

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. Ś. p. Józef Majer. — Malakina, Podał A. Białobrzewski. — Kaziuistka 100 spostrzeżeń przypadkowego pozostawienia w jamie brzusznej ciał obcych używanych przy operacyach. Podał Fr. Neugebauer. (Ciąg dalszy). — **STRESZCZENIA i WYCIĄGI.** 51. Przypadek choroby Friedreich'a z autopsya. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 16 i 30 maja r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 1 i 3 czerwca r. b. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WILEŃSKIEGO. Posiedzenie z dnia 12 czerwca r. b. — Ze zjazdu lekarzy internistów w Karlsbadzie (11 — 14 kwietnia r. b.). (Ciąg dalszy). — **BIBLIOGRAFIA i KRYTYKA.** J. Skłodowski. O niedrożności przewłękłej kiszki cienkiej. — **DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI.** — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCYNĄ”

GAZETTE MEDICALE HÉBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r A. Białobrzewski—Sur la malakine. 2) D-r Fr. Neugebauer—100 cas de corps étrangers laissés accidentellement dans la cavité abdominale pendant l'opération.

Redaction: Dr. M. Sadowski Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNĄ”

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r A. Białobrzewski—Ueber Malakin. 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.

Ś. P.

JÓZEF MAJER

Doktor medycyny, b. prezes Akademii Umiejętności w Krakowie, b. rektor, dziekan i profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, mąż prawdziwej nauki i wielkich zasług zmarł w Krakowie w dniu 3 lipca r. b. w 92 roku życia.

MALAKINA.

Podał

ALEKSANDER BIAŁOBRZESKI

Ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Malakina czyli *Ortooxybenzoliden-p-phenetidin*, *salicyden-p-phenetidin* [$C_6H_4(OC_2H_5)N$; $CH C_6H_4(OH + H_2O)$], drobne jasno żółte kryształy formy cienkich igieł, nie rozpuszcza się w wodzie, trudno rozpuszcza się w zimnym, a łatwo w gorącym wyskoku. W roztworach ługu żrącego rozpuszcza się, zabarwiając je na kolor żółty. Słabe kwasy mineralne rozkładają malakinę na salicylaldehyd i p-phenetidin. Kryształy malakiny topią się przy ciepłocie 92° . Smak posiada malakina mdławo słodki, zapachu nie ma. Otrzymuje się malakina drogą kondensacji p-phenetidiny i salicylaldehydu.

JAQUEL usilnie zalecał malakinę w reumatyzmach, w nerwobólach, a von BAUER zachwalał jej działanie przeciwgorączkowe w gruźlicy.

Zachęcony pochwałami wyżej wspomnianych i wielu innych autorów, zacząłem się wypróbowaniem działania malakiny w gruźlicy, ostrych, podostrych i przewlekłych, mięśniowych i stawowych cierpieniach reumatycznych, zapaleniach osierdzia i wsierdzia, zapaleniu stawów zniepodobniającem i nerwobólach. Wyniki, otrzymane przeze mnie, były bardzo dobre w ostrem gościcowem zajęciu stawów i mięśni, osierdzia i wsierdzia, zadawalające w podostrych cierpieniach gościcowych i nerwobólach, nie zbyt dodatnie w gruźlicy wobec wysokiej ciepłoty i potów, a zupełnie ujemne w cierpieniu stawów zniepodobniającem. Najlepsze wyniki dawała malakina w ostrych reumatyzmach z powikłaniami ze strony serca: zajęciem osierdzia i wsierdzia. Ciepłota szybko się obniżała, a po kilku dniach wracała do stanu prawidłowego; choroby nie potnieli, co stanowi bardzo męczący i nieprzyjemny objaw leczenia salicylem, bóle znikwały, samopoczucie chorych szybko się polepszało, nie występował ani szum w głowie, ani głuchota i zawroty głowy, które tak często zjawiają się przy znacznych dawkach salicylu. Nie spostrzegałem również ani razu działania ujemnego na serce i tętno. Na narządy trawienia malakina, jak się zdaje, nie wywiera wpływu ujemnego, przynajmniej ja nie widziałem ani razu zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, aczkolwiek niektórzy chorzy otrzymywali po 8,0 malakiny na dobę. Zwykle dawałem chorym dorosłym 4,0 do 6,0 na dobę po 0,5 na dawkę w opłatkach z powodu nieprzyjemnego smaku malakiny. Niektórzy chorzy dostawali po 1,0 osiem razy na dobę bez żadnych ubocznych niepożądanych objawów. Na wydzielanie moczu malakina nie wywiera żadnego wpływu. Dla dokładniejszego przedstawienia działania malakiny pozwolę sobie przytoczyć historię chorób niektórych ze spostrzeganych przeze mnie w klinice przypadków. Z bardzo znacznej liczby chorych, którzy byli leczeni malakiną w klinice, ambulatoryjnie i na mieście, przytoczę tylko niektóre przypadki kliniczne, nadmienając, że w innych działaniu malakiny było zupełnie takie same, a przytaczanie wszystkich spostrzeżeń stanowiłoby zbyt uciążliwy balast, niepotrzebnie nużący czytelników. Z tych samych względów nie będę przytaczał historii chorób całego szeregu suchotników, u których przy stosowaniu malakiny otrzymywałem wyniki wca-

le nie lepsze, niż dają inne środki przeciwgorączkowe, to samo należy powiedzieć o przypadkach cierpienia stawów zniepokojającego. Pozwolę sobie tylko zauważyć, że są to cierpienia, w których wszelkie inne lekarstwa nie dają stałych i pewnych korzyści

Ograniczę się do kilku przypadków gościa ostrego z powikłaniem ze strony serca i bez niego, jednego przypadku ostrego zapalenia mięśni na tle reumatycznym i jednego przypadku *lumbago* z bólami wzdłuż obydwóch nerwów kulszowych. We wszystkich wspomnianych cierpieniach otrzymywałem przy stosowaniu malakiny wyniki szybsze i pewniejsze, niż przy stosowaniu salicylu, a w nerwobólach lepsze, niż przy stosowaniu antypiryny i fenacetyny. Tak, na przykład, w jednym przypadku rwy kulszowej prawostronnej cztery dawki po 0.5 malakiny przerwały bóle, których nie zmniejszały inne środki, stosowane w przeciągu tygodnia.

1) N. P. 19 lat, służąca, niezamężna, zapisała się do kliniki 4 października 1898 r. ze skargami na bóle głowy, gorączkę, bicie serca, bóle w okolicy serca, w prawym ramieniu, łokciu, palcach prawej ręki, w obu stawach kolanowych i skokowych. Choroba rozpoczęła się 10 dni temu dreszczami, gorączką, bólem gardła. Po trzech dniach ból gardła przeszedł, a wystąpił ból i obrzmienie nóg na wysokości kostek i stóp z początku prawej, potem lewej. Po dwóch dniach obrzmiały i zaczęły boleć kolana, a następnie stawy prawej górnej kończyny, i wystąpiły bóle i klucie w okolicy serca. Przy badaniu znaleziono następujące zmiany: powiększenie serca, przeważnie na prawo, przedskurczowy szmer u wierzchołka i wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej. Tętno 96 małe, słabo napięte. Obrzmienie, zaczerwienienie i bolesność stawów prawej ręki, obu kolan i stóp, ruchy w zajętych stawach mocno bolesne i ograniczone. Ciepłota wieczorem 38,6°, rano 38,4°. Zalecono malakinę po 0,5 osiem proszków dziennie. Następnego dnia ciepłota rano 38,1°, wieczorem 37,6°, bóle mniejsze, chora czuje się znacznie lepiej. Trzeciego dnia ciepłota 37,8° i 37° i więcej nie podnosiła się ponad 37,5°; bóle w sercu przeszły, wymiary serca stopniowo się zmniejszały, i po 6 dniach pozostało nieznaczne powiększenie na prawo, szmer przedskurczowy u wierzchołka i akcent na drugim tonie tętnicy płucnej. Bóle i obrzmienie stawów stopniowo przeszły zupełnie, a ruchy były swobodne i niebolesne. Po ośmiu dniach chora się wypisała, uważając się za zupełnie zdrową.

2) L. J. 35 lat, mamka, przybyła do kliniki 6 października 1898 roku ze skargami na dreszcze, gorączkę, bóle głowy, bóle w lewej połowie klatki piersiowej, w obydwóch kolanach i stawach skokowych. Choroba rozpoczęła się dreszczami, gorączką i bólami w wymienionych stawach przed 3 tygodniami, a po 10 dniach wystąpiły bóle w lewym boku. Przy badaniu znaleziono drugi szmer w aorcie, akcent na drugim tonie tętnicy płucnej, powiększenie serca w obydwu wymiarach. Tętno 120 szybkie i twarde, zajęte stawy mocno bolesne, ruchy w nich ograniczone. Ciepłota wieczorem 39°, rano 38,8°. przepisano malakinę po 0.5 dziesięć proszków dziennie. Następnego dnia gorączka zrana 38°, wieczorem 38,5°; bóle mniejsze. Trzeciego dnia ciepłota rano 38 3/4°, wieczorem 37,6°; chora czuje się znacznie lepiej. Czwartego dnia ciepłota rano 37,6°, wieczorem 37° i już nie podniosła się ponad 37,4°. Bóle szybko się zmniejszały, a po siedmiu dniach zupełnie zginęły, i ruchy w zajętych stawach wróciły. Bóle w lewym boku przeszły zupełnie, serce znacznie się zmniejszyło, szmer w aorcie i akcent drugiego tonu tętnicy płucnej pozostały. Po 11 dniach chora wypisała się jako zupełnie zdrowa.

3) P. F. 18-lat, służąca niezamężna, przybyła do kliniki 9 listopada ze skargami na dreszcze, gorączkę, bóle głowy, bóle w okolicy serca, lewym kolanie, obu stawach skokowych i w stawach rąk. Choroba rozpoczęła się przed 2 tygodniami zajęciem lewego kolana, a następnie innych stawów. Bóle w okolicy serca wystąpiły przed 3 dniami. Przed rokiem przechodziła ostry reumatyzm stawowy. Przy badaniu znaleziono powiększenie serca w obu wymiarach, szczególnie na prawo, przedskurczowy szmer u wierzchołka, szorstki, drapiący, przenoszony i na inne otwory serca i akcent na drugim tonie tętnicy płucnej. Tętno 120, nie napięte, miękkie. Wątroba trochę powiększona, więcej lewy płąt, niż prawy, i bolesna przy ucisku. Zajęte stawy zaczerwienione, obrzmiałe, w lewym kolanie znaczna ilość wysięku. Ruchy w chorych stawach bardzo bolesne. Gorączka wieczorem 39° , rano $38,7^{\circ}$. Przepisano malakinę po 1,0 pięć proszków dziennie. Następnego dnia gorączka rano 39° , wieczorem $39,3^{\circ}$, bóle większe, uskarża się na silną duszność. Trzeciego dnia gorączka zrąna $38,2^{\circ}$, wieczorem $38,2^{\circ}$, bóle mniejsze, duszności niema; ogólny stan znacznie lepszy. Czwartego dnia ciepłota rano $37,5^{\circ}$, wieczorem $37,8^{\circ}$, bóle w stawach znacznie mniejsze, bólów w okolicy serca i duszności niema, rozmiary serca mniejsze, pozostało tylko nieznaczne powiększenie tętności serca na prawo. Szóstego dnia ciepłota rano 37° , wieczorem $37,8^{\circ}$, bóle mniejsze. Siódmego dnia ciepłota rano $37,1^{\circ}$, wieczorem $36,6^{\circ}$, stawy nie obrzmiałe i niebolesne z wyjątkiem lewego kolana, w którym znajduje się wysięk. Stan serca bez zmiany. Tętno 96 małe, miękkie. Ósmego dnia ciepłota rano 37° , wieczorem $37,5^{\circ}$, ogólny stan dobry. Dziewiątego dnia ciepłota rano 37° , wieczorem $37,4^{\circ}$. Bóle w stawach przeszły zupełnie; ruchy w nich swobodne, wysięku w lewym kolanie niema. Serce powiększone na prawo; miękki dmuchający szmer przedskurczowy u wierzchołka, akcent na drugim tonie tętnicy płucnej. Tętno 80 pełne, miękkie. Wątroba nie powiększona. Chora przeleżała w klinice jeszcze 4 dni i wypisała się, czując się zdrową. Objawy ze strony serca pozostały bez zmiany. Chora w klinice przebyła 13 dni.

4) G. S. 36 lat, giser, przybył do kliniki 2 listopada ze skargami na bóle w stawach: biodrowym i kolanowym lewej nogi i na rwę kulszową w nodze prawej. Choroba rozpoczęła się dreszczami, gorączką, bólem w kolanie, a następnie w stawie biodrowym lewej nogi. Po 7 dniach wystąpiły bóle w nodze prawej i uczucie ciężaru i ściskanie w okolicy serca. Bóle stawowe chory przechodzi po raz trzeci, rwę kulszową po raz pierwszy. Przy badaniu znaleziono obrzmienie i zaczerwienienie lewego kolana, silny ból przy ruchu i ucisku zarówno w kolanie, jak i w stawie biodrowym, bolesność na przebiegu prawego nerwu kulszowego, serce powiększone na prawo; szmer przedskurczowy, szorstki u wierzchołka, słyszalny i przy innych otworach, akcent na drugim tonie tętnicy płucnej. Ciepłota wieczorem $38,9^{\circ}$, rano $38,1^{\circ}$. Chory w przeciągu trzech tygodni brał salicyl do 8,0 na dobę i jodek potasu do 2,0 na dobę bez widocznego polepszenia. Wtedy zalecono malakinę 0,5 dziesięć proszków dziennie. Po dwudniowym leczeniu malakiną nastąpiło znaczne polepszenie: ciepłota opadła do $37,2^{\circ}$ — $36,8^{\circ}$, bóle w prawej nodze zupełnie znikły, a w kolanie lewym i stawie biodrowym znacznie się zmniejszyły. Po 10 dniach leczenia malakiną chory wypisał się bez bólów, z przedskurczowym szmerem w sercu i nieznacznym powiększeniem serca na prawo w bardzo dobrym stanie ogólnym.

5) N. H. 15 lat, przybyła do kliniki 22 listopada ze skargami na bóle w okolicy serca, bicie serca, duszność, kaszel, bóle w obu stawach promie-

niowopiastkowych i prawem kolanie Choroba rozpoczęła się przed 3 dniami dreszczami, gorączką, bólami w okolicy serca i w stawach Przed trzema laty przechodziła ostry reumatyzm stawowy, po którym pozostała wada serca. Badanie wykazało: nad płatem dolnym płuca prawego od tyłu stępienie tudzież osłabienie oddechu i drżenia głosowego i tarcie opłucnowe. Przekłucie dało płyn surowiczy Tępość serca powiększona w obu wymiarach; u góry tępość dochodzi do górnego brzegu 3 żebra, na lewo przechodzi na dwa palce za linię sutkową, na prawo do prawego brzegu mostka. Uderzenie wierzchołkowe w 6 międzyżebżu po za linią sutkową. U wierzchołka serca szmer skurczowy szorstki. świszczący, słychać i nad innymi otworami i u podstawy serca; tarcie osierdzia Akcent na drugim tonie tętnicy płucnej. Tętno 120 miękkie, słabo napełnione. Obydwa stawy promieniowopiastkowe i prawe kolano obrzmiałe, zaczerwienione i bolesne przy ruchach i ucisku. Ciepłota wieczorem $38,6^{\circ}$ rano $38,4^{\circ}$. Podawano malakinę po 0,5 osiem proszków dziennie. Drugiego dnia ciepłota $38,9^{\circ}$ — $38,3^{\circ}$ bóle większe, obiektywnie zmian niema. Wezykatorya na okolicę serca. Trzeciego dnia ciepłota $37,9^{\circ}$ — $37,8^{\circ}$, bóle znacznie mniejsze, chora czuje się znacznie lepiej, duszności niema. Czwartego dnia ciepłota $37,6^{\circ}$ — $37,5^{\circ}$. Bóle w okolicy serca i w stawach zupełnie przeszły, kaszel suchy, kłucie w prawym boku. Zajodynowano prawy bok. Piątego dnia ciepłota $37,2^{\circ}$ — $37,1^{\circ}$. Stawy nie obrzmiałe, nie czerwone, ruchy w nich swobodne, bólów w okolicy serca i prawym boku niema. Stępienie z prawej strony z tyłu zmniejsza się, oddech na miejscu stępienia słychać lepiej. Tarcie opłucny i osierdzia wysłuchuje się bardzo wyraźnie. Tępość serca znacznie mniejsza, u góry sięga ona do dolnego brzegu trzeciego żebra, na lewo do linii sutkowej, na prawo do połowy mostka. U wierzchołka szmer skurczowy. Tętno 108 małe, miękkie.

Następnie stan chorej szybko się polepszał; ciepłota nie przechodziła po za normę; bóle i obrzmienia stawów ustąpiły zupełnie; tępość serca zmniejszyła się i dochodzi do górnego brzegu czwartego żebra, na lewo do sutki, na prawo do połowy mostka. Tarcie osierdzia znikło zupełnie; pozostał szmer skurczowy u wierzchołka i akcent na drugim tonie tętnicy płucnej. Wysięk w prawej opłucnie wessał się zupełnie, tarcia opłucny nie słychać, oddech i drzenie głosowe jednakowe na obydwóch stronach. Chora opuściła klinikę jako zdrowa.

6) K. L. lat 13, pastuch, przybył do kliniki 14 listopada ze skargami na dreszcze, gorączkę, bóle głowy i nóg. Choroba rozpoczęła się przed 3 dniami gorączką i bólami w nogach od kolan. Chory, czując się gorzej, na trzeci dzień wyruszył ze wsi Ożarów do Warszawy i przebył przestrzeń 14 wiorstową pieszo, boso, w lekkim ubraniu podczas deszczu i zimna Przy badaniu znaleziono: serce powiększone nieznacznie w obydwu wymiarach, u wierzchołka szmer skurczowy. Tętno 120, skaczące, słabo napełnione Golenie i stopy zaczerwienione, obrzmiałe, szczególnie stawy skokowe Ruchy i ucisk bardzo bolesne. Ciepłota wieczorem $41,1^{\circ}$ rano 40° . Zaczęto podawać malakinę po 0,5 sześć proszków dziennie i położono okłady na stopy z *liquor Bouroni*. 15. XI. Ciepłota $41,2^{\circ}$ — $40,3^{\circ}$ bóle większe, obiektywne zmiany też same. 16. XI. Ciepłota $40,3^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$ bóle znacznie mniejsze, obrzmienie i zaczerwienienie zajętych kończyn zmniejszyło się. Serce nie powiększone, szmer skurczowy u wierzchołka. Tętno 108 miękkie, miarowe. 17. XI. Ciepłota $39,8^{\circ}$ — $38,5^{\circ}$, bóle mniejsze: ogólny stan lepszy. 18. XI. Ciepłota $39,1^{\circ}$ — $38,1^{\circ}$, bóle mniejsze, chory narzeka na bezsenność i zaparcie stolca. Podano *ol. ricini*. 19. XI. Cie-

pełota $37,8^{\circ}$ $37,4^{\circ}$. Bóle głowy i nóg przeszły zupełnie; zaczerwienienie i obrzmienie stawów znacznie mniejsze, serce nie powiększone; szmerów nie ma. Ciepłota więcej nie podnosiła się po nad normę, obrzmienie i bóle w kończynach dolnych znikły zupełnie. Serce nie powiększone, szmerów niema; ogólny stan chorego po 8 dniach leczenia był zupełnie dobry.

7) K. F. 19 lat, służący, przybył do kliniki 31 listopada ze skargami na gorączkę, bóle głowy, bóle w stawie prawym biodrowym i w obu dwu kolanowych, skokowych. Choroba rozpoczęła się przed 3 dniami. Przy badaniu znaleziono wspomniane stawy zaczerwienione i obrzmiałe, bolesne przy ruchach i ucisku. Ciepłota $38,5^{\circ}$ – 38° . W dniach 1. XII. i 2. XII. chory brał kreozotal, którego działanie w gościcu ostrym próbowałem wtedy. Bóle się zwiększały i zajęły stawy promieniowo-pięstkowe i międzypalcowe obu rąk i stawy kręgow szyjowych. Wszystko to bardzo męczy i niepokoi chorego, gdyż przeszkadza mu wykonać najmniejszy ruch głową. Ciepłota $38,9^{\circ}$ – $38,6^{\circ}$ i $38,7^{\circ}$ – $38,2^{\circ}$. Zaczęto podawać malakinę po 0,5 dziesięć proszków dziennie, a jednocześnie zaprzestano podawać choremu kreozotal. 3. XII Ciepłota $37,6^{\circ}$ – 37° , bóle mniejsze stan ogólny lepszy. 4. XII. Ciepłota $37,6^{\circ}$ – $37,5^{\circ}$, bóle w kręgach szyjowych znacznie mniejsze, w innych stawach zmniejszenie bólu nie tak wybitne; zaczerwienienie i obrzmienie stawów mniejsze; stan ogólny dużo lepszy. 5. XII Ciepłota $37,1^{\circ}$ – $36,6^{\circ}$, bóle pozostały tylko w ręce lewej, w karku i innych stawach ustąpiły zupełnie. Stan chorego polepszał się szybko: zaczerwienienie, obrzmienie i ból zajętych stawów ustępowały, a po 10 dniach pobytu w klinice chory wypisał się w dobrym stanie.

8) C. M. 19 lat, służąca, niezamężna, przybyła do kliniki 6 listopada ze skargami na gorączkę, bóle głowy, w prawem kolanie i lewym stawie promieniowo-pięstkowym. Choroba rozpoczęła się przed 6 dniami. Przy badaniu znaleziono: zajęte stawy obrzmiałe i czerwone, bolesność w nich znaczna, w prawem kolanie wysięk. Ciepłota 39° – $38,7^{\circ}$. Zalecono malakinę po 0,5 dziesięć proszków dziennie. 7. XI Ciepłota $38,8^{\circ}$ – $38,4^{\circ}$ bóle mniejsze. 8. XI. Ciepłota $38,1^{\circ}$ – 37° , bóle w lewym stawie promieniowo-pięstkowym przeszły zupełnie, w kolanie znacznie mniejsze. 9. XI. Ciepłota $37,8^{\circ}$ – 37° , bóle i wysięk w prawem kolanie znacznie mniejsze, ogólny stan dobry. 10. XI Ciepłota $37,8^{\circ}$ – $37,4^{\circ}$, wysięk szybko znika, bólów niema zupełnie, ruchy nie bolesne. 11. XI Ciepłota $37,4^{\circ}$ – 37° , bólów niema, wysięk bardzo nieznaczny. 12. XI. Chora wypisuje się bez bólów, wysięku, z zupełną swobodą ruchów w zajętych kończynach. Ciepłota prawidłowa, stan ogólny zupełnie dobry.

9) K. S. 62 lata, wyrobnik; przybył do kliniki 2 listopada ze skargami na bóle w prawej łopatce, ramieniu i kolanie, które się rozpoczęły przed 5 dniami. Nie gorączkuje, przechodził przymiot i nadużywa wysoko. Przy badaniu znaleziono: przewlekłe zapalenie nerek, stwardnienie naczyń, rozedmę płuc i powiększenie serca na prawo. Ból w zajętych stawach silny, powiększa się przy ruchach i ucisku. Przepisano malakinę 0,5 osiem proszków dziennie. Po 4 dniach leczenia malakiną bóle zupełnie przeszły, ruchy w zajętych stawach nie bolesne, i chory wypisał się, uważając się za wyleczonego.

10) S. W. 37 lat, cieśla, przybył do kliniki 19 października ze skargami na silne bóle w krzyżu i prawej nodze, niemożność chodzenia i stania od 9 dni. Przy badaniu znaleziono znaczną bolesność przy ruchach i ucisku w krzyżu i wzdłuż prawego nerwu kulszowego. Chory leży z wyciągniętą kończyną, i najmniejszy ruch wywołuje silne bóle. Gorączki niema. Podawano malakinę po 0,5 osiem proszków dziennie. Następnego dnia bóle rozszerzyły się na le-

wą nogę. Po dwudniowym stosowaniu malakiny bóle zmniejszyły się, najpierw w krzyżu, później w prawej, a w końcu w lewej nodze. Po 4 dniach bóle znikły zupełnie, i chory wypisał się zdrowy.

11) D. P. 65 lat, wyrobница, przybyła do kliniki 24 października ze skargami na bóle w lewej łydce, niemożność chodzenia. Przy badaniu znaleziono silną bolesność w mięśniach lewej łydki, nie pozwalającą na najmniejsze ruchy kończyną. Serce powiększone na prawo, szmer przedskurczowy u wierzchołka i akcent na drugim tonie tętnicy płucnej. Chora nie gorączkuje. Zalecono malakinę po 0,5 sześć proszków dziennie. Po 4 dniowym użyciu malakiny bóle przeszły zupełnie; ruchy w kończynie niebolesne; chora wypisuje się, jako zdrowa.

Z przytoczonych spostrzeżeń widoczne jest bardzo skuteczne działanie malakiny w cierpieniach ostrych reumatycznych, przewyższające pod niektórymi względami kwas salicylowy i salicylan sodu. Na korzyść malakiny przemawia brak objawów ubocznych, szybkość i pewność działania. W niektórych cierpieniach, powikłanych zaburzeniami ze strony serca i nerek, malakina posiada tę zaletę, że nie wywiera ujemnego działania na czynności tych narządów i powinno by zupełnie wyrugować użycie salicylu, który, wywierając wpływ niekorzystny na czynność serca i wydzielanie moczu, przedstawia pewne niedogodności i może być stosowany z wielką ostrożnością. Malakina również jest wskazana u osób, u których salicyl wywołuje zaburzenia w trawieniu. Zapalenia osierdza i wsierdza ostre i przewlekłe stanowią też wskazanie do zastosowania malakiny. Mniej dobre wyniki daje malakina w podostrych reumatycznych cierpieniach stawów i mięśni i nerwobólach, nie ustępuje ona jednakże salicyłowi i czasami działa skutecznie tam, gdzie inne środki zawiodły; w innych razach zawodzi zupełnie. Nierozpuszczalność w wodzie i dosyć wysoka cena stanowią przeszkody w rozpowszechnieniu użycia malakiny.

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

Podał

FRANCISZEK NEUGEBAUER

Ordynator oddziału ginekologicznego szpitala Ewangelickiego.

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 26).

Wyniki tej kazuistyki (z pominięciem przypadku Nr. 101).

Na 100 przypadków wyzdrowiało operowanych 58, a zmarło 42, lecz powodem śmierci bynajmniej nie we wszystkich przypadkach było ciało obce, w jamie brzusznej pozostawione, a posocznica, wskutek której operowana osoba zmarła w kilka dni po operacji na septyczne zapalenie otrzewny.

Jakie ciała obce pozostały w poszczególnych przypadkach?

29 razy gąbka, 28 razy tampon lub serweta z gazy, 4 razy dren, 1 raz klamp RICHELOT'a, 1 raz obrączka, 1 raz kawał szkła, 17 razy nie powiedziano, jakie ciało obce, 19 razy pinceta hemostatyczna.

29 razy pozostawiono gąbkę: N. 4, 5, 9, 17, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 35, 36, 52, 53, 56, 61, 63, 64, 66, 68, 69, 71, 72, 73, 87.

28 razy pozostawiono tampon lub serwetę z gazy: N. 1, 2, 7, 8, 18, 21, 30, 31, 37, 39, 42, 43, 44, 49, 50, 51, 55, 57, 58, 59, 60, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 99.

4 razy dren: N. 6, 47, 70, 98.

1 raz klamp RICHELOT'a N. 89.

1 raz obrączkę N. 29.

19 razy pincetę hemostatyczną: N. 3, 10, 16, 19, 34, 38, 40, 41, 45, 46, 48, 54, 62, 65, 67, 75, 88, 91, 100.

17 razy nie powiedziano, jakie mianowicie ciało obce pozostawiono w jamie brzusznej, 1 raz ułamek szkła N. 92.

W trzech przypadkach pozostawiono po dwa ciała obce, mianowicie: w przypadku N. 38 dwie pincety, w przypadku N. 2 dwa tampony z gazy, (jeden wyszedł *sponte per anum*, drugi wydobyto przy wtórnej koeliotomii) N. 60 (obie serwety wydzieliły się z ropnia ściany brzusznej).

I. Los operowanych przy pozostawieniu w jamie brzusznej pincety: 19 przypadków.

6 chorych zmarło wkrótce po operacji wskutek septycznego zapalenia otrzewny niezależnego od pozostawienia pincety w jamie brzusznej.

1 chora zmarła blisko w 6 miesięcy po operacji wtórnego cięcia brzuszego, dokonanego wskutek arteryalnego krwotoku o źródle niewiadomem. Śmierć *sub operatione ex unaemia gravissimu*: przy operacji wydobyto dwie pincety hemostatyczne, ongi przypadkiem pozostawione w jamie brzusznej. Sekcja wykazała, że końce górne pincety przedziurawiły *arteriam iliucum sinistrum externum*, i że śmierć nastąpiła wskutek arteryalnego krwotoku długo trwającego N. 38.

3 razy pinceta wydzieliła się *sponte per anum* N. 45 (po 4 latach) 46 (po 9 miesiącach) 48 (po 10 miesiącach).

1 raz pinceta dostała się do pęcherza moczowego N. 62.

3 razy pinceta wydostała się na zewnątrz przez ropień ściany brzusznej N. 65 (po 8 miesiącach) 88 (po dłuższym czasie) N. 91 (po trzech i pół miesiącach).

1 raz zauważono jeszcze przed zaszyciem rany brzusznej brak pincety i odszukano ją *in cavo Douglasii* (N. 41).

2 razy zaraz ponownie otworzono jamę brzuszną dla odszukania brakującego instrumentu N. 3 i 16.

3 razy dokonano wtórnej koeliotomii później po półtora roku N. 34, po blisko 6 miesiącach N. 38, po dwóch latach N. 40.

II. Los operowanych przy pozostawieniu w jamie brzusznej gąbki: 29 przypadków.

19 razy znaleziono gąbkę przy sekcji.

2 razy odszukano brakującą gąbkę jeszcze przed zaszyciem rany brzusznej. N. 3 N. 33, 73.

3 razy otworzono zaraz ponownie ranę brzuszną dla odszukania ciała obcego. N. 17, 28, 72.

3 razy dokonano wtórnej koeliotomii później dwa razy po 24 godzinach N. 61 i 63, raz po 4 dniach N. 64.

1 raz gąbka wyszła z ropnia pooperacyjnego ściany brzusznej N. 71 po 5 miesiącach i 18 dniach.

1 raz odkruszone części gąbki wydzielily się z przetoki pooperacyjnej w bliźnie brzusznej N. 56 po upływie więcej niż półtora roku.

III. Los operowanych przy pozostawieniu drenu: 4 przypadki.

1 raz wtórne cięcie brzuszne czwartego dnia po pierwszym N. 6.

1 raz dren wypadł przypadkowo podczas tańca z pochwy w jakiś czas po operacji. N. 47. [podług OLSHAUSEN'a chora wyciągnęła go z przetoki w bliźnie pozostałej].

1 raz znaleziono dren *in cavo Douglasii* przy sekcji dwa lata po operacji. Śmierć nastąpiła wskutek wady serca N. 98.

1 raz dren wyszedł *sponte per anum* w dwa tygodnie po operacji N. 98.

IV. Los operowanych przy pozostawieniu w jamie brzusznej kompresu lub tamponu z gazy: 28 przypadków.

7 razy tampon znaleziono przy sekcji. N. 30, 49, 51, 93, 94, 95, 96.

10 razy tampon czy też serweta wyszły *sponte* ze stolcem *per anum*.

N. 1 (po 8 miesiącach wyszła serweta 26 centymetrów długości).

N. 2 (w jakiś czas po operacji wydobyto serwetę z gazy z odbytu).

N. 7 (dwa miesiące po operacji).

N. 18 (w jakiś czas po operacji) N. 31 (6 miesięcy po operacji).

N. 37 (po 1 roku).

N. 39 (po 10 dniach).

N. 44 (dwa miesiące po operacji).

N. 50 (blisko 7 miesięcy po operacji).

N. 97 (po 12 latach).

4 razy tampon *resp.* serweta z gazy wydzielily się przez ropień następczy ściany brzusznej.

N. 21 (po 6 miesiącach).

N. 57 (po 1 roku przetoka kałowa).

N. 60 (dwie serwety: jedna po kilku miesiącach, druga 22 dni po pierwszej).

N. 90 (po dwóch tygodniach).

1 raz zapomniany tampon po symfیزیotomii wyropiał 21 dnia przez ropień rany pooperacyjnej. Tampon zginął w trakcie operacji *in cavo praevesicali* N. 43.

Dwa razy operator, wiedząc o tem, że tampon pozostał w jamie brzusznej i nie mogąc go odnaleźć pomimo poszukiwania, pozostawił go, licząc na to, że *sponte* prędzej czy później wyropieje.

N. 58 Chora wypisała się z guzem dającym się wymacać poza pęcherzem — tampon.

N. 99 Tampon wypadł z pochwy po 7 tygodniach, chora jednak zmarła wskutek piemii.

4 razy w dalszym ciągu dodano wtórne cięcie brzuszne:

N. 2 (najprzód jeden tampon wyszedł *sponte per anum*, potem wycięto macicę przez pochwę, w następstwie cięcia brzuszne wtórne wskutek zapalnego zlepu kiszek: przy operacji naddarto kiskę jedną i z niej wyciągnięto tampon drugi — przetoka kałowa: wyzdrowienie).

N. 8 Aż dwa cięcia brzuszne następcze. Jedna operacja nie radykalna z powodu zapaści pod chloroformem — przetoka kałowa; później trzecie cięcie brzuszne ze skałeczeniem pięciokrotnem kiszek i wydobyciem serwety z gazy z rany. Śmierć (pomimo operacji) w rok po pierwszym cięciu.

N. 55 Nowe cięcie brzuszne wskutek *ilei* kilka miesięcy po pierwszej operacji: z kiszki wyciągnięto wielki kompres z gazy; wyzdrowienie.

N. 59: Półtora roku po pierwszej operacji ponowne cięcie brzuszne z powodu zapalnego zlepu kiszek: wydobyto kompres z gazy. Wyzdrowienie.

SCHAUTA dwa razy ponownie jamę brzuszną otworzył dla odszukania brakującego tamponu, lecz go nie znalazł!

V. Na 100 przypadków w 40 przypadkach ciało obce znaleziono dopiero przy sekcji: 18 razy gąbkę: N. 5, 9, 20, 22—27, 32, 35, 36, 52, 53, 66, 68, 69, 87.

6 razy szczypczyki hemostatyczne N. 10, 19, 54, 67, 75, 100.

1 raz klamp RICHELOT'a N. 89.

1 raz dren SOUTHEY'a N. 70.

5 razy nie powiedziano, jakie ciało obce.

1 raz kawałek szkła N. 92.

8 razy tampon z gazy N. 8, 30, 49, 51, 93—96.

VI. 14 razy ciało obce wyszło *sponte per anum*:

3 razy pinceta arteryalna N. 45 (po 4 latach) N. 46 (po 9 miesiącach) N. 48 (po 10 miesiącach).

10 razy tampon lub serweta N. 1 (8 miesięcy po operacji bez objawów alarmujących). N. 2 (po jakimś czasie) N. 7 (po dwóch miesiącach) N. 18 (po kilku miesiącach) N. 31 (po 4 miesiącach) N. 37 (po 1 roku) N. 39 (po 10 dniach wśród objawów grożącej niedrożności kiszek) N. 44 (po dwóch miesiącach) N. 50 (po 6 miesiącach) N. 97 (po 12 latach).

1 raz dren gumowy: N. 98 (po 2 tygodniach).

VII. Dwa razy ciało obce wypadło z pochwy N. 47 (dren wypadł z pochwy przy tańcu).

N. 99 (tampon wypadł z pochwy po 7 tygodniach).

VIII. 1 raz tampon wydzielił się z ropnia 21 dni po symfizyotomii. N. 43.

IX. 11 razy ciało obce wydalone zostało przez ropień ściany brzusznej.

3 razy pinceta hemostatyczna N. 65 (po 8 miesiącach) N. 88 (przez ropień nadpachwinowy).

2 razy gąbka N. 56 (skruszona gąbka w kawałkach półtora roku po operacji) oraz N. 71 (gąbka wywołała poronienie i wyropiała w 5 miesięcy i 18 dni po operacji).

4 razy tampon z gazy lub kompres N. 21 (po 6 miesiącach) N. 57 (w rok po operacji z pozostałą, w następstwie *sponte* zamkniętą przetoką kałową).

N. 60 (w jakiś czas po operacji wydzieliła się serweta z gazy długości 130 centymetrów i szerokości 30 cm., a 22 dni później druga taka sama) N. 90 (po dwóch tygodniach).

X. 3 razy zauważono brak gąbkiczy też pincety jeszcze przed zaszyciem rany brzusznej i odszukano je N. 33 i 73 — gąbkę N. 41: pincetę.

XI. 7 razy zaraz po zaszyciu brzucha szwy ponownie zdjęto dla odszukania brakującego przyrządu: gąbki N. 4, 17, 72, 74 — tamponu N. 42 — pincety N. 3 i 16.

XII. 2 razy pozostawiono ciało obce w jamie brzusznej bez ponownego otwierania jej, licząc na to, że ciało obce prędzej lub później wyropieje N. 58 i 99 (tampony z gazy).

XIII. 1 raz przecięto tylne sklepienie pochwy i wydobyto obrączkę *ex cavo Douglasii* N. 29.

XIV. Wtórne go cięcia brzuszne dokonano 13 razy mianowicie:

4 razy w przeciągu pierwszego tygodnia N. 63 i 64 (po upływie 24 godzin), N. 28 (po 36 godzinach), N. 6 (po kilku dniach).

9 razy dokonano wtórne go cięcia brzuszne go po upływie dłuższego czasu po pierwszej operacyi:

N. 2. W jakiś czas po pierwszej operacyi wycięto macicę przez pochwę, w następstwie cięcia brzuszne wskutek zapalnego zlepu kiszki, skaleczenie kiszki i wydobyte z rany serwety z gazy, wyzdrowienie.

N. 8. W jakiś czas po pierwszej operacyi wtórne cięcie brzuszne, operacya nie radykalna z powodu zapaści pod narkozą, pozostaje przetoka kałowa, po kilku miesiącach trzecie cięcie brzuszne z pięciokrotnem pokaleczeniem kiszki i wydobyciem serwety z gazy z rany. Śmierć pomimo operacyi.

N. 34. Półtora roku po pierwszej operacyi wtórne cięcie brzuszne wskutek zapomnianej w jamie brzusznej pincety arteryalnej.

N. 37. W rok po pierwszej operacyi cięcie wtórne wskutek *ilei*, przy operacyi znaleziono bliznę, wskazującą, gdzie serweta wdrążyła do kiszki.

N. 38. Kilka tygodni po obustronnej owaryotomii zrobiono cięcie drugie wskutek zapalnego infiltratu: nie znaleziono jednak ropy. Po niespełna 6 miesiącach wtórne cięcie brzuszne z wydobyciem dwóch pincet arteryalnych, które przedziurawiły rękojeściami kiszkę ślepą, a końcami tkwiły *in lumine arteriae iliacaе sinistras externae*. Operacya dokonana w blisko 45 godzin po perforacyi tętnicy po znacznym już upływie krwi. Chora zmarła na stole operacyjnym.

N. 40. W dwa lata po operacyi ponowne cięcie brzuszne z otwarciem *intestini coeci*, w którym leżała pinceta arteryalna, której nagłówek leżał *in processu vermiformi*. Wyrostek robaczkowy wyrezekowano, wyzdrowienie.

N. 55. W jakiś czas po operacyi wtórne cięcie brzuszne wskutek *ilei*. Przy operacyi wyciągnięto z jamy brzusznej wielki kompres z gazy. Wyzdrowienie.

N. 59. W półtora roku po operacyi wtórna koeliotomia wskutek zapalnego zlepu kiszki. Skaleczono kiszkę przy operacyi, wydobyto z rany kiszki tampon; wyzdrowienie.

N. 91. 3½ miesiąca po pierwszej operacyi wydobyte pincety.

Razem więc dokonano 13 cięć brzusznych wtórnych, a w jednym przypadku nawet trzykrotnie jamę brzuszną otwierano (N. 8), a 7 razy otworzono zaraz po zeszyciu powtórnie ranę brzuszną.

XV. 3 razy rozszerzano przetoki ropiejące ściany brzusznej laminary i t. d. 1 raz (N. 56) wydzielily się okruszyny gąbki; wyzdrowienie; w innym przypadku N. 60 rozszerzono przetokę w bliźnie pooperacyjnej i wydobyto z niej serwetę z gazy długości 130 ctm. i szerokości 30 ctm., a w 22 dni później wyciągnięto drugą taką samą. Wyzdrowienie.

W jednym przypadku w przeciągu czterech lat dokonano u tejże pacjentki aż 5 operacyi, przy których powstała i przetoka kałowa i przetoka moczowa, aż nareszcie po czterech latach wydzielila się *sponte per anum* pinceta arteryalna (N. 45). Wyzdrowienie.

XVI. Uszkodzenie kiszki zanotowano 6 razy:

N. 2. Podczas wtórne go cięcia brzuszne go skaleczono kiszkę i z niej wydobyto tampon z gazy. Wyzdrowienie.

N. 8. Przy wtórnem brzuszmem cięciu wskutek zapalnego zlepu kiszek skalczono pięciokrotnie kiszki i z jednej z ran kiszki wyciągnięto serwetę z gazy. Śmierć w rok po pierwszej operacyi.

N. 38. Dwie pincety przedziurawiły kiszki ślepe, jednak do światła jej, jak się zdaje, nie wdążyły. Górne końce ich wdążyły do *arteria iliaca externa sinistra*. Śmierć *sub operatione* wskutek krwotoku arteryjnego.

N. 40. Przy wtórnem cięciu brzuszmem w dwa lata po pierwszej operacyi wydobyto z kiszki ślepej pincetę arteryjalną, której nagłówek tkwił *in processu vermiciformi*. Rezekcja wyrostka robaczkowego. Wyzdrowienie.

N. 55. Przy wtórnem cięciu brzuszmem usunięto z kiszki wielki kompres z gazy. Wyzdrowienie.

N. 59. Przy wtórnej koeliotomii w półtora roku po pierwszej operacyi skalczono kiszki i wydobyto z niej tampon z gazy. Wyzdrowienie.

Trzy razy kiszka została uszkodzona czyli rozdarta przy wtórnem cięciu brzuszmem, w trzech zaś przypadkach ciało obce uszkodziło kiszki *resp.* wdążyło do światła jej. W przypadku N. 38 dwie pincety przedziurawiły kiszki ślepe, w przypadku N. 41 pinceta arteryjalna w całości wdążyła do kiszki ślepej, w przypadku N. 55 wielki kompres z gazy w całości wdążył do kiszki ślepej.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

51. H. MACKAY. **Przypadek choroby Friedreich'a z autopsją.** Opisany przez autora przypadek dotyczy mężczyzny, pochodzącego z rodziny, w której dwie siostry cierpią na chorobę FRIEDREICH'a, a trzecia na tę chorobę zmarła. Chory w 6 roku życia przeszedł odrę i szkarlatynę. Od tego czasu uczuł osłabienie w nogach, zaczął chwiać się przy chodzeniu. W 12 roku życia z trudnością mógł się poruszać. W 14 roku wystąpiły bezładne ruchy w rękach. W 22 roku chory, kiedy był po raz pierwszy obserwowany przez autora, przedstawiał typową chorobę FRIEDREICH'a w daleko posuniętym okresie. Bezładne skurcze widać było w różnych mięśniach tułowia i kończyn. Głowa ulegała wahaniom, chwiała się. Siła ruchowa w kończynach dolnych bardzo osłabiona, w górnych znacznie zmniejszona. Bezład statyczny bardzo wyraźny. Odruchy głębokie i powierzchowne zniesione. Czucie wszędzie dobrze zachowane¹⁾. Wyraźne drżenie gałki ocznej (*nystagmus*). Odruch źrenicy na światło i akomodację zachowany. Tarcza nerwu wzrokowego prawidłowa. Mowa ciężka, niekiedy wybuchowa (*explosive*). Inteligencya zachowana. Oddawanie moczu i kału prawidłowe. W 8 lat później, t. j. w 30 roku życia chory dostał po raz drugi odrę, co spowodowało jego śmierć.

Podczas badania makroskopowego układu nerwowego, uderzała wybitna cienkość rdzenia kręgowego, który wydawał się jak gdyby skurczony. Tylne korzenie miały wszędzie wygląd szary, były dość cienkie. Badanie drobnowidzowe wykazało zmiany następujące: 1) zupełne zwyrodnienie pęczków GOLL'a, począwszy od części krzyżowej, aż do górnej szyjowej, przyczem najwybitniejsze zmia-

¹⁾ Wobec znalezionych bardzo wybitnych zmian degeneracyjnych w nerwach obwodowych (patrz niżej), twierdzenie autora: „his sensation was everywhere well preserved” — wydaje się mocno wątpliwem (przyp. refer.).

ny znaleziono w górnej części grzbietowej; 2) zwyrodnienie pęczków BURDACH'a, zwłaszcza w okolicach, przylegających do pęczków GOLL'a, i mniej w okolicach, przylegających do spoidła tylnego (*comissura posterior*) i do tylnych rogów; 3) zwyrodnienie pasa LISSAUER'a, zwłaszcza w części szyjowej; 4) zwyrodnienie dróg piramidalnych nieskrzyżowanych, poczynawszy od środkowej części grzbietowej, wzmagające się coraz bardziej w kierunku ku górze; 6) zwyrodnienie dróg mózdkowych prostych, zwłaszcza w dolnej części grzbietowej; 7) zupełne zwyrodnienie słupów CLARK'a; 8) znaczne zwyrodnienie tylnych korzeni i pęczków na całej przestrzeni rdzenia przy zupełnem zachowaniu w stanie prawidłowym przednich korzeni.

Badanie szczegółowe zwojów międzykręgowych i tylnych korzeni wykazało tak powyżej i poniżej zwojów, t. j. w częściach, idących ku rdzeniowi i ku obwodowi, jako też i w samych zwojach wybitne zmiany zwyrodniające. Zwłaszcza powyżej zwojów, w korzeniach tylnych, znalazł autor dużo włókien nerwowych niezwykle cienkich (włókna „embryonalne“ czyli zarodkowe, opisane po raz pierwszy przez DÉJÉRIN'a i AUCHER'a) z osłonką rdzenną miejscami prawidłową, miejscami w stanie rozpadu. Z nerwów obwodowych badał autor: *n. n. ischiadicus* w górnym odcinku, *cruralis anter.*, *tibial. ant.*, *plantaris internus*, *medianus*, *ulnaris*, *radialis*, *interosseus* i wszędzie znajdował wybitne zmiany degeneracyjne.

W rdzeniu przedłużonym znalazł autor zmniejszoną liczbę komórek w jądrach *n. gracilis* i *n. cuneatus*, w piramidach nieliczne, a w drogach mózdkowych prostych i w pęczkach GOWERS'a bardzo liczne włókna zwyrodniałe. Najbardziej wewnętrzne włókna, należące do *filrae arcuatae internae*, słabo rozwinięte. Również zauważyć można było pewne ubóstwo włókien nerwowych w *stratum interolivare*. Jądra nerwów XII, XI, X i IX prawidłowe. Dalszy ciąg rdzenia przedłużonego i mózgu zmian wyraźnych nie przedstawiał. Mózdzek wielkości prawidłowej; pod drobnowidzem żadnych zmian degeneracyjnych nie można było w nim zauważyć. Ilość komórek PURKINI'ego prawidłowa.

Następnie autor zaznacza, że zmiany, jakie znalazł, są podobne do tych, jakie opisali SIMON, BONNUS, MIRTO i GUIZZETTI, choć co się dotyczy zwyrodnień, znalezionych w zwojach międzykręgowych i nerwach obwodowych, nie były one tam tak silnie wyrażone.

Dalej autor rozpatruje naturę cienkich włókien, spotykanych w nerwach obwodowych. AUCHER, który pierwszy je opisał, zaznaczył, że ich cylindry osiowe albo posiadają bardzo cieką osłonkę rdzenną, lub jej wcale nie mają. Nazywa je włóknami „zarodkowymi“. GUIZZETTI, wbrew twierdzeniu AUCHER'a, uważa owe włókna cienkie za powstałe z grubych i znajdujące się w stanie zaniku.

Autor rozróżnia w omawianych włóknach 3 stany: 1) cienkie włókna z ciekim cylindrem osiowym i prawidłową osłonką rdzenną; znajduwane w niej niekiedy plamki ciemne autor uważa za wytwór sztuczny, w każdym razie nie dowodzący istnienia w niej stanu zwyrodnienia; 2) cienkie włókna mniej lub więcej zwyrodniałe: α) z osłonką rdzenną w stanie rozpadu, β) z napęczniałym cylindrem osiowym i z cieką osłonką rdzenną lub bez niej, γ) z zanikiem cylindra osiowego; 3) cienkie włókna nerwowe z cylindrem osiowym w stanie absorbcyi, przedstawiające raczej puste pochewki rdzenne; myelina w nich z licznymi granulacjami, barwiącemi się kwasem osmowym czarno.

Swoistego znaczenia autor tym ciekim włóknom nie nadaje, znajduwano je bowiem w zwyrodnieniu nerwów obwodowych, towarzyszącem różnym zwyrodnieniom rdzenia. Zaznaczywszy dalej, że w przypadku swym naczyń znalazł

w stanie prawidłowym, autor zgadza się z GUIZZETTI'm, iż istota cierpienia polega na tem, że wskutek wrodzonego usposobienia pewne sznury rdzenia kręgowego ulegają wczesnemu zwyrodnieniu.

W końcu autor przytacza wyniki badań anatomo-patologicznych w 22-ch przypadkach, zebranych z literatury, w których dokonane było badanie pośmiertne; 18 z nich autor uważa za typowe przypadki choroby FRIEDREICH'a, 4 pozostałe za wątpliwe.

(*Brain. Winter. 1898.*)

Stanisław Kopczyński.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 16 maja r. b.

TREŚĆ: 1) A. KOZERSKI — Przedstawienie chorej z licznymi nabłoniakami (*epithelioma*), leczonej za pomocą pendzlowań z roztworu PEARSON'a. 2) St. REMBIELIŃSKI — przedstawienie chorego z półpaścem ramienia. 3) W. ŁAPIŃSKI — przedstawienie przyrządu, służącego do leczenia przykurczeń w stawach kolanowych, powstałych na tle gruźlicy, oraz chorej, leczonej za pomocą tegoż przyrządu. 4) J. WINIARSKI — przedstawienie chorego, u którego brak tętna (a przynajmniej wyczuć go nie można) w całej górnej połowie ciała. 5) K. CIĄGLIŃSKI — „O grypie przewlekłej”.

1) Kol. A. KOZERSKI przedstawił 90-letnią kobietę z licznymi nabłoniakami (*epitheliomata*) na skórze twarzy. Kiedy chora zgłosiła się do niego po raz pierwszy o poradę, jeden z nabłoniaków na końcu nosa był pokryty owrzodzeniem. Kol. KOZERSKI zalecił chorej pendzlowanie nabłoniaków roztworem PEARSON'a. Leczenie to dało wynik bardzo zadawalający, i bujanie tkanki ustało, a większa część owrzodzenia pokryła się suchym strupem. Kol. KOZERSKI nie przesądza, aby w danym przypadku mogło nastąpić zupełne zabliźnienie.

2) Kol. St. REMBIELIŃSKI przedstawił chorego z półpaścem (*herpes zoster*) prawego barku i ramienia

3) Kol. W. ŁAPIŃSKI przedstawił przyrząd, służący do leczenia przykurczeń w stawach kolanowych, powstałych na tle gruźlicy, oraz chorą, leczoną za pomocą tegoż przyrządu. *Brisement forcé* wychodzi coraz bardziej z użycia, jako zabieg groźny z względu na możliwość tak obostrzenia się sprawy zapalnej w stawie, jak i rozszerzenia się gruźlicy w ustroju (zapalenie opon mózgowych, prosówka). Przykurczeniom w stawie kolanowym towarzyszy dość często nadwichnięcie (*subluxatio*) goleni ku tyłowi i ku zewnątrz; w tych razach podczas forsownego prostowania kończyny łatwiej powstaje złamanie kości, aniżeli daje się rozciągnąć lub rozerwać mocny włóknisty zrost, który łączy zmienione powierzchnie stawowe. Jednakże owa włóknista tkanka łączna posiada znaczny stopień rozciągliwości, zwłaszcza pod wpływem długotrwałego wyciągu. Na tej to właściwości tkanki włóknistej opiera się sposób leczenia przykurczeń SCHEDE'go oraz cały szereg przyrządów, umożliwiających chorym chodzenie. Wszystkie te jednak przyrządy mają ten wspólny brak, iż nie uwzględniają dostatecznie anatomicznej budowy stawu kolanowego, ponieważ w przyrządach ruchy odbywają się naokoło osi w kierunku łuku. Badania HERMANN'a MEYER'a wykazały, że ruchy w stawie kolanowym odbywają się nie w kierunku łuku, lecz w kierunku paraboli, która składa się z łuków dwóch kół: długość łuku tylnego odpowiada kątowi 120°, długość zaś łuku dolnego — kątowi 40°; długość promienia pierwszego koła ma się do długości promienia drugiego jak 5 : 9.

Opierając się na powyższych danych, BRAATZ zalecił umieszczać w przyrządach w okolicy kolana swój sektor, odpowiadający ściśle obliczeniom MEYER'a.

Dzięki takiemu urządzeniu w przypadkach nadwichnięć goleni, górny odcinek tejże zostaje podczas prostowania kończyny sprowadzony naokoło kłykciów ku dołowi i przodowi.

Kol. ŁAPIŃSKI przedstawił: 1) sektor BRAATZ'a i 2) szkielet kończyny dolnej, na którym umocowano z obu stron stawu kolanowego dwa sektory BRAATZ'a. Na szkielecie widać działanie sektorów.

U przedstawionej chorej — 11-letniej dziewczynki — przykurczenie prawej kończyny w stawie kolanowym sięgało 130°; goleń była nadwichnięta ku tyłowi i ku zewnątrz.

Przed 3 tygodniami chorej na kończynę nałożono przyrząd z celuloиду, zaopatrzony we wspomniany wyżej sektor BRAATZ'a. Co 2—3 dni chorej prostowano kończynę. Obecnie kąt zgięcia w okolicy kolana wynosi 165°.

4) Kol. J. WINIARSKI przedstawił 50-letniego chorego, u którego nie można wyczuć tętna w tętnicach szyjowych, twarzowych i kończyn górnych, gdy aorta brzuszna, tętnice podłędźwiowe, tętnice udowe i stopy tętnią silnie. W wielu miejscach górnej połowy ciała widać tętnice, skręcone wężykowato, pulsujące; jedna w prawym podżebrzu łukowata, z wypukłością, dochodzącą do linii środkowej; krew z niej płynie ku górze. Dwie tętnice idą w poprzek łopatek; lewa prawie pośrodku łopatki; krew z niej płynie od kręgosłupa. Oprócz tego widać spłoty tętnicze za pachami, dochodzące dość blisko do kręgosłupa. Zresztą, ani w sercu, ani w innych narządach zmian nie znaleziono. Chory miewa częste napady zawrotów głowy i drętwienia rąk. Cierpi nadto na *otitis media bilateralis*.

Chory został przez kol. BARSZCZEWSKIEGO prześwietlony za pomocą promieni ROENTGEN'a. Prześwietlenie wykazało cień, nieprawidłowo rozszerzony w okolicy mostka; cień ten znajduje się na prawo i na lewo powyżej serca.

Prawdopodobnie mamy zatem do czynienia z tętniakiem łuku aorty oraz ze zwężeniem światła wielkich naczyń, wychodzących z łuku aorty, wywołanem czy to przez *endoarteriitis obliterans*, czy też przez skrzepy w tętniaku.

5) Kol. K. CIĄGLIŃSKI wygłosił odczyt p.t. „O grypie przewlekłej“. Wspomniałszy we wstępie o objawach i przebiegu grypy podostrej, prelegent opisał jeden z liczby trzech dokładnie spostrzeganych przez siebie przypadków grypy przewlekłej. 10-letni dobrze zbudowany i odżywiany chłopiec, który przed kilku laty przechodził koklusz, dyfteryt i odrę, a w ostatnich czasach czuł się zupełnie dobrze, w dniu 2. XI. r. z. zrana począł się skarżyć na uczucie ziębienia, mdłości i kilka razy wymiotował. Przy badaniu nie wykryto ważnych zmian w narządach wewnętrznych. Ciepłota 39,2°. Dreszcze powtórzyły się kilkakrotnie w ciągu dnia. Wieczorem ciepłota 38,2°. Po dwóch dniach ciepłota opadła do stanu prawidłowego, chłopiec wstał z łóżka, lecz czuł się w ciągu kilku dni niedobrze. 11. XI. Znowu wystąpiło ziębienie; ciepłota 38,2°. W dniu następnym przy ciepłocie 37,8° na twarzy zjawiała się wysypka, przypominająca wysypkę odrową, która była widoczna przez kilka dni. Przez kilka tygodni później chłopiec czuł się nieźle, zaczął uczęszczać do szkoły; zwykłego jednak humoru ani łaknienia nie odzyskał. Stan taki trwał jeszcze przez przeciąg 4 miesięcy, podczas którego jeszcze 5 razy powtarzały się napady ziębienia, ogólnego rozbicia przy niewysokiej gorączce. W czasie jednego z napadów wystąpiło nagminne zapalenie ślinianek z obu stron, w czasie drugiego—objawy *neuralgiae supraorbitalis*. Od kwietnia r. b. chłopiec zaczął się poprawiać szybko, odzyskiwał zwykły wygląd i humor i wkrótce wrócił do zdrowia.

Choremu w czasie ataków podawano chinę, lecz bezskutecznie. Umotywowawszy swe zapatrywania na przebieg i przejawy cierpienia, prelegent przyszedł

do wniosku, iż miał do czynienia z grypą przewlekłą. Podobny przebieg grypy kol. CIĄGLIŃSKI spostrzegał jeszcze w dwóch przypadkach.

W dyskusyi kol. REMBIELIŃSKI zapytuje o postać wysypki, jaką spostrzegał kol. CIĄGLIŃSKI w swoim przypadku, na co otrzymał odpowiedź, że wysypka wystąpiła w postaci plamek, przypominając wysypkę odrową.

Zdaniem kol. MIKŁASZEWSKIEGO, prelegent uwzględnił w opisie przypadku bardzo szczegółowo ciepłotę, o innych zaś objawach wogóle mówił mało. Gorączka i brak wpływu chininy nie upoważniają jeszcze do rozpoznawania opisanego cierpienia, jako grypy. Z opisu przypadku możnaby sądzić o jakimś ogólnym zakażeniu, które pozostawiło ślady w układzie limfatycznym. Za przypuszczeniem tem przemawiają ostatnie doświadczenia MANFREDI'ego.

Kol. WINIARSKI zwraca uwagę, że w ostatnich czasach podciągają pod nazwę „influenza“ — wiele spraw, gdzie rozpoznanie nie było dokładne. Należy więc być bardzo ostrożnym z rozpoznawaniem influenzy, tembardziej z rozpoznawaniem influenzy przewlekłej.

Kol. GROSGLIK zapytuje, czy FILATOW, na prace którego powołuje się prelegent, opierał rozpoznanie w swoich przypadkach na badaniu bakteryologicznem, gdyż rozpoznawanie grypy bez takiego badania wogóle jest nieco naciągnięte.

Jeżeli w opisanym przez kol. CIĄGLIŃSKIEGO przypadku może być mowa o influenzy, to tylko o recydywującej, a nie przewlekłej.

Prof. BRODOWSKI podziela zdanie kol. GROSGLIKA i zaznacza, że w grypie należy poszukiwać drobnoustrojów w płwocinie, a nie we krwi.

W odpowiedzi na powyższe uwagi kol. CIĄGLIŃSKI zaznacza, że w opisie przypadku uwzględnił prócz ciepłoty i objawy ze strony stanu ogólnego, gdyż w wewnętrznych narządach zmian nie znajdował. Rozpoznanie swe oparł na przebiegu choroby i historii podobnych przypadków, opisanych przez FILATOW'a.

Posiedzenie z dnia 30 maja r. b.

TREŚĆ: 1) J. WINIARSKI — przedstawienie fotogramu chorego z tętniakiem łuku aorty. 2) W. MIKŁASZEWSKI — przedstawienie chorego z licznymi na skórze włókniakami mięczakowymi (*fibroma molluscum multiplex*). 3) Wł. STANKIEWICZ — „Korzyści szwu kostnego przy złamaniu rzepki“ (z przedstawieniem chorego). 4) K. RYCUŁIŃSKI — „Przyczyny powstawania bezwładu postępującego“ (*paralysis progressiva*).

1) Kol. J. WINIARSKI przedstawił wykonany przez kol. BARSZCZEWSKIEGO fotogram chorego, o którym mówił na poprzednim posiedzeniu.

2) Kol. W. MIKŁASZEWSKI przedstawił 79-letniego mężczyznę z licznymi na całej skórze włókniakami mięczakowymi. Wielkość mięczaków rozmaita, od małego ziarenka grochu do dużej pięści. Prawie wszystkie te twory są kuliste i zwieszają się na szypułkach. Skóra, pokrywająca narosty, wygląda prawidłowo. Przy obmacywaniu narostów wyczuć można pod ruchomą powłoką zewnętrzną twardszy, mało ruchomy twór, którego rdzeń przechodzi przez szypułę guza. Największy narost — wielkości dużej pięści — znajduje się na prawym pośladku; skóra na zewnętrznej jego powierzchni jest obnażona i przedstawia ranę, pokrytą nierówną ziarniną; z owrzodzonej powierzchni sączy się surowiczo-ropny płyn.

Włókniaki te chory ma od lat 50, powiększają się one bardzo powoli.

3) Kol. Wł. STANKIEWICZ wygłosił odczyt p. t.: „Korzyści szwu kostnego przy złamaniu rzepki“. Wykazawszy rolę, jaką odgrywa dla stawu kolanowego rzepka, prelegent rozebrał postacie uszkodzeń rzepki i omówił warunki, w jakich może powstać zmiążdżenie rzepki, a kiedy następuje jej złamanie.

Następnie mówca szczegółowo opisuje, jaki bywa przebieg po złamaniu rzepki, i przechodzi do opisu sposobów leczenia.

Dawniej w celu leczenia złamań rzepki starano się zbliżyć odłamki, aby mógł nastąpić ich zrost. Chorzy tacy zmuszeni byli leżeć przez czas dłuższy, co wywoływało zanik mięśni kończyny.

MALGAIGNE obmyślił szcypce, których dwie części ściągały się za pomocą szrubki. Sposób ten jednakże okazał się niedobrym, gdyż wytwarzały się wskutek ucisku odleżyny.

Dopiero LISTER pierwszy zdecydował się przy złamaniach rzepki otwierać staw i zszywać złamaną rzepkę. Wyniki otrzymywał bardzo dobre.

Kol. STANKIEWICZ zszył złamaną rzepkę po raz pierwszy w r. 1886. Obecnie ma już 12 przypadków, leczonych za pomocą tej metody.

Opisawszy szczegółowo sposób nakładania szwów, kol. STANKIEWICZ sądzi, że metoda ta zasługuje pod każdym względem na uznanie, gdyż nie tylko daje doskonały zrost odłamków, lecz i w krótkim czasie przywraca prawidłową czynność kończyny. Przedstawiony chory przybył do szpitala ze złamaną rzepką 20 lutego r. b. W dniu 1 marca kol. STANKIEWICZ zszył rzepkę, a w dniu 5 maja chory wyszedł ze szpitala, zdolny do chodzenia i zajęcia się swą pracą zawodową.

4) Kol. K. RYCHLIŃSKI wygłosił pierwszą część swego odczytu p. t. „Przyczyny powstawania bezwładu postępującego“.

A. Ł.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału zdrojowisk i stacyi klimatycznych z dnia 1 czerwca r. b.

Sekcja balneologiczna postanowiła podczas lata zwiedzać zdrojowiska i miejscowości lecznicze. Wycieczki takie mają na celu praktyczne wniknięcie w potrzeby naszych miejscowości leczniczych oraz wynajdywanie sposobów dla ich poprawy. Oglądanie każdej z miejscowości będzie się odbywało systematycznie podług z góry ułożonego planu, poczem na miejscu spisany zostanie protokół, obejmujący treściwy opis zakładu oraz desiderata, tyżące się poprawy najważniejszych braków.

Pierwszą taką wycieczkę odbyła sekcyja balneologiczna dnia 1 czerwca do Grodziska. W wycieczce brało udział 13 członków. Po zwiedzeniu zakładu i najbliższego otoczenia tegoż odbyło się posiedzenie pod przewodnictwem kol. St. MARKIEWICZA; protokół prowadził sekretarz sekcyi kol. A. PUŁAWSKI. Rozpatrywano: 1) warunki klimatyczne (grunt, zadrzewienie, woda bieżąca, stawy, najbliższe otoczenie), 2) warunki higieniczne (drogi, woda do picia, usuwanie nieczystości, kuchnia, mieszkania), 3) urządzenia lekarskie (kąpiele, rozrywki, opieka nad chorymi, gabinet lekarski, apteka). Wreszcie sformułowano 4) desiderata. Ekspertyza wogóle wypadła pomyślnie. Uznano zakład za nadający się do pobytu dla chorych zwłaszcza cięższych nerwowych, wymagających troskliwej opieki lekarskiej lub izolacyi; jestto dom zdrowia, położony zdaleka od miasta, a jednak mający łatwą i szybką komunikacyę z Warszawą, co w wielu przypadkach ma duże znaczenie. Jakó najważniejszy dezyderat, wyrażono konieczność uporządkowania sąsiadującego bezpośrednio z zakładem parku, który się znajduje w stanie wysokiego zaniedbania. Park ten, nie należący do zakładu, ma być rozparcelowany i po części wycięty.

Następna wycieczka projektowana jest do Nałęczowa dnia 2 lipca. Prawdopodobnie tego jeszcze lata przyjdą do skutku wycieczki do Ojcowa, Buska, Solca i Ciechocinka. Niezależnie od tego osobny delegat zwiedzi te miejscowości dla zbadania stanu żywienia chorych, na co Rada Towarzystwa, przychyłając się do żądania wydziału, wyznaczyła 150 rubli.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 3 czerwca r. b.

W dniu tym rozpatrzonokwestyonaryusz p. WĘGLIŃSKIEGO, nadesłany Tow. Higienicznemu w sprawie pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej. Sprawę tę uznano za bardzo ważną i postanowiono gorąco polecić lekarzom prowincjonalnym nadesłanie p. WĘGLIŃSKIEMU wyczerpujących odpowiedzi. Podobny kwestyonaryusz rozesłał już był zarząd II wystawy higienicznej; pewną liczbę odpowiedzi zebrał d-r JAROCIŃSKI w Sterdyni. Pożądane byłoby roztrząśnięcie przez samych lekarzy w towarzystwach i pismach lekarskich pytania, w jakich warunkach jaka forma pomocy lekarskiej dla służby folwarcznej byłaby najodpowiedniejsza.

Zarządzający przytułkami położniczymi doszli do wniosku, że przy dzisiejszem uposażeniu przytułków, przyjmowanie kandydatek internistek na babki jest niemożliwe. Przyjęcie każdej takiej kandydatki wymagałoby dodatku 100 rb. do budżetu przytułku. Natomiast przyjmowanie kandydatek eksternistek, mieszkających i żywiących się na swój koszt po za przytułkiem, byłoby i dziś zupełnie możliwe. Eksternistki takie, dyżurując w przytułku, obeznawałyby się praktycznie z położnictwem, a na wykłady teoretyczne uczęszczałyby do szkoły babek przy instytucie położniczym, gdzie zdawałyby i egzamin. W razie pozwolenia odnośnych władz, każdy przytułek mógłby przyjąć 4 takie eksternistki.

D-r KARCZEWSKI odczytał referat, w którym stawia pytania: Czy pożądanem jest zachęcać kobiety z warstw inteligentnych do poświęcania się akuszeryi? Czy potrzeba i pożądanem jest mnożyć zastęp akuszek — tych niedouczonej półlekarzy? Czy nie lepiej skupić siły na powiększenie liczby odpowiednio przygotowanych babek i podniesienie poziomu ich wykształcenia fachowego?

Zorganizowana w roku bieżącym w gub. Płockiej pomoc lekarska dla ubogich przeznacza znaczną sumę z odnośnych podatków na pomoc położniczą — z górą 3 tysiące rubli rocznie. Jeszcze większy wydatek na położnictwo przewidyje się w gub. Kieleckiej. Pieniądze te przeznaczone są na pensye (300—400 rb. rocznie) dla felczerek-akuszek po jednej na każdy powiat.

Zdawałoby się, że pieniądze te możnaby zużytkować dużo praktyczniej. Jedna akuszka na powiat — to znaczy 10 porodów dziennie do obsłużenia, obok wielu innych czynności. Posada z takim nadmiarem wymagań bardzo łatwo może się stać synekurą. Tymczasem za te same pieniądze możnaby mieć 6 do 8 babek gminnych w każdym powiecie, z pensją 50 rb. rocznie i prawem pobierania opłaty za swą pomoc, bardzo niskiej zresztą u nas na wsi, bo wynoszącej ledwie około 50 kop. Z tych samych funduszy możnaby skorzystać i dla kształcenia babek wiejskich; koszt przygotowania takiej babki wynosi w Warszawie około 100 rb.; na prowincyi byłby o wiele niższy. W Łodzi nawet obliczono go na 60 rb.

Konieczny jest pilniejszy nadzór nad czynnościami akuszek i babek. Nadzór ten mogłoby ułatwić obowiązkowe prowadzenie dziennika porodów przez każdą akuszkę i babkę (nazwisko rodzącej, data porodu i wynik jego dla matki i dziecka). Mianowicie dla opanowania gorączki połogowej dziennik taki miałby wielkie znaczenie.

Ostatni podręcznik dla akuszek THIEMEGO wyszedł w Warszawie w roku 1873. Wielki już byłby czas wydać nowy. Może przydałby się i kalendarz dla akuszek. Kilku lekarzy pracuje nad temi wydawnictwami. Jeżeli rachuba na nich zawiedzie, trzeba będzie ogłosić konkurs na napisanie podręcznika dla babek i akuszek.

Przedstawienie władzom referatu o sprawie pomocy dla rodzących uznano jeszcze za przedwczesne.

Z Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego.

Posiedzenie z d. 12 czerwca r. b.

1) Kol. SZABAD przedstawił chłopca z parchami na skórze ramienia.

Kol. GERSZUN zauważył, że parchy na skórze, nie pokrytej włosami, są rzadkością. W Wilnie, w którym choroba ta jest częsta, widzi ledwo trzeci przypadek podobny (w jednym z poprzednich zaszczepiono parchy z ospą).

2) Kol. SZABAD pokazał mężczyznę, cierpiącego od lat przeszło 30 na zanik mięśni rdzeniowy postępujący (ARAN-DUCHENNE'a). Chory ma lat 59, nie może stać, przy opieraniu się na kimś przesuwając nogi. Mięśnie kończyn są w stanie silnego zaniku; ucierpiały też mięśnie grzbietowe i piersiowy większy. Odruchy skórne osłabione, kolanowe znikły. Pobudliwość elektryczna miejscami osłabiona, lecz odczyn zwyrodnienia częściowy spostrzega się tylko w mięśniach przedramienia. Czuć wszelkich rodzajów prawidłowe; przykurczeń i drgań mięśniowych włókienkowych nie ma.

Następnie kol. SZABAD pokazał chłopca lat 15, którego cierpienie uważa za pierwszy okres choroby, przedstawiającej się w poprzednim przypadku. Od 11 miesięcy bóle głowy i ogólne osłabienie. Znaczne powiększenie na tułowiu i kończynach pokładu tłuszczowego; mięśnie kończyn miękkie i siła ich osłabiona. Chorobę prelegent uważa za rzekomy przerost mięśni, powikłany przez inne cierpienie (obrzęk śluzowy, akromegalia, otyłość ogólna, rozwijająca się mimo niedostatecznego żywienia i nędzy, w jakiej chory pozostaje), które dopiero w przyszłości może być dokładnie określone.

Kol. STEMBO uważa pierwszy przypadek za *poliomyelitis chron. progressiva*, drugiego za szybko rozwijającą się otyłość ogólną.

3) Kol. WASZKIEWICZ, jako sekretarz sekcji sanitarnej Towarzystwa, odczytał sprawozdanie sekcji w sprawie reform sanitarnych w Wilnie, poruszonych przez odczyt kol. BAGIEŃSKIEGO na posiedzeniu styczniowym Towarzystwa. Ponieważ woda, otrzymywana ze studzien zwyczajnych i artezyjskich i kilku źródeł jest co do ilości niedostateczna, a co do jakości niezadawalająca, sekcja uważa za konieczne przeprowadzić wodę z górnej części Wilii, sąsiednich jezior lub źródeł, oczyszczającą przy pomocy filtra. Jednocześnie uważa za konieczne urządzenie kanalizacji, miejskiego laboratorium dla badania produktów żywności, stałych baraków dla chorych zakaźnych, odkażanie ubrania po tych ostatnich i w lombardach. Prezes sekcji kol. STANIEWICZ, który jednocześnie jest prezesem komisji, wybranej przez radę miejską dla obmyślenia ulepszeń sanitarnych w mieście, przedstawił na rozpatrzenie sekcji projekt komisji. Mają być ustanowione rada sanitarna, pod przewodnictwem prezydenta miasta, jako najwyższa instancja, stojąca na straży potrzeb zdrowotności miasta, komisja sanitarna wykonawcza z wybranych obywateli miasta, z lekarzy sanitarnych i dozorców do ich pomocy i w każdym cyrkule kurator, wybrany z obywateli, dla dozoru porządku pod względem sanitarnym. Oprócz tego w każdym cyrkule ma być lekarz, który przy obowiązkach sanitarnych ma leczyć bezpłatnie biednych. Przy radzie sanitarnej projektuje się urządzenie biura statystyczno-lekarskiego i laboratorium na którego czele stanie lekarz higienista, który będzie członkiem tej rady, jej sekretarzem i głównym działaczem. Podobne projekty, przedstawiane poprzednio kilkakrotnie, po wprowadzeniu samorządu miasta, upadały w radzie miejskiej. Przy obecnym składzie tej ostatniej jest nadzieja, że niniejszy

projekt przejdzie. Sekcja uznała projekt za dobry, dodając jedynie życzenie, aby wybór padł na odpowiednie osobistości.

D-r JACUTA, inspektor lekarski, dodał, że przy przedstawieniu projektu w radzie miejskiej należy go poprzeć danymi statystycznymi, których zebrało się już wiele, i których on także od siebie chętnie dostarczy. Sądzi jednak, że projekt wymaga za wiele kosztów, dla tego będzie odrzucony. Byłoby lepiej zadowolnić się czemś mniejszem.

Kol. STANIEWICZ odpowiada, że pół środki szkodzą, usypiając czynność. Trzeba stopniowo cały projekt uskutecznić.

4) Kol. ORŁOWSKI opowiedział o wybuchu wścieklizny podczas leczenia sposobem PASTEUR'a u kobiety, ukąszonej przez psa wściekłego w twarz. Na 14 dzień leczenia, a 15 po ukąszeniu zjawily się podwyższenie ciepłoty, znieczulenie ogólne skóry, bóle głowy, częściowa utrata przytomności i w końcu widzenie podwójne. Bojaźni połykania płynów nie było. Wstrzykiwania były w dalszym ciągu prowadzone, mimo że prelegent stracił nadzieję utrzymania chorej przy życiu. Po 6 dniach jednak wymienione objawy ustąpiły. Obecnie (upłynęło już 2 miesiące po ukończeniu wstrzykiwań, których dokonano ogółem 40) chora jest zupełnie zdrowa. Prelegent uważa opisane objawy za wściekliznę w stanie zaczątkowym, która ustąpiła nie dzięki leczeniu, lecz wskutek wrodzonej odporności chorej.

Kol. ZAHORSKI nie widzi w wymienionych objawach wścieklizny, lecz raczej wystąpienie innej jakiej choroby, np. histeryi.

Prezes WYŻGO pyta, czy podwyższenie ciepłoty i znieczulenie nie mogą być skutkiem wstrzykiwań.

Kol. ORŁOWSKI odpowiada, że chora dotąd była zupełnie zdrowa i nie może być podejrzana o histeryę lub inne cierpienie. Podwyższenie ciepłoty czasem się zdarza przy pierwszych wstrzykiwaniach, znieczulenie nigdy.

J. S.

Ze zjazdu lekarzy internistów w Karlsbadzie

(II — 14 kwietnia r. b.).

(Ciąg dalszy. — Zob. Nr. 26).

MERING i ALDEHOFF (Halle). O wpływie układu nerwowego na czynności żołądka. Do nerwów, zaopatrujących żołądek, zaliczają nerw błędny, trzewowy (*n. vagus, splanchnicus*) i *plex. coeliacus*; one rządzą czynnościami żołądka, którego zadanie stanowi wydalanie zawartości, wydzielanie soku trawiennego i wysysanie. Dokładne opróżnianie żołądka zawisło w znacznej mierze od stopnia napełnienia kiszek cienkich, nerw błędny zaś nie gra tu żadnej roli. Przekonać się o tem łatwo, jeżeli po dokonaniu przecięcia tego nerwu bezpośrednio pod przeponą, badać zachowanie się czynności ruchowej żołądka; nie ulega ona wtedy przerwie i odbywa się zupełnie prawidłowo, o ile dwunastnica jest próżna, co można stwierdzić i za pomocą przetoki, założonej w części górnej dwunastnicy. Podobnie i *plex. coeliacus* nie wywiera żadnego wpływu na czynność ruchową żołądka. Wprawdzie po wycięciu tego spłotu występuje czasem cukromocz przejściowy i biegunka, trwająca dni kilka, lecz opróżnianie żołądka następuje w sposób prawidłowy, przeszkadza mu zaś nieco przepełnienie kiszek cienkich. Nie można było również dowieść, czy nerw błędny wpływa na wydzielanie kwasu solnego, za-

wartość którego w miazdze pokarmowej była nieco mniejsza w ciągu kilku dni po operacji, szybko jednak wróciła do stanu prawidłowego. Po wycięciu *plex. coeliacus* ilość wydzielanego kwasu solnego wzrasta raczej, a nie zmniejsza, lecz i w tym razie zjawisko to jest krótkotrwałe. Co do nerwów trzewowych, to nie grają one żadnej roli ani w czynności ruchowej, ani w wydzielniczej. Dalsze doświadczenia na zwierzętach wykazały, że ani nerw błędny, ani *plex. coeliacus* nie wpływają na sprawę wchłaniania, która, według mówcy, odbywa się tylko zgodnie z zasadami praw fizycznych. Cały ten szereg wyników ujemnych zmusza do przypuszczenia, że omawianymi czynnościami żołądka zawiadują komórki węzłów nerwowych, założonych w ścianach tego narządu, jako ośrodki automatyczne. Z drugiej strony jednak czynności te znajdują się pod wpływem i układu nerwowego ośrodkowego, jak poucza fizjologia i doświadczenie kliniczne.

GINTL (Karlsbad). Uwagi krytyczne nad działaniem roztworów soli glauberskiej na wydzielanie kwasu solnego.

Badania te są ściśle kliniczne, a dokonane były na chorych, u których czynność wydzielnicza komórek gruczołów błony śluzowej żołądka była nieco upośledzona, w każdym bądź jednak razie wiadomo było, że czynność tę można było spotęgować lub osłabić. Mówca przyszedł do wniosku, że za pomocą podawania roztworów soli glauberskiej w przypadkach *hypochylia gastrica* nie można otrzymać powiększenia się ilości kwasu solnego, co jednak nie upoważnia jeszcze do mniemania, że w sposób podobny działają i wody mineralne, zawierające sól glauberską, ponieważ prócz tej soli zawierają one jeszcze inne związki chemiczne. W końcu mówca przytacza ciekawe spostrzeżenie, dotyczące młodej dziewczyny, cierpiącej na niedomogę ruchową żołądka. U tej chorej ilość kwasu solnego w soku żołądkowym była zwykle zmniejszona, natomiast w każdym okresie miesięczkowania ilość HCl stale powiększała się, a nawet dochodziła do liczb wyższych, niż jak to bywa w warunkach prawidłowych. (C. d. n.).

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

J. Skłodowski. O niedrożności przewlekłej kiszek cienkiej

Przegląd Chirurgiczny. Tom II. Zesz. II, str. 221—319, z 6-oma tablicami. Warszawa, 1899. i oddit.

Są rzeczy ważne, o których prawie się nie myśli, ani nie pisze, bo są stosunkowo rzadkie; są rzeczy proste, o których należytego sądu się niema także z powodu rzadkiego ich spostrzegania lub ciężkiej odpowiedzialności lekarza za zawyrokowanie o nich, składane przez to na innych. Do takich niewątpliwie należy kwestya niedrożności kiszek przewlekłej. Ustalenie faktu jej istnienia, mniej lub więcej dokładne umiejscowienie przeszkody w ruchu kału, określenie natury tej przeszkody, stanowcze zdecydowanie potrzebnej operacji — wszystko to jest rzeczą często niezbyt trudną. Ale okoliczność, że podobnych przypadków spostrzega się niewiele, że teoretyczne obznajmienie się z tą sprawą nie jest u nas dostateczne z powodu braku prac w tym kierunku, jest przyczyną, dla której odnośni chorzy często zbyt długo nie zostają skierowani we właściwe ręce. Wobec tego prawdziwą zasługę dla piśmiennictwa ojczystego położył autor oznaczonej w tytule pracy, który rzecz całą tak jasno wyłożył, jak rzadko spotkać można w obszerniejszych pracach literatury obcokrajowej.

Ponieważ celem naszej notatki jest zachęcenie kolegów do przeczytania tej pracy, a nie streszczenie jej, tego ostatniego więc tu nie podajemy. Zaznacza-

my tylko, że praca oparta jest na pięciu (właściwie na siedmiu) przypadkach, spostrzeganych przez autora w oddziale d-ra W. H. KRAJEWSKIEGO, że czytelnik znajdzie w pracy treściwy, ale dokładny opis tych przypadków i następnie bardzo dokładny zarys kliniczny omawianego tu cierpienia. W zarysie tym bardzo dokładnie i, rzecz można, dydaktycznie przedstawił autor etiologię zwężeń кишки cienkiej, zmiany anatomiczne, wywołujące przewlekłą niedrożność kiszek cienkich i przeszedł następnie do opisu objawów tego rodzaju niedrożności. O tej ostatniej części powiedzieć możemy, że jest napisana tak jasno, tak krytycznie i z tak właściwym przedstawieniem patogenезы napadów bólów, jak w żadnej innej pracy znaleźć nam się nie udało. Podkreślamy ten krytyczny pogląd autora na powstawanie okresów bólowych, gdyż jest on dowodem, że o prostych rzeczach nie wszyscy w nauce naszej myśleć chcą również prosto, skąd też wiele sprzeczności, bardzo trafnie przez autora w poglądach innych pisarzy na powstawanie „napadów kolki“ uwydatnionych. Pogląd autora, jako tłumaczący wszystkie objawy zarówno stałe, jak i przejściowe niedrożności przewlekłej кишки cienkiej, wydaje nam się słusznym.

Następuje rozdział o rozpoznaniu omawianego tu cierpienia. Znajdujemy tu rozbiór pytań o rozpoznawaniu miejsca przeszkody, jego natury i t. d., którego uważne przeczytanie wyjdzie na korzyść każdemu interniście. Pracę kończą rozdziały o przebiegu, czasie trwania, rokowaniu i wreszcie leczeniu niedrożności przewlekłej кишки cienkiej. W rozdziale o leczeniu autor wykazuje w sposób nader przekonywający całą bezskuteczność leczenia środkami czyszczącymi tego rodzaju niedrożności. Jest to część trochę rozwlekła, ale nigdy nie dość jeszcze w naszych stosunkach podkreślana. Nie uważamy więc tej rozciągłości za zbytęczną; przeciwnie, wolimy raz kropki, wyraźnie nad i postawionej. W końcu pracy autor, rzecz prosta, namawia do jaknajprędszego stosowania leczenia chirurgicznego w tego rodzaju cierpieniach. Wybór operacji zależy od stanu rzeczy, znalezionej podczas niej, ale przystąpić do niej zawsze należy bezzwłocznie po ustaleniu rozpoznania.

W. Janowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= DUFFOCQ i LEJONNE opisują przypadek ogólnego zakażenia pneumokokami podczas zapalenia płuc. Po za płucami stwierdzono 5 ognisk pneumokokowych: ropne zapalenie lewego stawu barkowego, ropień pozagardzielowy, obrzmienie gruczołów pachwinowych i udowych, zapalenie ropne mięśnia lędźwiowego (*psoas*), wreszcie zapalenie opon mózgowych. Badanie bakteryologiczne na trupie stwierdziło rozpoznanie. Za życia znaleziono pneumokoki we krwi. (D. M. Z. 20—99).

= W Tow. Lek. Berl. LESSER przedstawił praczkę, u której pierwotne stwardnienie przymiotowe rozwinęło się pod palcami podeszwy prawej. W dwa miesiące później wystąpiła różyczka. Narządy płciowe zewnętrzne i część pochwowa macicy były zdrowe. Gruczoły pachwinowe były obrzmiałe. Jaką drogą powstało zakażenie — niewiadomo. W literaturze opisano dotąd 4 przypadki twardego szankra na stopie. (D. med. Woch. 5—99).

P.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 14 czerwca r. b. odbyło się w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego ogólne zebranie członków Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, na którem Komitet zarządzający Kasą, stosownie do przepisów ustawy złożył publiczne zdanie sprawy ze swych czynności za rok 1898. Z odczytanego przez kol. ŚLIWICKIEGO, Członka tegoż Komitetu, sprawozdania dowiadujemy się, że Kasa Wsparcia lekarska istnieje przy Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem od roku 1857; że liczyła z końcem roku 1898 członków 841; że głównym funduszem instytucji jest kapitał nieruchomości czyli żelazny, który wynosił z końcem roku sprawozdawczego rb. 38881 kop. 48; że fundusz ruchomy, do którego zaliczane są procenty od kapitału żelaznego, składki terminowe członków Kasy i ofiary jednorazowe nie przenoszące pojedynczo kwoty rs. 50, wyniósł w roku 1898, licząc wraz z remanentem z roku 1897, wogóle rb. 7653 kop. 94. Z tej sumy wydano: 1) na wsparcia, w wysokości od rb. 15 do rb. 65 półrocznie: 89 osobom i rodzinom rb. 5866 kop. 50; 2) na administrację instytucji rb. 583 kop. 76; pozostał przeto w kasie remanent rb. 1203 kop.

68. Oprócz funduszu ruchomego, stanowiącego główne źródło na udzielanie wsparć, wydane były nadto przez Komitet zapomogi niezamożnym lekarzom oraz wdowom i sierotom po lekarzach, z procentów od funduszy specjalnych, pochodzących z zapisów: d-ra Jana BĄCEWICZA, d-ra Feliksa JABŁONOWSKIEGO, d-ra Leona LANDE'go, d-ra Józefa FORAŃSKIEGO, Henryka Michała CZEKIERSKIEGO, Emilii FUKIER i Teofili KOCZOROWSKIEJ, oraz z funduszu ofiarowanego w r. 1883 przez Prof. d-ra Juliana KOSIŃSKIEGO. Specyalne te zapomogi udzielone w zastosowaniu się do warunków przez testatorów i ofiarodawców poczynionych, wyniosły dla 24 osób i rodzin rb. 1964 kop. 79. Ogółem, tak z funduszu ruchomego, jako też z funduszy specjalnych wydano na wsparcia sumę rb. 7831 kop. 29. Według powyższej przez nas wiadomości — sprawozdanie szczegółowe z działań Komitetu Kasy Wsparcia za rok 1898, ma być w roku bieżącym wszystkim członkom instytucji rozesłane.

— Wyszedł z druku zeszyt XII Wydawnictwa podręczników chirurgicznych i zawiera zeszyt 4 tłumaczenia Wykładu chirurgii ogólnej BILLROTH-WINIWARTER'a.

Od Administracyi.

Uprasza się Sz. abonentów o wczesne nadsyłanie prenumeraty za drugie półrocze i o uregulowanie zaległych rachunków. 8 lipca administracja „Medycyny“ przeniesiona będzie na ul. Jasną Nr. 6.

„Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratów katalog dzieł lekarskich Nr. 5 1899 r. księgarni G. SENNEWALDA w Warszawie“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Довозено Цензурою Варшава 24 Іюня 1899 г. Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Dom Zdrowia D-ra Fr. Stepkowskiego

Długa Nr. 8 w Warszawie
przyjmuje na stały pobyt ze wszystkimi
chorobami (oprócz umysłowych). Cena
w oddzielnym pokoju z całkowitem utrzy-
maniem wraz z leczeniem na dobę od 1 rb.
50 kop. do 3 rb. dziennie. Bliższa wiado-
mość w kancelaryi Zakładu.

Zakład Lecznicy dla chorych na uszy

D-rów K. Benni i L. Guranowskiego
Bracka 20

przyjmuje chorych na stałe pomieszzcze-
nie za opłatą od Rb. 3—5. Ambulato-
ryum codziennie od 9—10 i od 11—12.

Cena biletu kop. 50.

ZAKŁAD LECZNICZY D-ra SOLMANA

(Chirurgia, choroby kobiet).

Warszawa, Aleja Szucha Nr. 9.

Pobyt z leczeniem od rb. 1.50 do rb. 5 dziennie.

Ambulatoryum od godz. 12 do 1-ej p.p.

PRACOWNIA PATOLOGICZNA

D-ra JULIANA STEINHAUSA

przeniesioną została

na ul. Wspólną № 15.

Analizy mikroskopowe i bakteryologiczne gu-
zów, wyskrobin, płwociny, krwi, nasienia, wy-
sięków, przesięków, i t. p. dla celów dyagno-
styki lekarskiej.

**Miejsce kąpielowe
i klimatyczne.**

w Górach Górnej Bawaryi 670 M. n.
p. m. z Monachium 2 godziny jazdy
koleją.

SEZON

15 Maj — 1 Października.

TÖLZ KRANKENHEIL

Środki lecznicze: źródła jodowe do picia i kąpiele, łąg
soli źródlanej, mydła, spirytus mydła-
ny, inbalażce, kąpiele elektryczne.

Wskazania: Skrofuloza, lues, metritis i endometritis chron
peri i parametritis, myoma, cystitis i prosta-
titis chron. eczema, psoriasis, acne, furuncu-
losis struma, lymfomata, przewł. nieżyty
nosa, gardzieli i krtani.

→ Prospekty przez dyrokoję kąpielową. ←

ZAKŁAD CHIRURGICZNY D-ra Adama Przyborowskiego

w Warszawie

Sewerynow 5, róg Oboźnej.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie. Am-
bulatoryum codziennie od 11—12 (niezamożni
bezpłatnie) i od 5—6.

Wiadomość o warunkach pobytu codz. od 12—1.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadz-
kiego, Jaskłowskiego, Kuniewiczza, Natan-
sona, Thiemego, Tyrchowskiego i Wina-
wera. Przyjmuje osoby, dotknięte choroba-
mi kobiecymi, jako też spodziewające się
słabości, za opłatą 1 do 5 rs. dziennie; za
całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtąń, gardło i nos.

W ambulatorjum codziennie otwartem od

10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

CAŁY ROK
Hydropatja,
Elektryczność,
Masaż
i t. d.

NALECZÓW

W
LECIE
Kąpiele
Żelaziste,
Borowinowe,
Kumys, Gimnastyka.

List pochwalny

Wyst. Hygien.
r. 1896.

Apteka

List pochwalny

Wyst. Hygien.
r. 1896.

WŁADYSŁAWA KLICKIEGO

Złota 29.

Skład wód mineralnych, naturalnych

WINA LEKARSKIE

Środki opatrunkowe.

Najnowsze środki wprowadzone w użycie.

KEFIR

Wody mineralne sztucznie wyrobu Zjednoczo-
nych Aptekarzy Warszawskich.