, wszakże swój pogląd na różnorodne pochodzenie zawarł w aforyzmie: „*il n'ya pas une pelade, mais des pelades*“.

Miejscową (tylko na głowie) utratę włosów, któraby się dała objaśnić trofoneurozą, opisuje kilku autorów (WILSON, KOHN, EHLMANN, TYSON, ASKANAZY, PAGE, RÄUBER, SCHÜTZ, PALM, GIAROCCHI i inni); wobec czego powstała nazwa „*alopecia neurotica*“ (przeważnie *traumatica*). Wszyscy wyliczeni tu autorowie nie odrzucają i parazytarnej teorii, prócz GIAROCCHI'ego, który, obserwując 550 przypadków miejscowego wyłysienia, nie mógł dostrzedz, by cierpienie było udzielające się.

SEHLEN w 1890 roku przemawia za parazytarnem pochodzeniem cierpienia (*alopeciae cocci*).

SABOURAUD w 1896 roku, nie przyznając swoistości ani kokom SEHLEN'a, ani też innym uprzednio za specyficzne podawanym drobnoustrojom (*Mikrosporon Andromini* w r. 1843, sporom MALASSEZ z r. 1875, *bacterium decalvans* THIN'a

w r. 1881, kokkom VAILLARD'a, VINCENT'a, NIMIER'a z 1889 r. i t. d.), opisuje znajduwane przez siebie laseczники ($\frac{1}{3}$ μ szerokości i $\frac{1}{2}$ — 1 μ długości mające), które stale jakoby znajdował w początkowych okresach choroby w 330 spostrzeganych przypadkach; nie udawało mu się ich wszakże wynaleźć w późniejszym przebiegu cierpienia.

Bardzo sumienne i poważne prace tego autora nie wyjaśniły jednakże sprawy w zupełności, głównie z powodu trudności w otrzymaniu czystych hodowli i szczepieniu zwierzętom.

Na posiedzeniu francuskiego towarzystwa dermatologiczno-syfilidologicznego 3 czerwca 1897 r. sprawa odkryć, przez niego poczynionych, była rozstrzygana w bardzo poważnym gronie specjalistów (JACQUET, DARIER, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU, TENNESON, FOURNIER, MOREL-LAVALLÉE i BARBE), z których większość godziła się w głównych zarysach z wynikami badań SABOURAUD, nie brak wszakże było i takich, którzy, jak np BARBE — mówią: „le micro-bacille de M. SABOURAUD, qui produirait à la fois la séborrhée, le comédon, la calvitie et la pelade, n'a pas de valeur pathogène“. Ten sam BARBE uważa że należy odróżniać „*alopecia praematura*“, która zdaniem jego jest niezakaźna, od pelady, t. j. choroby, wywoływanej przez drobnoustroje.

FOURNIER, jak to już wyżej zaznaczyłem, uważa, że w kierunku etiologicznym należy odróżniać kilka rodzajów cierpienia.

EICHHORST nie przypisuje wykrytym przez SEHLEN'a kokom swoistego znaczenia, jest wszakże tego zdania, że niektóre postacie cierpienia są pochodzenia parazytarnego, inne zaś wiąże ze stanem chorobowym nerwów odżywczych.

Przeglądając dość obfitą literaturę, dotyczącą omawianej sprawy, nie znalazłem wzmianki o wykrytych przez prof. HOYERA w 1885 roku drobnoustrojach.

Walka między zwolennikami obu teorii dochodzi do tego, że niektórzy z nich, jak np, d-r MANASSEIN, gorący przeciwnik parazytarnej teorii, sypie do czapki swej strzyżone resztki włosów chorego i sypia (!) w niej, a nie dostawszy choroby, uważa sprawę niezaraźliwości jej za dowiedzioną (?).

Za dziedzicznością cierpienia (ewent. usposobienia do niego) przemawiają między innymi — WILSON i GAMBORG; opisywane jednak przez nich przypadki dotyczą miejscowego wyłysienia.

Przypadków podobnych do opisanego przeze mnie, t. j. zupełnego wyłysienia na całym ciele, udało mi się zebrać w literaturze nie wiele.

Ciekawsze z nich pozwolę sobie tutaj przytoczyć.

KIVULL podaje ogólne wyłysienie u dwudziestoletniej chłopki, która po ciężkim zmartwieniu (śmierć ojca) utraciła stopniowo prawie wszystkie włosy na głowie i ciele. Badanie nie wykryło drobnoustrojów ani na włosach, ani też w skórze, a tylko zanik cebulek włosowych (według autora — przyczyna — wstrząs psychiczny).

OPPENHEIM widział stopniowo rozwijającą się utratę włosów na całym ciele w miarę powstawania stopniowego znieczulenia w nerwicy urazowej.

COOPER TODD opisuje 45-letniego mężczyznę, który spadł z wozu, głową uderzając się o ziemię; po krótkotrwałej utracie przytomności w dwie doby blisko po wypadku dostał połowicznego porażenia (*hemiplegia*) z nową utratą przytomności. Przez 12 tygodni brał bromek potasu, poczem zaczął tracić włosy na brodzie, następnie na głowie i w innych miejscach ciała. Sprawa tracenia włosów była bardzo krótkotrwała i bez widocznych zmian na skórze. Autor

przypisywał początkowo chorobę działaniu bromku potasu, na zmianę zaś przekonania co do tej etiologii, w kierunku postawienia jej w zależności od trofoneurozy, wpłynęła wiadomość o chorym, który, rażony piorunem w głowę, już drugiego dnia utracił nie tylko włosy, ale i paznokcie u nóg.

Tyson podaje 3 przypadki *alopeciae universalis*, z których w każdym mógł wynaleźć jako przyczynę, przemawiającą za trofoneurotycznym pochodzeniem cierpienia, wstrząśnienie nerwowe (*shock*), ciężki stan pobudzenia umysłowego lub też uraz (*trauma*). W jednym z nich nastąpiła i utrata paznokci. (D. n.).

Kazuistyka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacjach.

Podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER

Ordynator oddziału ginekologicznego szpitala Ewangelickiego.

Pomimo bogatego doświadczenia, doskonałej techniki, największej sumienności i ostrożności i jaknajgruntowniej wyrobionego personelu asystującego, każdy operator, nawet chirurg pierwszorzędnej firmy, może mieć wypadek nie szczęśliwy pozostawienia w jamie brzusznej wbrew woli własnej i bez wiedzy ciała obcego, używanego w trakcie operacji, jako to: gąbki, tamponu, klampu hemostatycznego, serwety z gazy, dziś powszechnie używanej, igły złamanej i t. d.

Przy każdej operacji cięcia brzuszego świadomie operator zostawia w jamie brzusznej tyle i tyle ciał obcych w postaci nitek jedwabnych, drutu srebrnego, katgut i t. d., w wielu przypadkach, szczególnie dawniej, pozostawiano w jamie brzusznej przewiązki gumowe, nałożone na kikut po amputowaniu macicy z powodu włókniaków, po cesarskiem cięciu, połączonem z amputacją macicy, w innych przypadkach zastępowano te przewiązki elastyczne pętlą z drutu ołowianego, licząc na to, że pętla ta albo bezkarnie pozostanie w jamie brzusznej na zawsze, albo z czasem wyropieje przez pochwę, jak to rzeczywiście nieraz spostrzegano.

W wielu przypadkach tak zwanej marsupializacji jamy brzusznej naumyślnie zakłada chirurg wielki nawet czasami tampon lub worek z gazy do jamy brzusznej, napełniając go drobnymi tamponami z gazy, a potem zaszywa częściowo jamę brzuszną, pozostawiając otwór dostateczny do usunięcia pozostawionej naumyślnie w jamie brzusznej gazy w kilka dni po operacji. Dopiero w ostatnich czasach poruszono sprawę dokonania cięcia brzuszego w celu usunięcia pewnych i to nie wszystkich guzów bez użycia klampów à demeure lub też ligatur, zastępując działanie ligatur czyli podwiązanie naczyń krwionośnych nową procedurą zmiżdżania tych naczyń tak, że światło ich ginie, i zmiżdżenie takie zapobiega krwotokowi z tego naczynia po przecięciu go (angiotrypsya). LANDAU w Berlinie dekonal 101 ekstyrpacji macicy, stosując jedynie angiotrypsję — byłem osobiście we wtorek 30. V. 1899 świadkiem ostatnich dwóch operacji tej serji, bawiąc w Berlinie na kongresie ginekologicznym.

Nareszcie istnieje cały szereg zabiegów operacyjnych, połączonych z otwarciem jamy brzusznej, przy których naumyślnie operator pozostawia nawet znacznych rozmiarów instrumenty, klampy i t. d. w jamie brzusznej, zdejmując je po upływie jednej doby lub później, ma się rozumieć, pozostawiając ranę po części otwartą, t. j. nie zaszywając jej na głucho.

Otóż o ile w tych przypadkach nikt a nikt nie śmie chirurgowi zrobić zarzutu, ponieważ stosuje on metodę, ogólnie przez naukę sankcyonowaną, o tyle podlega chirurg krytyce publiczności, to jest krytyce niekompetentnego, w razie, jeżeli pozostawił w jamie brzusznej jakieś ciało obce przypadkowo, a to tem bardziej, jeżeli wskutek pozostawienia tego ciała obcego w jamie brzusznej powstaną jakiegokolwiek komplikacje pooperacyjne, jeśli powstanie potrzeba ponownej operacji w celu usunięcia tego ciała obcego, jeśli powstaną powikłania jakiegokolwiek groźne, niebezpieczne dla życia operowanego, lub jeśli w związku z pozostawieniem tego ciała obcego w jamie brzusznej nastąpi śmierć danego osobnika. Nie potrzebuję tłumaczyć fachowcowi chirurgowi, który sam cięcia brzuszne często dokonywa, jak łatwo zdarzyć się może, iż pozostanie w jamie brzusznej przypadkowo ciało obce wbrew woli operatora, inaczej jednak z laikiem, który, chociaż należąc do warstwy tak zwanej wykształconej i nie mając swoją drogą ani najmniejszego pojęcia o tem, co znaczy operacja, dokonana w głębi jamy brzusznej, często wśród warunków jaknajbardziej operację utrudniających, nadmiernej otyłości osobnika, złej lub niekompletnej lub co chwila przerywanej narkozy, wymiotów z wiecznem wtłaczaniem się kiszek do pola operacyjnego, licznych zrostów pomiędzy kiszki lub nowotworem a sąsiedztwem, nagłego pęknięcia ropnia, krwawień trudnych do opanowania z powierzchni rozległej i t. d., jednak czuje się powołanym do krytyki postępowania lekarza. Jako! dwie pincety takiej wielkości pozostawił w jamie brzusznej i nie spostrzegł tego, czy nie liczył swoich narzędzi i t. d.?

Otóż, każdy chirurg doskonale wie o tem, co znaczy cięcie brzuszne, z jakimi tysiącami niebezpieczeństwami pośrednimi i bezpośrednimi połączona jest czasami taka operacja, ile niebezpieczeństwa zależy chociażby od samej narkozy, od wymiotów po narkozie, o ile wymioty te mogą zniweczyć wszelką nadzieję rychłozrostu rany, jakie jest niebezpieczeństwo ogromne zakażenia septycznego w trakcie operacji, wylania się ropy do jamy brzusznej, krwotoków następnych po obślizgnięciu się jakiegokolwiek ligatury, nekrotyzacji tkanek po zbyt silnem związaniu jakiejś ligatury, jak niebezpiecznem nieraz staje się sąsiedztwo pola operacyjnego z kiszki odchodową i t. d. Każdy chirurg nareszcie dobrze wie, jakie mogą często zajść zupełnie przypadkowe komplikacje *sub operatione*! Nieraz wypada przerwać operację z powodu groźnej asfiksy chorego; czyż chirurg, który na razie musi dbać o przywrócenie oddechu operowanemu, dbać o to, aby za chwilę nie miał trupa pod ręką, może równocześnie kontrolować, co się dzieje z pincetą, poprzednio nałożoną w głębi miednicy na naczynie jakieś? Czy jego to wina, jeśli wobec tylko co przytoczonej nieprzewidywanej komplikacji operacji wskutek złej narkozy lub nagłych wymiotów pinceta ześlizgnie się z naczynia, na które ją nałożono, i dzięki ciężarowi własnemu lub ruchom kiszek przesuniętą zostanie na inne miejsce — jeśli ta pinceta pograży się gdzieś w głębi jamy miednicy lub pomiędzy pętlami kiszek lub powędruje aż pod wątrobę i t. d.?

Dajmy na to, że narkoza się poprawi, i że chirurg dalej może operować. W ostatniej chwili przed zakończeniem operacji wspomina mu asystent, że brak jednej pincety — operator szuka i szuka — no i nareszcie znajduje brakującą pincetę. Jeśli zaś jej nie znajdzie? Czyż w każdym przypadku możebne jest odnalezienie

nie pincety zgubionej? Stanowczo nie jest to łatwym zadaniem, i nie zawsze poszukiwania doprowadzą do celu. Gdy zaś po zaszyciu rany brzusznej zabrakło pincety — czy w każdym razie obowiązkiem jest otworzyć na nowo jamę brzuszną przy samem tylko podejrzeniu, nie mając pewności, że rzeczywiście pinceta została w jamie brzusznej? Dajmy na to, chirurg ponownie otwiera jamę brzuszną, przez co przedłuża narkozę i trwanie operacji — pincety nie ma w brzuchu. Co teraz robić? zaszywa ponownie jamę brzuszną, dręczony niepewnością i strachem o dalszy los chorej, a w związku z tem o swoją renomę operatora. Po zaszyciu brzucha podnoszą chorego dla obandażowania brzucha — pinceta leży pod chorym, wślizgnęła się pod niego przypadkiem! Przedłużenie operacji było niepożądane. Tem gorzej, jeśli ranę brzuszną otworzono powtórnie po kilku godzinach i gdy tej powtórnej operacji dokonano nagle, bez możliwości odpowiednich antyseptycznych i aseptycznych przygotowań — co często, niestety, zdarza się przy tak zwanych wtórnych koeliotomiach. Niestety, jeszcze wiele innych istnieje komplikacji przypadkowych *sub ipsa operatione*! Profesor FENOMENOW opisał przypadek, gdzie przy używaniu żegadła PACQUELIN'a w trakcie koeliotomii nagle nastąpił wybuch benzyny wśród operacji. Ogromny płomień ogarnął cały stół operacyjny i operatora, chorą i asystentów, — przez chwilę ciemno — nikt nic nie widział! FENOMENOW obawiał się śmiertelnego porażenia jamy brzusznej. Na szczęście nic się nie stało, i operację dokończono z pomyślnem dla chorej zejściem. W przypadku profesora PAWŁOW'a pękła lampka elektryczna — pył szkła rozsypał się po sali operacyjnej i dostał się do jamy brzusznej operowanej. W innym przypadku operator dokonywał w tej chwili trudnej operacji wydobywania łożyska przy operacji ciąży zamacicznej z żywym płodem, znaczy że *in placenta* krąży krew, operacja trudna, połączona czasami z krwotokami trudnymi do opanowania. W chwili najważniejszej przybiega posługaczka z wiadomością, że ta i ta chora, operowana godzinę temu, nagle dostała krwotoku i t. d. Mimo woli chirurg musi do niej czemp prędzej posłać asystenta swego najwytrawniejszego, w tej chwili jaknajbardziej potrzebnego mu przy operacji, i zmuszony jest dokończyć operacji bez pomocnika odpowiednio wyćwiczonego! Są to wszystko niespodzianki, lecz każdy chirurg im podlega, a z operatorem razem i chory poddający się operacji. Jeżeli nareszcie dodać psychiczną emocję operatora i pomocników jego, szczególnie w razie operacji nadzwyczaj trudnych, skomplikowanych, czyż nie jest to zrozumiałe i dla laika, że może się zdarzyć, aby pozostała niespostrzeżenie w jamie brzusznej gąbka, igła złamana, pinceta i t. d.

Dajmy na to, że niespostrzeżenie pozostawiono w jamie brzusznej ciało obce, używane przy samej operacji dla tamponacyi, szycia i t. d. Czyż pozostawienie takiego ciała obcego niechybnie naraża chorego na wielkie niebezpieczeństwo lub nawet utratę życia?

Posiadamy dziś już cały szereg prac doświadczalnych obszernych o tem, co się dzieje w jamie brzusznej po pozostawieniu naumyślnem czyli wprowadzeniu do niej pewnych ciał obcych. Podług BUMM'a powstaje po wprowadzeniu do jamy brzusznej aseptycznego ciała obcego *peritonitis* niewinnej natury — *peritonitis adhaesiva occludens* — ciało obce otacza się złogami zapalnymi lub zrostami narządów sąsiednich, które poniekąd zamykają to ciało obce w nowopowstałej jamie bez światła. STRICKLER (Medical Record. 1896. February — patrz Centralblatt für Gynäkologie. 1896. Nr. 30, pg. 790 oraz 1898 Nr. 18 pg. 478) do jamy brzusznej wprowadzał pot, kał, mocz lub ropę. U zwierząt tych nie powstawała ani gorączka, ani też nie powstały inne objawy jakiegokolwiek groźne. STRICKLER u czterech świnek morskich wprowadził do jamy brzusznej igły do szycia. Jedno ze

zwierząt tych padło wskutek poranienia przy eksperymencie kiszki, wszystkie inne pozostały przy zupełnem zdrowiu i gdy później po zabiciu ich dokonano autopsyi, igły okazały się otorbionemi przez złogi zapalne. Victor HINSBERG ogłosił pracę: „Ueber die Bethelligung des Peritonealepithels bei Einheilung von Fremdkörpern“ — Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin. Bd. II. Heft 3, Folge XV. 1898. KRUECKMANN ogłosił pracę: „Ueber Fremdkörpertuberkulose und Fremdkörperriesenzellen“ Virchow's Archiv Bd. XXXVIII — patrz Centralblatt für Gynaekologie 1898 Nr. 41. pg. 1141. SALZER ogłosił pracę. „Ueber Einheilung von Fremdkörpern“ — Sammlung medicinischer Schriften herausgegeben von der Wiener Klinischen Wochenschrift. 1890. Nr. 8.

Działanie ciał obcych, używanych przy cięciach brzusznych, może być czworakie:

1) Septyczne — gdy ciało obce nie jest aseptyczne, sterylizowane, co grozi najpoważniejszym niebezpieczeństwem życiu operowanego.

2) Chemiczne — działanie takie nie wchodzi w rachubę przy pozostawieniu jakichkolwiek naprzykład narzędzi chirurgicznych, a prędy przy pozostawieniu w jamie brzusznej lub naumyślnem wprowadzeniu do niej środków lekarskich, jak jodoformu w proszku, *hydrargyrum solubile* w pigułkach, *zincum chloratum* dla kauteryzacji kikuta, naprzykład, i t. d.

3) Termiczne przy używaniu, naprzykład, termokauteru, pary, i t. d.

4) Mechaniczne — o ten właśnie czynnik idzie przeważnie tam, gdzie w jamie brzusznej pozostawiono, naprzykład, tampon, gąbkę, pincetę i t. d.

Mechaniczne to działanie ujawnia się przeważnie w dwojakim kierunku: albo ciało obce przez ucisk, wywarty na kışkę, dajmy na to, nie przedziurawiwszy ściany jej, wywołuje zatkanie, zamknięcie światła kiszki, niedrożność zatem kışek z jej następstwami, lub zamknięcie światła moczowodu przez ucisk od zewnątrz z wszelkimi następstwami zamknięcia uciskowego światła moczowodu i t. d. — lub też ciało obce na drodze przedziurawienia ściany jakiegokolwiek narządu wdraża do światła tegoż, jak naprzykład do kiszki, do pęcherza moczowego; w innych przypadkach na drodze ucisku ciało obce powoli toruje sobie drogę na zewnątrz jamy brzusznej, wywołując z czasem ropień ściany brzusznej, koniec końcem ropień taki, czy to pękając samowolnie, czy też otworzony przez chirurga, prowadzi do usunięcia uwięzionego przez długi czas w jamie brzusznej ciała obcego. Możliwym jest, że ciało obce, szczególnie twarde, jak np. pinceta, uszkodzi naczynie krwionośne *per usuram*, przylegając mniej lub więcej cienkim lub ostrym końcem np. do arteryi, ewentualnie ciało obce przy byle jakim gwałtownym ruchu chorego może nagle wbić się w ścianę jakiejś arteryi i wywołać czy to wytworzenie się *aneurysmatis traumatici* czy też krwotoku śmiertelnego, jak było w jednym przypadku. Przypadek ten, o ile mi wiadomo, do dziś dnia jest unikatem. Fatalność chciała, że położenie pincet, zapomnianych w jamie brzusznej, z czasem stało się takie, że górne końce pincet przylegały do *arteria iliaca externa sinistra*. Przypadek ten tembardziej rzadkim się staje dla tego, że równocześnie dolne końce pincet przedziurawiły i ścianę kiszki ślepej, tak że krew, pochodząca z miejsca uszkodzenia *arteriae iliacae externae*, wydzielala się przez otwór ten do *coecum* i następnie *per rectum* na zewnątrz.

Statystyka wykazuje, że ciała obce, pozostawione w jamie brzusznej przypadkowo przy cięciach brzusznych, w nowszych czasach, mianowicie po wprowadzeniu antyseptyki i aseptyki, o wiele mniej wywołują niebezpieczeństwa dla operowanego, niż dawniej, i że stosunkowo w większej części przypadków, pomimo po-

zostawienia przypadkowego ciała obcego w jamie brzusznej chorego, uratowano go przez odpowiednie rękocyny chirurgiczne, skoro tylko rozpoznano stan rzeczy: albo dokonano wtórnego cięcia brzuszego i zapomniane w jamie brzusznej ciało usunięto zaraz, lub też w następstwie usunięto je przy otwieraniu ropnia, przy operacyi, dokonanej wobec grożącej niedrożności kiszek, wskutek zapalnego zlepu kiszek i t. d. W innych znów bardzo licznych przypadkach *vis medicatrix naturae* samowolnie usunęła z jamy brzusznej ciało obce, przypadkowo tam pozostawione.

Dla ekspertyzy sądowo-lekarskiej w przypadku pozostawienia przypadkowego ciała obcego w jamie brzusznej ważna jest znajomość kazuistyki odpowiedniej. Otóż zestawilem w przeciągu dwóch tygodni przypadki dla mnie dostępne, dochodząc do ogólnej cyfry 100 przypadków, nie wątpię jednak, że cyfrę tę z pewnością możnaby pomnożyć przez trzy, cztery, pięć i więcej, jeśliby wszystkie przypadki zostały ogłoszone. Dotychczas mało spostrzeżeń takich ogłoszono z przyczyny łatwo zrozumiałej, nie chcąc mianowicie narażać się na krytykę ze strony osób niekompetentnych.

Wypadki zawsze się zdarzały i zawsze zdarzać się będą, lecz nowością jest, aby klientela korzystała z takich nieszczęśliwych przypadków w celach szantażu. Szantaż taki polega nie tyle na pragnieniu zemsty ze strony rodziny zmarłego z powodu pozostawienia przez operatora ciała obcego w jamie brzusznej chorego lub chorej, ile na niskiej i brudnej spekulacyi groźbą procesu oskarżenia wydusić jak można największą sumę pieniędzy od operatora, któremu się nieszczęśliwy wypadek pozostawienia ciała obcego przytrafił. Klientela, wiedząc o tem, jak przykre musi być dla operatora i jego renomy chirurgicznej rozgłaszanie takiego nieszczęśliwego przypadku, liczy na to, że za zamilczenie o tym przypadku dobrze zapłaci tem bardziej, jeżeli operator sam jest bogaty. Jeśli operator nie zgadza się na przyjęcie proponowanego szantażu, ludzie niskiego charakteru nie wahają się oddać sprawy takiej w ręce sądu, aby przynajmniej się zemścić za zawód w nadziei wyduszenia pieniędzy groźbą. Trzeba zupełnie osobliwego charakteru, aby nazwisko zmarłego ojca lub matki, żony, siostry, dziecka włączyć po sądach i gazetach, aby z okazji śmierci tej osoby, która żadnych a żadnych pieniędzy nie pozostawiła, nagle dojść do majątku, chociażby drogą brudną! Jeszcze gorzej jednak, gdy taka skarga sądowa opiera się na tem, że inny lekarz namawia rodzinę, pozostałą po pacyencie, zmarłym po operacyi z pozostawieniem ciała obcego w jamie brzusznej, do wszczęcia procesu, podszywając klientelę przeciw konkurentowi swemu, któremu nieszczęśliwy wypadek się przytrafił, „*par envie de métier*“: „*Homo homini lupus*“ czasami. Lecz na szczęście są ludzie i ludzie. Niedawno miałem okazję zajrzeć w karty takiej spółki pomiędzy lekarzem moralnie podupadłym i mężem chorej, która zmarła w kilka tygodni po operacyi cięcia brzuszego wskutek suchot płucnych — chora była operowana przez jednego z kolegów. Otóż pewien lekarz namawiał męża nieboszczki do podania skargi o złe operowanie i żądanie 5000 rubli od operatora! -

Starczy przeczytać szczegóły procesu d-ra ROESGER'a, aby mieć pojęcie o tem, na jakie ewentualności narażony może być lekarz, a tembardziej chirurg. (C. d. n.).

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 25 kwietnia r. b.

TREŚĆ: 1) R. SKOWROŃSKI — Przedstawienie chorej z przewlekłym zatruciem łożowem, leczonej za pomocą masażu oraz jodku potasu. 2) A. FABIAN — „Lekarz biegły przed sądem w sprawach o poczytalność umysłową“. 3) KORYBUT-DASZKIEWICZ — „*Atrichia universalis acquisita*“.

1) Kol. R. SKOWROŃSKI przedstawił 19-letnią pannę, dotkniętą porażeniem łożowianem. Chora od 9 lat pracuje w fabryce odlewni czcionek drukarskich. Przed 1½ rokiem zgłosiła się o poradę z powodu ogólnego osłabienia, braku apetytu, obrzmienia dąsł, cuchnienia z ust, bólów w stawach, mięśniach kończyn i tułowia, bólu w brzuchu, zaparcia stolca oraz bezwładu kończyn górnych.

Objawy chorobowe zaczęły występować przed 5 laty, a przed 2 laty nastąpiło porażenie wyprostnych mięśni kończyn górnych; porażeniu uległy najprzód 3 i 4 palec prawej ręki, później dopiero reszta palców, a następnie porażenie wystąpiło na lewej ręce.

Czucie w obu kończynach zachowane. Przy podnoszeniu rąk do góry, dłonie zwieszają się bezwładnie; palców chora wyprostować nie może; ubrać się bez pomocy również nie jest w stanie.

Chorej zalecono usunięcie się od zajęć i zastosowano masaż ogólny. Wkrótce stan chorej znacznie się poprawił: bóle ustąpiły, objętość mięśni powiększyła się wyraźnie, a siła ich wzrosła.

Po 2 miesiącach leczenia chora, uważając się za zupełnie zdrową, przerwała kurację i wróciła do swych zajęć.

Po roku pracy w tej samej fabryce chora powtórnie zgłosiła się o poradę z powodu tych samych objawów chorobowych, które jednak wystąpiły w stopniu daleko wyższym: osłabienie było tak wielkie, że chora nie mogła o swej sile chodzić, kolki zaś i bóle brzucha dokuczały jej bardzo silnie. Po zastosowaniu okładów ciepłych i makowca, a po zmniejszeniu się bólów — jodku potasu i masażu, chora zaczęła się poprawiać bardzo szybko.

Kol. SKOWROŃSKI radzi w podobnego rodzaju zatruciach stosować obok zwykle podawanych leków masaż ogólny, który oprócz bezpośredniego działania na nerwy i zanik mięśni przyspiesza wydzielanie się metalu z ustroju.

2) Kol. A. FABIAN wygłosił 2-ą część swego odczytu p. t. „Lekarz biegły przed sądem w sprawach o poczytalność umysłową“. Praca ta nie nadaje się do streszczenia.

W dyskusyi zabierali głos kol. ROTHE, RYCHLIŃSKI, NUSBAUM oraz prof. BARANOWSKI.

3) Kol. KORYBUT-DASZKIEWICZ wygłosił odczyt p. t. „*Atrichia universalis acquisita*“.

Praca ta drukuje się w bieżącym numerze „Medycyny“.

Posiedzenie z dnia 2 maja r. b.

TREŚĆ: 1) A. CIĄGLIŃSKI — „Z patologii komórki nerwowej“. 2) M. BRUNNER — „O nowym sposobie diagrofowania za pomocą promieni Roentgen'a“.

Kol. A. CIĄGLIŃSKI wygłosił pracę p. t. „Z patologii komórki nerwowej“. Opisaawszy pokrótce w świetle najnowszych odkryć anatomię normalnej komórki nerwowej, kol. C. zaznaczył, że przy badaniach stanów patologicznych komórki, należy zwracać uwagę na wszystkie składowe jej części, a więc na ciała chromatynowe (paraplazmatyczne) NISSL'a, na przebiegające w ciele komórki włókna

nerwowe (APATHY, BETHE), na samą protoplazmę, o której dziś jeszcze na pewno powiedzieć nie możemy, czy jest ona włóknista, czy też piankowata lub komóreczkowata, wreszcie na jądro i na jąderko.

Nadto trzeba mieć na uwadze barwnik lipochromowy, znajdujący się w dojrzających komórkach nerwowych w postaci żółtych ziaren, barwiących się kwasem osmowym na czarno, a hematoksyliną (WEIGERT—PAL) na ciemno-błękitny kolor. Ciałka chromatynowe NISSEL'a odgrywają rolę niejako zapasów energii, dających możliwość w pewnych okresach życia i działalności komórki rozwijać znaczne napięcie funkcji; odgrywają one w życiu komórki rolę białka, krążącego w ustroju; nie można ich zaliczyć do rzeczywistych składowych elementów ciała komórki.

Włókienka nerwowe, przebiegające w ciele komórki, odgrywają pierwszorzędną rolę w sprawie właściwej funkcji układu nerwowego; stanowią one integralną część tej sieci włóknienkowej, która, oplatając cały ustrój danego osobnika bez przerw żadnych, przeprowadza pobudzenia nerwowe. BETHE wykazał, że same włókna nerwowe, przebiegające w wyrostkach komórek nerwowych, zdolne są przeprowadzać pobudzenia nerwowe bez udziału ciała komórki. Znaczenie komórki nerwowej podług BETHE'go ogranicza się tylko do roli ośrodka odżywczego dla włókien. Ziarenka barwnikowe, jak to powszechnie przyjmują, stanowią normalną część składową komórki nerwowej, związaną z działalnością tejże komórki.

Materyał, jaki kol. C. spożytkował do swych badań, pochodził z sekcji zmarłych w szpitalu Dzieciątka Jezus i obejmował 24 przypadki.

Kol. CIĄGLIŃSKI prowadził badania swoje głównie metodą NISSEL'a, zmodyfikowaną przez LENHOSSEK'a.

Zmiany, spostrzegane w komórkach nerwowych w badanych przez kol. C. sprawach chorobowych, dzieli prelegent, jak następuje:

I. Zmiany w ciałkach chromatynowych. 1) Rozpad i zanikanie ziarn chromatynowych, tak zwana chromatoliza: a) rozlana, b) chromatoliza ograniczona. 2) Zlewianie się ciałek NISSEL'a w większe bryłki chromatynowe; te ostatnie zmiany idą zwykle w parze z pewnymi zmianami protoplazmy.

II. Zmiany protoplazmy. 1) Pęcznienie i szklistawy wygląd protoplazmy z zachowaniem ogólnych konturów komórki. 2) Pęcznienie protoplazmy z zao krągleniem konturów i z przeniesieniem jądra ku obwodowi komórki. 3) Wakuolizacja protoplazmy.

III. O zmianach we włóknach nerwowych wobec braku pewnych metod badania nic pewnego powiedzieć nie można, należy jednak przypuszczać, że są one dla komórki bardzo poważne.

IV. Zmiany w jądrze. 1) Pęcznienie jądra i rozlane jego barwienie się (roz pływianie się chromatyny jądra) przy zachowanych konturach, *resp.* zachowanej otoczce jądra. 2) Zazębienie, nierówność konturów *resp.* zniszczenie otoczki jądra. 3) Rozpad ziarnisty jądra.

V. Zmiany w jąderku polegają na dość wyraźnej jego wakuolizacji, którą widywać jednak można i na komórkach, skądinąd zupełnie normalny wygląd mających.

VI. Wreszcie prelegent wyraża swe zapatrywania, oparte przeważnie na badaniach rdzeni tyfusowych, że pigmentacja lipochromowa niekiedy występuje u osobników młodych w tak znacznym stopniu i w tylu naraz komórkach, że może być uważana za wyraz zmian chorobowych komórki, choćby tylko jako nadmierne natężenie sprawy fizyologicznej.

Odczyt swój poparł prelegent przedstawieniem licznych preparatów drobnowidzowych oraz tablic schematycznych.

W dyskusyi prof. PRZEWOSKI, zaznaczwszy swoje uznanie dla pracy prelegenta, poczynił następujące uwagi:

1) Zdaniem prof. PRZEWOSKIEGO komórka wytwarza odrostki i stanowi dla nich ośrodek odżywczy; odrostki więc po oddzieleniu od komórki prędzej, czy później muszą zginąć. 2) kol. C., opierając się na badaniach BUETSCHLI'ego, przypuszcza, że pierwoszcza komórek nerwowych posiada budowę piankową. Budowę piankową widać tylko u pierwotniaków. Podług ostatnich prac FLEMING'a najwięcej jest prawdopodobnem, że budowa pierwoszczy jest włókienkowata, a tak delikatne włókienka bynajmniej nie mogą przeszkadzać przemieszczaniu się jądra.

3) Reakcye barwne nie mogą wyjaśnić natury żółtego pigmentu w komórkach nerwowych. Barwnik ten jest za mało dostępny do badań chemicznych; a o ile z tych ostatnich wnosić można, należy on do ciał azotowych i do grupy barwników lipochromowych. 4) prof. PRZEWOSKI sądzi, że prawdopodobnie komórka nerwowa, mająca uszkodzone włókienka pierwotne, może w pewnych warunkach wrócić *ad integrum*.

Kol. K. RYCHLIŃSKI nie przypuszcza, by złogi barwnika w komórkach miały dowodzić wzmożonej czynności komórek. U osobników bowiem, dotkniętych ostrym chaosem myślowym, u których czynność komórek jest wzmożona, znajduwalibyśmy duże złogi, tymczasem dzieje się wręcz przeciwnie, gdyż złogów u nich wcale nie znajdujemy. Kol. RYCHLIŃSKI sądzi, że odkładanie się złogów barwnika nie może dowodzić wzmożonej czynności komórek; jest ono tylko wynikiem upośledzonego przez czas dłuższy ich odżywiania.

Kol. E. FLATAU jest zdania, że należy być bardzo oględnym w orzekaniu o patologii komórek nerwowych, tembardziej dotyczy to komórek kory mózgowej. Co do pigmentu w komórkach, to nie mamy prawa obecności tego pigmentu stawiać w zależności od prawidłowego lub patologicznego stanu komórki nerwowej. Potrzebnymi byłyby tu badania nad istotą międzybryłkową, t. zw. fibrillami, które stanowią zapewne właściwe podścielisko funkcji nerwowej. Nie posiadamy jednak odpowiednich metod, gdyż BETHE swoją metodę barwienia nieślusnie utrzymuje w tajemnicy.

Zdaniem kol. FLATAU'a, przy badaniu patologii komórek nerwowych u ludzi należy opierać się na dużym materiale danej choroby, aby można było zmiany, znalezione w komórkach nerwowych, przypisywać tejże chorobie. Należy przytem uwzględniać ciepłotę ciała, środki lekarskie oraz mieć na uwadze przebieg choroby (ostry czy przewlekły), gdyż każdy z wymienionych warunków może spowodować pewne zmiany w komórkach nerwowych.

W odpowiedzi kol. CIAGLIŃSKI przedewszystkiem zaznacza, że starał się przedstawić obiektywnie dzisiejszy stan nauki o komórce nerwowej. Streścić więc poglądy BETHE'go i sprzeczne z nimi zapatrywania LENHOSSEK'a.

Przytaczając fakt przemieszczenia jądra komórki ku obwodowi, jako argument przeciw istnieniu okołojądrowej sieci włókienkowej, kol. C. miał na myśli teorię tych, którzyby chcieli budowę protoplazmy przedstawić jako siatkowatą. W tym razie przemieszczenie jądra byłoby możliwe, lecz wtedy spostrzegalibyśmy niezawodnie postacie jądra przewężone, wyciągnięte, czego jednak nie bywa.

Co się tyczy poglądu na rolę barwników, to kol. C. wie dobrze, że zdanie jego jest zupełnie odrębne, upoważniając go jednak do tego wysoce charakterystyczne obrazy, jakie spostrzegał.

Kol. C. nie może zrozumieć, jak można uważać za normalną komórkę, która jest w zupełności wypełniona pigmentem, jeżeli sam fakt wypełniania ciała komórki pigmentem wyłącza możliwość wytwarzania się i odkładania ziaren chromatynowych, a wszak chromatolizę wszyscy uważają za objaw patologiczny.

Kol. C. nie przytaczał historii chorób i nie uwzględniał leczenia, gdyż nie szło mu o przedstawienie tych lub innych zmian komórki w związku z tą lub inną chorobą, lecz chciał przedstawić szemat zmian w komórkach, jako małe studium propedeutyczne.

2) kol. M. BRUNNER w odczycie swym p. t.: „O nowym sposobie diagrafowania za pomocą promieni ROENTGEN’a“ zapoznał kolegów z nowo odkrytym przez niego sposobem diagrafowania.

Od chwili zastosowania promieni ROENTGEN’a do fotografowania rozmaitych części ustroju ludzkiego widzieliśmy zawsze obrazy tychże odwrótnie, co nastroczało dla niejednego, mniej obeznanego, pewne trudności w oryentowaniu się przy poszukiwaniu ciał obcych. Niedogodności te naprowadziły kol. BRUNNER’a na myśl, czy nie dałoby się otrzymywać obrazów na kliszach zwykłych inaczej, niż to się dzieje dotychczas. W tym celu kol. BRUNNER zapragnął warstwę czulej żelatyny bromowo-srebrnej mieć pod szkłem, czyli zwracać kliszę do światła powierzchnią szklaną. Z tą więc myślą postarał się zbadać, czy i o ile szkło przepuszcza promienie ROENTGEN’a, wbrew ogólnie przyjętemu zdaniu, że szkło jest dla promieni X nieprzepuszczalne.

Próby, w tym celu dokonane, utwierdziły kol. BRUNNER’a w przekonaniu, że szkła, używane na klisze, przepuszczają promienie X tak dobrze, jak drzewo, lub tektura.

Diagramy, otrzymywane w ciągu 3 minut dawną i nową metodą, niczem się nie różnią od siebie, lecz na otrzymanych nowo odkrytą metodą zmiany widoczne są w ich właściwym położeniu. Nader udatne fotogramy ilustrowały wymownie wynik nowej metody kol. BRUNNER’a.

A. Łogucki.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału biologicznego, chemiczno-fizycznego i statystyczno-meteorologicznego
z dnia 18 maja r. b.

1) Kol. St. BARTOSZEWICZ mówił „O własnościach dezynfekcyjnych niektórych produktów przeróbki nafty“. Do badania własności odkażających odpadków naftowych skłoniła prelegenta chęć otrzymania z nich taniego produktu o własnościach dezynfekcyjnych, rozpuszczalnego w wodzie, lub też łatwo dającego z wodą drobną zawiesinę. Otrzymał też kol. B. taki produkt, działając na płynne odpadki naftowe stężonym kwasem siarczanym (na 80 cz. odpadków 20 cz. kwasu), który strąca gęstą masę, pozostawiając w roztworze ciała odkażające (*fenole*, *kresole*). Rozczyn ten, zlany z ponad osadu i zmieszany z równą objętością 10%-ego roztworu wodoru potasu, daje produkt, którego B. używa do dezynfekcji w postaci zawiesiny wodnej lub dodatku do zwykłego mydła sodowego i któremu dał nazwę: „dezynfektyna“. Doświadczenia z dezynfektyną, robione według metody BEHRING’a, wykazały, że emulsja 20% tego środka zabija laseczniki wąglika po 24 godzinach działania, spory tego pasorzyta po 48 godzinach, laseczniki tyfusu, gronkowce ropotwórcze i paciorkowce róży — po 60 minutach.

Dodanie 20% emulsyi do bulionu z jednodniowemi hodowlami powyższych drobnoustrojów wstrzymywało ich rozwój. Na bulionie, do którego dodano uprzednio 15% emulsyi, pasorzyty, o których mowa, nie rozwijały się wcale. Dodatek 10% dezynfektyny do kału cholerycznych, tyfusowych i zdrowych ludzi wystarczał do zabicia wszystkich drobnoustrojów, zarówno chorobotwórczych, jak gnilnych, a przytem niszczył zapach kałowy. Według B. dezynfektyna nadaje się bardzo dobrze do odkażania ścian, sprzętów drewnianych i naczyń, podłóg i t. p. za pomocą mycia mydłem dezynfektynowem (zawierającym zwykle 10—15% dezynfektyny), dalej do odwaniania i odkażania dołów kloacnych, śmietników it. p. (na 100 funtów zawartości dołów wystarcza 1 funt dezynfektyny). Mydła dezynfektynowego używano w niektórych klinikach z powodzeniem w przypadkach chorób skórnych.

W dyskusyi wzięli udział kol. BĄCZKIEWICZ, FLAUM, POLAK, J. BRUNER, NUSBAUM oraz p. BIAŁOBRZESKI.

2) Kol. W. MAYZEL zreferował pracę LEHMANN'a „O śmietance i maśle z mleka sterylizowanego“, ogłoszoną w „Archiv f. Hygiene“ z r. b.

Dyskusya (D-r LESSER, p. JANASZ) wykazała, że i u nas dość dawno już próbowano wyrabiać masło z mleka pasteuryzowanego, nie przyjęło się ono jednak z powodu odrębnego smaku. Przemawiał nadto w dyskusyi kol. POLAK, kol. BARTOSZEWICZ i kol. MAYZEL.

Posiedzenie wydziału higieny zawodowej i przemysłu z dnia 26 maja r. b.

P. I. MAYZNER mówił o kasach pomocy dla robotników w wypadkach choroby. Zestawiając projekt inspekcji fabrycznej, przedstawiony na posiedzeniu kwietniowem, z prawami, obowiązującymi w Niemczech, prelegent zaczął od podania historii rozwoju tych kas.

Kasy takie, jako instytucje dobroczynne, istniały od dawna, lecz dopiero od roku 1883 zakładanie ich stało się obowiązkowem, również jak należenie do nich robotników fabrycznych.

Wszyscy fabrykanci, zatrudniający więcej niż 50 robotników, cechy, przedsiębiorcy budowlani, właściciele kopalń mają obowiązek zakładania takich kas; robotnicy, którzy nie mogą należeć do żadnej z nich, muszą się ubezpieczać w tak zwanych „kasach miejscowych“ (Ortskrankenkasen).

Oprócz tych kas, w których ubezpieczenie jest obowiązkowe, są jeszcze t. zw. „wolne kasy pomocy“ (Freie Hilfskasen), w których ubezpieczają się ci, którzy chcą w razie choroby otrzymywać większą zapomogę, niż ją kasy obowiązkowe dać mogą.

W r. 1896 kas różnych było w państwie Niemieckiem 22111.

Obowiązkowo muszą się ubezpieczać wszyscy robotnicy i oficjaliści, mający mniej, niż 2000 marek rocznej pensyi. Oprócz tego gminy mają prawo żądać ubezpieczenia się od wszystkich robotników, służby domowej oraz subiektów handlowych w kasach miejscowych.

Ogólna ilość ubezpieczonych w r. 1896 wynosiła 7,695,587 osób, t. j. 16% ogólnej ludności w państwie.

Pomoc, jakiej kasy na mocy prawa z r. 1893 udzielają, polega: na udzielaniu porady lekarskiej, lekarstw i wszelkich środków leczniczych bezpłatnie; choremu pozbawionemu możności zarobkowania, niezależnie od pomocy lekarskiej, należy się od 3 dnia po zasłabnięciu przez przeciąg 13 tygodni zapomoga pieniężna do wysokości połowy jego dziennego zarobku, o ile ten zarobek nie przekracza 4 marek dziennie; dla położnicy przypada pomoc lekarska i wsparcie przez prze-

ciąg 3 tygodni od dnia rozwiązania; w razie śmierci uczestnika kasy, pozostała rodzina otrzymuje 20-krotny zarobek dzienny zmarłego. Nowela z roku 1892 pozwala w razie dostatecznej ilości funduszy w kasie wypłacać zapomogi od chwili zachorowania przez czas 12 miesięcy do wysokości $\frac{3}{4}$ części dziennego zarobku; pomoc dla położnic przedłuża się do 6 tygodni; zapomoga w razie śmierci może być podniesiona do 40-krotnego zarobku dziennego. Rodzinie uczestnika kasy za dobrowolnem wniesieniem odpowiedniej składki udzielona być może bezpłatna porada lekarska, środki lecznicze, zapomoga pieniężna dla żony na czas położu, jak również fundusz pogrzebowy równy $\frac{2}{3}$ częściom kwoty przypadającej dla głowy rodziny w razie śmierci żony, a połowie po śmierci innych członków rodziny.

W roku 1896 kasy niemieckie wydały około 152,000,000 marek na tego rodzaju różne zapomogi.

Na fundusze kasy składają robotnicy 2% od zarobku, pracodawca 1%, uważając za maksymalny zarobek 4 marki dziennie. Gdyby fundusz ten nie wystarczył na zaspokojenie wydatków kasy, pracodawca winien całą brakującą sumę wnieść z własnych funduszy.

Robotnicy zabezpieczeni w t. zw. „kasach miejscowych“ wnoszą wspólnie z pracodawcą 2—3% wynagrodzenia, jakie przeciętnie w danej miejscowości pobiera najemnik.

Prawo zapewnia wszystkim kasom powyższym zupełny samorząd; $\frac{2}{3}$ zarządu jest wybrane (odpowiednio do wkładów) przez robotników, $\frac{1}{3}$ przez pracodawcę, który jest przewodniczącym. Spory pomiędzy robotnikiem a kasą rozstrzygają sądy rozjemcze przemysłowe z prawem apelacji do sądów zwykłych.

Projekt warszawskiej inspekcji fabrycznej wyłącza znaczną ilość robotników, gdyż tylko fabryki, zatrudniające więcej niż 30 ludzi, mogą zakładać kasy. Podług prawa niemieckiego, fabrykant, zatrudniający mniej niż 50 robotników, powinien się połączyć z innymi w celu wspólnego założenia kasy.

Jest to opuszczenie u nas tembardziej dotkliwe, że nie posiadamy miejscowych kas chorych, w których każdy pracujący w zakładzie, nie mającym kasy, musi się ubezpieczyć. Niesłuszne również jest wyłączenie stróżów, szwajcarów, woźniców i t. p. robotników, którzy, jako nie posiadający książeczki obrachunkowej, nie mogą być uczestnikami kasy.

Podług projektu inspekcji składkę 1% od zarobku mają wносить jedynie robotnicy tylko; fundusz zebrany tą drogą wystarczyłby zaledwie na zapomogę 20—25 kop. dziennie, co jest śmiesznie małe.

Pomimo, iż robotnicy mają wyłącznie wносить składki, nie mają oni żadnego udziału w administracji kasy, nawet do kontroli nie są dopuszczeni.

Połączenie kas chorych z kasami oszczędności, jak tego chce projekt inspekcji, a zwłaszcza niemożność podniesienia swojego wkładu bez pozwolenia inspekcji, nawet za zgodą zarządu, jest zupełnie nieodpowiednie; ludziom pełnoletnim nie można odbierać prawa rozporządzania własnymi funduszami.

W dyskusyi d-r TCHÓRZNICKI zaznacza różnicę cywilizacyjną między robotnikami zagranicznymi i naszymi. Wskutek tego inspekcya nie chce udziału robotników w zarządzie kasami i nie pozwala na łączenie się w grupy. Inspekcya chce, żeby robotnicy od niej zależeli.

P. MAYZNER podnosi konieczność opieki ze strony przemysłowców nad naszym robotnikiem; przemysłowcy powinni się przyczynić do poprawy bytu robotników, których płaca, niższa niż za granicą, musi pokryć także same potrzeby i dążenia. Projekt rządowy, wprowadzony na próbę w życie, wywołał tylko nie-

zadowolenie. Należy interweniować o obowiązkowe wprowadzenie kas, dotąd tylko tolerowanych, i o pozwolenie jednoczenia się.

D-r TCHÓRZNICKI proponuje, żeby wydział wypracował projekt ustawy normalnej.

D-r KURTZ zaznacza, że i fabrykanci i robotnicy żądają tworzenia kas.

D-r BABIŃSKI zaznacza, że potrzeba kas nie jest tak paląca, gdyż *minimum* dawane przez kasy, t. j. pomoc lekarska, lekarstwa i $\frac{1}{2}$ zarobku w ciągu 2 tygodni udzielane są w większości fabryk (ostatnie nie obowiązkowe). Rada Tow. Hig. mogłaby wystąpić do komisji gubernialnej dla spraw fabrycznych, określić czas pobierania zapomóg, źródła funduszków na ten cel i zadecydować stosunek rodziny robotnika do kasy, koszty pogrzebowe i t. d.

D-r BIAŁOBRZESKI zwraca uwagę, że to nie należy do atrybucji Towarzystwa Higienicznego.

D-r BABIŃSKI zgadza się z d-rem BIAŁOBRZESKIM, że wystąpienie tego rodzaju miałooby znaczenie czysto akademickie, bez wpływu na stery decydujące; dyskusja jest jednak możliwa. Zastosowanie praw niemieckich u nas nie jest na miejscu, ponieważ zagranicą punktem wyjścia była samopomoc robotników; u nas zapoczątkowanie wyjdzie od władz.

Przemawiali jeszcze d-r TCHÓRZNICKI, p. MAYZNER, d-rzy BIAŁOBRZESKI, BABIŃSKI, KURTZ i wreszcie wydział postanowił, że komisja, złożona z pp. BABIŃSKIEGO, MAYZNERA, TCHÓRZNICKIEGO i BIAŁOBRZESKIEGO, którym służy prawo zapraszania rzeczoznawców, ma opracować projekt ustawy wzorowej kasy i przedstawić go Radzie Towarzystwa, dla przesłania go odpowiednim władzom do zatwierdzenia.

S.

Ze zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie

od dnia 5 do 8 kwietnia 1899 r.

Posiedzenie z dnia 5. IV. Przewodniczący HAHN. Sprawozdawca WOHLGEMUTH.

Po uczczeniu przez przewodniczącego pamięci zmarłych uczestników i po załatwieniu spraw wstępnych, zjazdu dotyczących, zabrał głos:

1) F. KOENIG z Berlina, zatytułowawszy odczyt swój „O powstawaniu ciał stawowych“. K. w przeciągu lat 20 spostrzegał 70 przypadków ciał stawowych, z których 36 zalicza do typowych, w 34 zaś przyczyną było zapalenie stawu niepodobniające, uraz. Najczęściej dają się spotykać ciała stawowe w stawie kolanowym i łokciowym, przeważnie u osobników młodych płci męskiej (do lat 30). Objawy występują w postaci dolegliwości reumatycznych z towarzyszeniem uczucia chrzęstu, stwierdzanego odpowiedniemi badaniami. Sprawność stawów prędko słabnie. W niektórych razach ciała stawowe bardzo mocno z kością bywają zrośnięte, tworząc w tym stanie pierwszy stopień rozwoju patologicznego. Drugi stopień stanowi rozluźnienie łączności powyższej przez rozmiękczenie tkanki kostnej. Uraz wpłynąć może na oderwanie się i przemieszczenie ciała stawowego do wnętrza jamy stawowej. U zwierząt ciała stawowe ulegają wessaniu, u ludzi — nie. K. poddaje pewnej wątpliwości wpływ bezpośredni urazu na powstawanie ciał stawowych; w przekonaniu tem utwierdziły go próby doświadczalne na trupach. Rozpoznanie ułatwione być może znakomicie przez zastosowanie promieni ROENTGEN'a.

W dyskusyi v. BERGMANN zaznacza wpływ *arthritis deformans* na tworzenie się ciał stawowych. BECK przyznaje rzeżączce pewne znaczenie etiologiczne.

2) KOCHER z Bernu: „O warunkach pomyślnego leczenia chirurgicznego padaczki“. Odczyt dotyczy leczenia padaczki jedynie za pomocą otwierania czaszki. Wyniki tego postępowania przez długi czas nie były zbyt pomyślne (2—4% wyzdrowień). Ulepszenie sposobu wykonywania operacji jest zasługą BERGMANN'a, który zalecił usuwanie odpowiednich ośrodków korowych. GRAF uważa za wyleczone przypadki, w których nie spostrzegano nawrotów w przeciągu lat trzech. KOCHER widział nawroty po 5 latach. Dobre wyniki operacji zależą od zmniejszenia ucisku wewnątrzczaszkowego, w tym celu należy zawsze otwierać oponę twardą. Bez otwierania opony KOCHER otrzymał tylko 14% wyzdrowień, z otwieraniem — 54% wyzdrowień. Blizn następczych zbytnio obawiać się nie należy, jak o tem przekonały mówcę ciała obce, do mózgu wprowadzane. Główną przyczynę padaczki stanowi wzmożone ciśnienie wewnątrzczaszkowe, ztąd też częstość padaczki w przypadkach torbieli w mózgu. KOCHER poleca do otwierania czaszki narzędzia DOYEN'a i szczypce DAHLGREN'a.

W dyskusyi v. BERGMANN zaznacza, że w $\frac{9}{10}$ przypadków padaczka bywa dziedziczna, i że tylko w pozostałej $\frac{1}{10}$ części zabiegi chirurgiczne dokonywane być winny; dalej B. poświęca kilka słów padaczce odruchowej, w której wycięcie blizny (np. na nerwie kulszowym), o ile dotyczy osobnika dziedzicznie obciążonego, pożytku nie przynosi. Sposoby: KOCHER'a, ALEXANDER'a i JONNESCO'a stosują się do „*indicatio causalis*“. BERGMANN zgadza się ze zdaniem mówcy, że nie należy się spieszyć z wyrokowaniem o trwałości wyleczenia i przedstawia przypadek, za dowodzeniem KOCHER'a przemawiający.

3) v. BERGMANN mówił o *Porencephalii*, dla której przytacza 4 objawy następujące: 1) porażenia i przykurczenia, 2) zastój we wzroście kończyn, 3) padaczka, 4) idyotyzm. Następuje przedstawienie odpowiedniego przypadku, częściowo wyleczonego, i czaszki osobnika zmarłego podczas operacji z otworem w czaszce, przez który wypukła się nazewnątrz guz torbielowy.

4) BARKER z Londynu. „Rana postrzałowa mózgu, wyjęcie kuli za pomocą otwarcia czaszki. Wyzdrowienie“. Osobnik w celu samobójstwa przestrelił 2 kulami podniebienie twarde z rewolweru kalibru 7 mm. Z początku przytomność zupełna, nieznaczny krwotok z nosa, umiarkowane opadnięcie powieki (*ptosis*) po stronie prawej. Po dniach kilkunastu objawy mózgowe. Prześwietlenie promieniami ROENTGEN'a wykazało, że jedna kula znajdowała się w ciele modelowatym (*corpus collosum*), druga — w kości klinowatej. Ponieważ objawy mózgowe zaczęły słabnąć, postanowiono poczekać, lecz 65 dnia choroby wystąpiły objawy padaczki, i wówczas przystąpiono do operacji otwarcia czaszki, podczas której kulę znaleziono i wydobyto. BARKER zdołał przekonać się doświadczalnie, że kula, przebiwszy podniebienie twarde, zatacza następnie półkole, uderza o sklepienie czaszki, i następnie opuszcza się w głąb mózgu. Mówca wyraża się z ogromnem uznaniem dla promieni ROENTGEN'a.

5) KROENLEIN — Zürich w odczycie „O ranie postrzałowej czaszki“ opisuje pociski karabinowe szwajcarskie małego kalibru. Rany czaszki, zadane tymi pociskami, dają obraz nader rozległego zniszczenia kości i mózgu. K. przedstawia jednak okaz zadziwiający przestrelonej czaszki żołnierza-samobójcy. Mianowicie, czaszka uległa nader rozległemu zniszczeniu, gdy tymczasem w mózgu, wyrzuconym przez otwór postrzału na odległość dwóch stóp, nie znaleziono najmniejszego uszkodzenia kulą, spowodowanego. Mózg wyglądał tak, jak gdyby *lege artis* z czaszki był wyjęty.

6) KOESTL — Berlin, przedstawia „preparat, dotyczący trepanacyi czaszki“. W przypadku zapalenia ucha średniego na tle gruźliczem powstało przypuszczenie ropnia w mózgu drogą tętnicy szyjowej wewnętrznej. Po otwarciu czaszki ropnia nie znaleziono. Badanie pośmiertne wykazało: zator w tętnicy szyjowej wewnętrznej i wieloogniskowe rozmiękczenie w mózgu. K. poleca piłkę GIGLI'ego, oddającą mu dobre usługi w trepanacyi.

Dyskusya nad odczytami o otwieraniu czaszki. LAUENSTEIN wspomina o przypadku padaczki, wyleczonym od 3 lat przeszło. Prócz padaczki stwierdzono: ślepotę, zastoinową brodawkę nerwu wzrokowego, porażenie lewej kończyny górnej. Po otwarciu czaszki ogniska, tłumiącego objawy powyższe, nie znaleziono. Chory wyzdrowiał, a zatem w myśl KOCHER'a, operacya wpłynąć mogła dodatnio przez zmniejszenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego. v. BERGMANN przedstawia chorego, który 4 lata temu otrzymał ranę postrzałową czaszki. W 3 miesiące potem padaczka. Otwarcie czaszki. W 2 lata potem ropień w mózgu i powtórna operacya. Obecnie padaczka ustąpiła. Przekonano się za pomocą promieni ROENTGEN'a, że kula utkwiała w jamie HIGHMOR'a.

v. BECK przytacza wyniki 8 zabiegów chirurgicznych w padaczce. B. zaznacza przytem, że dopóki płat kostno-skrórny nie przyrastał, objawów padaczki nie było, z chwilą zaś przyrastania płata, spostrzegano nawroty padaczki.

7) TRENDLENBURG — Lipsk. „O rezekcyi łuków kręgowych w porażeniach zaleźnych od *spondylitis*“. Porażenia w przebiegu choroby POTT'a powstają, zdaniem TRENDLENBURG'a, wskutek zmian zapalnych w oponie twardej (*pachymeningitis*), rzadziej znacznie — z powodu zwężenia kanału kręgowego. W ostatnich paru latach rezekcyja łuków dała mówcy wyniki bardzo zadawalające: na 8 przypadków otrzymano 1 zejście śmiertelne. Porażenia istniały najmniej od pół roku, w jednym zaś przypadku (wyleczonym)—od lat 17-tu. Sposób wykonywania zabiegu podług T. jest następujący: oddzielenie nad garbem zaokrąglonego płata skórno-mięsnego, z podstawą zwróconą ku kolumnie kręgowej, obnażenie okolicy garbu, wreszcie usunięcie łuków szczypcami LUER'a. Dłutko i młotek do tej operacyi nie nadają się. Rezekcyę łuków wykonywać należy ku górze i ku dołowi dopóty, dopóki nie odsłoniemy opony twardej, prawidłowo (t. j. nie na sino) zabarwionej. Po zabiegu porażenia ustępują stopniowo, aczkolwiek bardzo powolnie, nieraz po roku i dłużej.

T. przedstawia chorego, któremu zeszył nerw promieniowy: ponieważ końce nerwu rozeszły się na 8 ctm., T. zmuszony był w celu skrócenia kończyny wyciąć część trzonu kości ramieniowej na przestrzeni 6 ctm. Chory wyzdrowiał.

W dyskusyi TROJE poleca do rezekcyi łuków kręgowych piłkę GIGLI'ego.

8) TILLMANN — Greifswald. „Przyczynek do złamań czaszki“. We wstępie T. rozpatruje przyczyny, wywołujące wstrząśnienie mózgu: 1) spadnięcie na głowę ze znacznej wysokości, 2) uraz czaszki, spoczywającej na podporze, 3) uraz czaszki w położeniu głowy swobodnem.

Wychodząc z założenia, że zawartość czaszki składa się z substancyi różniących się pomiędzy sobą tak co do ciężaru gatunkowego, jako też spoistości, T. robił odnośne doświadczenia na odpowiednio przygotowanych wzorach. Z doświadczeń tych wynika, że przy wstrząśnieniu mózgu pękają naczynia włosowate, powodując w ten sposób wynaczynienia w korze mózgowej. Bardzo ważnem jest przytem, że powstaje pewne upośledzenie równowagi fizycznej pomiędzy istotą białą i szarą mózgu. Zaburzenia takie powstają we wstrząśnieniach mózgu, wywołanych 1) i 3). W przypadkach 2) i w złamaniach czaszki do wstrząśnienia mózgu zazwyczaj nie dochodzi.

Dyskusya. GUSSENBAUER, powracając raz jeszcze do odczytu KOCHER'a, dowodzi, że wycięcie blizny w obrębie czaszki jest w stanie usunąć objawy padaczki na czas bardzo długi, choć nie na zawsze. G. tłumaczy przypadek, dotyczący dziwnego wypadnięcia mózgu, przez KROENLEIN'a opisany, na zasadzie własności fizycznych prasy hydraulicznej. TILLMANN'owi G. przyznaje słuszność, nadaje jednak większe znaczenia wynacznieniom w mózgu.

9) FRIEDRICH — Lipsk: „O znaczeniu dla ran drobnoustrojów powietrznych i o ich wchłanianiu“. Na zasadzie doświadczeń odpowiednich F. przekonał się, że 1) drobnoustroje, z powietrza na ranę padające, nie przedostają się tak łatwo do układu krążenia, 2) w samej ranie drobnoustroje poczynają się rozmnażać dopiero po 7 godzinach, 3) nader ważnym czynnikiem jest w tym razie ciśnienie, pod którym zakażenie się odbywa. F. powiodło się, bowiem, stwierdzić, że przy prostym pogrążaniu ran w czyste hodowle karbunkulowe na 30—40 minut, świnki morskie zachowywały się odpornie, tymczasem te z nich, którym wstrzyknięto te same hodowle, zginęły w bardzo krótkim czasie.

10) SENGER — Krefeld w odczycie „O próbach doświadczalnych i klinicznych nad odkażaniem skóry“ rokuje przyszłość w tej mierze kwasowi solnemu oraz nadtlenkowi manganu (*kali hypermang.*) i proponuje bardzo złożony sposób odkażania skóry, kończący się na zastosowaniu kwasu siarczanego (?).

11) SCHNITZLER — Wiedeń: „O drobnoustrojach w postaci skrytej“ Odczyt ważny jest z chirurgicznego punktu widzenia, ponieważ stwierdza fakt doniosły, że i w ustroju zdrowym gdzieśdzie się mogą drobnoustroje chorobotwórcze. Inaczej bowiem trudnoby było wytłumaczyć nawroty wyleczonego zapalenia szpiku kostnego (*osteomyelitis*), następce ropienia po urazach i t. p. S. znajdował gronkowce po upływie półtora roku w bliźnie po wygojonem zapaleniu szpiku kostnego. KOCH odkrył laseczники, zdolne do wywołania objawów swoistych, w wyleczonem ognisku gruźliczem po upływie 17 lat. Przyczyną, powołującą do życia drobnoustroje skryte, może być nie tylko obrażenie miejscowe lecz i ogólne. Zgodnie z KOCHER'em twierdzi SCHNITZLER, że zapalenie szpiku kostnego po urazie powstaje wtedy, gdy w danem miejscu skrycie istniały już przedtem gronkowce.

12) PERTHES — Lipsk: „O raku wodnym i jego zarazku“. Mówca zaznacza trudności w odszukaniu swoistego zarazka raka wodnego ze względu na stopień zniszczenia tkanek. Pomimo to, powiodło mu się wykryć grzybki w postaci nitki, przypominających nieco grzybki, *resp.* drobnoustroje właściwe promienicy. Prócz P. twory podobne spostrzegali SCHIMMELBUSCH i inni. Mówca znajdował grzybki w pasie, oddzielającym tkankę zdrową od zgorzelinowej. Szczepienia nie doprowadziły do wyników dodatnich. P. radzi stosować w leczeniu raka wodnego termokauteryzację, przekładając ją nad wstrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej.

(C. d. n.).

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Mikołaj REJCHMAN. „O przewlekłych biegunkach, o rozpoznawaniu ich różniczkowym i leczeniu“. Odczyty kliniczne. Nr. 123 (Zeszyt 3 seryi XI). str. 32.

Oznaczona w tytule praca wypełnia brak, dający się odczuwać nie tylko w naszej literaturze. Autor omawia rzecz całą istotnie treściwie, ale dobrze, z znaczenia godną systematycznością. Dla ułatwienia oryentowania się w rozma-

tych rodzajach biegunki, autor, po krótkim wstępie treści ogólnopatologicznej, o możliwych wogóle przyczynach zaburzeń w wydalaniu kału, dzieli wszystkie biegunki na 12 grup, a mianowicie: biegunki nerwowe, wskutek chorobowych zmian krwi, zaburzeń w krwiobiegu, wskutek złego przeżuwania pokarmów, wskutek chorób żołądka, wskutek zmian anatomicznych w kiszkiach, wskutek nieodpowiedniego żywienia się, zaparcia stolca, zwiększonego wydzielania żółci, nieprawidłowych fermentacji oraz gnicia zawartości przewodu kiszkiowego, biegunki wskutek obecności pasorzytów kiszkiowych oraz—wskutek zmian chorobowych otrzewny i gruczołów kreskowych. — Każdy z tych rodzajów biegunek autor opisuje oddzielnie, z nich ważniejsze, jak biegunki wskutek zmian anatomicznych w kiszkiach, wskutek nieprawidłowego rozkładu pokarmów, nerwowe, dość szczegółowo. Nie robimy autorowi zarzutu z pewnej nieuniknionej szematyczności w podobnym opisie, gdyż i tak każdy czytelnik zrozumie, iż niektóre z tych rodzajów biegunek wikłają się wzajemnie, a jasność wykładu na tem rozgraniczeniu oddzielnych postaci biegunek zyskuje. — Ta sama uwaga stosuje się i do leczenia biegunek, opisanego przez autora z jasnością rzadko spotykaną w podręcznikach specjalnych. Zazwyczaj bierze się pod uwagę, że różne przyczyny biegunek wikłają się wzajemnie, i podaje się tak ważny dział o leczeniu biegunek w ogólnych zarysach, bez podkreślenia odnośnych szczegółów dla każdego rodzaju biegunki. Autor, przeciwnie, zrobił to ostatnie może trochę za szematycznie, ale za to tak jasno i tak drobiazgowo dokładnie, iż każdy myślący lekarz skombinuje z łatwością leczenie w odnośnym przypadku. Wiemy, jak powoli dochodzi się doświadczeniem do rozważnego leczenia biegunek. To też wdzięcznym tylko można być autorowi, że pracę tę każdemu początkującemu lekarzowi odczytem swym niewątpliwie ułatwił.

W. J.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= PARISOT, opierając się na teorii samozatrucia w *pruritus senilis*, leczy go środkami przeciwniepalnymi wewnętrznymi: przy mlecznej dyecie daje chorym benzo-naftol w dawce dziennej 2 grm. Dobry skutek autor widział po upływie 24 godzin. (Semaine medic. 1899. Nr. 2).

= Sophie GRUMPELT spostrzegła przypadek zatrucia przy stosowaniu kwasu bornego *per rectum* w ławatywie. Chora, cierpiąca na *enteritis chronica*, robiła sobie 2 razy dziennie wlewania do prostnicy $\frac{1}{4}$ litra wody ciepłej, w której był rozpuszczony kwas borny w ilości łyżeczki od kawy. Po czwartym wlewaniu wystąpiła nadzwyczajnie bolesna suchość skóry, ból głowy i nudności. Objawy te natychmiast ustąpiły po zaprzestaniu ławatyw i wracały przy każ-

dorazowym ich zastosowaniu. (Semaine medic. 1899. Nr. 2).

= EXNER przed kilkoma miesiącami ogłosił drukiem rozprawę, w której wypowiada zdanie, iż glikozurya prawie zawsze zjawia się w kamicy żółciowej, jest zatem ważnym objawem rozpoznawczym. W celu sprawdzenia tego przypuszczenia, KEUSCH w klinice MIKULICZA przeprowadził szereg badań i na 80 przypadków kamicy żółciowej, stwierdzonej na stole operacyjnym, tylko w jednym spostrzegł glikozuryę, i to niewiadomem było, czy w danym przypadku glikozurya zależna była od kamicy żółciowej, czy też miano do czynienia wprost ze zwykłą moczówką cukrową. (Deut. med. Woch. Nr. 7).

M. D.

Wiadomości bieżące.

— Kol. Z. DMOCHOWSKI mianowany został prosektorem przy katedrze anatomii patologicznej w Uniwersytecie Warszawskim.

— W ostatnich dniach zeszłego miesiąca mieliśmy sposobność zwiedzić Instytut szczepienia ospy ochronnej d-ra TCHÓRZNICKIEGO. Składa się on z dwóch oddziałów: pracownia mieści się na Pradze przy ul. Olszowej Nr. 14, ambulatoryum zaś w Warszawie przy ul. Daniłowiczowskiej. Pracownia składa się z dwóch pokoi. W pierwszym z nich znajduje się sala operacyjna dość duża o dwóch oknach widnych, wychodzących na Wisłę, dopływ do niej czystego powietrza jest zupełnie zapewniony; podłoga ułożona z płytek terrakotowych, ściany malowane olejno. Na jednej ze ścian mieści się kocioł sterylizacyjny, w którym ciepłota może być doprowadzoną do 180 stopni. Tuż obok mieści się aparat do grzania wody, służącej do mycia rąk, i zlew, po nad którym również znajduje się naczynie szklane z roztworem sublimatu, używanym do mycia rąk przed i po operacji szczepienia na cielętach. Rury ze sterylizatora i od zbiornika wody grzanej przeprowadzone są po nad stół operacyjny, po nad którym umieszczono również roztwory środków odkażających. W innem miejscu ustawiono autoklaw-sterylizator najnowszej budowy do wyjaławiania waty, merli i gliceryny; przyrząd ten jest bardzo dobrze urządzony i pozwala doprowadzać ciepłotę do znacznej wysokości oraz oziębiać zbierającą się parę w oziębialniku. Na innej ścianie umieszczony jest aparat do wyjaławiania szkła za pomocą suchego ogrzanego powietrza, a tuż obok stoi przyrząd do wyjaławiania narzędzi. Na środku pokoju ustawiono stół operacyjny, tak urządzony, że cielę może być wygodnie przymocowane wtedy jeszcze, gdy ruchomy blat stołu znajduje się w poło-

zeniu pionowem. Po umieszczeniu cielęcia na stole wymywa się i odkaża troskliwie przed zaszczepieniem pole szczepienne. Po zaszczepieniu nakłada się specjalny opatrunek, chroniący od zanieczyszczenia. Pod stołem operacyjnym znajduje się ściek do kanału i studzienka rewizyjna. Zmiana opatrunków i kontrola procesu szczepiennego odbywa się w miarę potrzeby, a przed zdjęciem limfy powtórnie myje się należyście pole szczepienne. W drugim pokoju, przylegającym do pierwszego, umieszczona jest szafa z zapasami instrumentów, szkła, środków opatrunkowych i t. d. Tamże ustawiona jest lodownia węzowa dla przechowywania krowianki, jak również najnowszy aparat, konsola-turbina, służąca do mielenia, napełniania i zatapiania rurek z krowianką. Przyrząd ten połączony jest z wodociągiem i gazem, a urządzony nadzwyczaj pomysłowo. Dopełniają urządzenia pracowni stoły marmurowe, na których ustawiono mikroskopy i wagi chemiczne. W obórcie dla cieląt podłoga, wylana asfaltem, posiada ścieki. Z przeprowadzonego kranu wodociągowego łatwo bardzo zmywać podłogę. Kol. TCHÓRZNICKI na wzór Wiednia szczepi cielęta półroczne i karmi je owsem i sianem. Kol. TCHÓRZNICKI nie oddziela limfy od detrytu, łączy je razem w jednym materiale, zwanym krowianką, twierdząc, że tylko w naturalnem połączeniu limfa i detryt zachowują dobrze moc i siłę szczepienną. Jak widzimy, pracownia Instytutu kolegi T. urządzona jest wzorowo. Zastosowano w niej wszystko to, co nowoczesna nauka uważa za dobre, właściwe i konieczne.

— W dniu 10 b. m. odbyło się poświęcenie kamienia węgielnego pod gmach kliniki chorób wewnętrznych w Krakowie.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do wiadomości, że z funduszu imienia d-ra med. i chir. Leona KONITZA przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1902 roku, jako w rocznicę zgonu d-ra KONITZA, nagroda pieniężna, odpowiednio do wartości naukowej pracy, albo w kwocie rb. 570, złożonej z 2-ch nagród: jednej pozostałej z poprzedniego konkursu i drugiej przypadającej na bieżący trzechletni okres konkursowy, albo też przyznane będą dwie nagrody każda po rb. 285, za najlepsze prace oryginalne, w języku polskim, poświęcone li tylko chorobom kobiecym lub akuszerii, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 2 kwietnia 1899 roku do dnia 31 marca 1902 roku. Przedmiotem prac mogą być tak kliniczne jako też laboratoryjne badania we wzmiarkowanej specjalności, jako też podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 marca 1902 roku — przedstawić Towarzystwu prace w rękopismach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Wszystkie prace nadesłane być mają pod adresem „Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7) lub przedstawione za pośrednictwem jednego z Członków, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia KONITZA. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłumaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z pomiędzy prac w rękopismach przedstawionych należy do Towarzystwa Lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące tematy do nagrody konkursowej z funduszu zapisanego przez d-ra Walentego KOCZOROWSKIEGO: 1) Badania kliniczne i doświadczalne w sprawie dezynfekcji przewodu pokarmowego. (Badanie może dotyczyć środków nowych, lub dotychczas niepróbowanych); 2) Zbadanie przyczyn zabarwienia zielonego biegunek u dzieci; 3) Zbadanie własności morfologicznych i składu chemicznego pasorzytów, występujących przy *Favus*, *Herpes tonsurans*, lub *Eczema marginatum*; 4) Zbadanie dokładne jednego z produktów bakterii gruźliczych; 5) Anatomia patologiczna i warunki powstawania żylaków (*varices*); 6) Badania bakteriologiczne różnych postaci zapalenia pęcherza moczowego (*cystitis*). 7) Badania doświadczalne nad wycinaniem płuc (*Pneumectomy*). Termin nadesłania prac oznacza się do dnia 31 marca 1900 roku. Za najlepszą pracę napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 7 tematów wyznacza się nagroda rs. 300. Takich nagród jest dwie. Rozprawy nagrodzone wydrukowane będą nakładem Towarzystwa Lekarskiego w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autorów. Prace nadesłane być mają w rękopismach pod adresem „Sekretarza stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“ (ulica Niecała Nr. 7), z zachowaniem zwykłych form konkursowych, to jest nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały *D-r Brodowski*.

Sprostowanie. Na str. 503 w wierszu 5-ym od dołu zamiast „*periaadenitis*“ winno być „*perialienitis*“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Дополнено Цензурою Варшава 3 Июня 1899 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.