

MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 25.

Warszawa d. 5 (18) Czerwca 1904 r.

T. XXXII.

WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 6 kop. — Z przesyłką { rocznie . . . rb. 7 kop. —
 { półrocznie . . . „ 3. „ — pocztową { półrocznie . . . „ 3 „ 50

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce na okładce kop. 10.

Na papierze kolorowym między stronkami tekstu kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metzl i Sp. Krakowskie Przedmieście 53. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Trzy przypadki zeszywania ran serca i teorya zszywania ran serca na spostrzeżeniach własnych oparta. Napisał J. Borzymowski. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 74. O swoistem bredzeniu u suchotników. 75. Przyczynę do profilaktyki i leczenia gruźlicy u ludzi i zwierząt. 76. Striae patellares po tyfusie. 77. Pneumokokowe zapalenie otrzewny. 78. O tak zwanej ludzkiej botryomykozie. 79. W kwestyi dekapulacji nerek. 80. Zastrzykiwania surowicy zapobiegawczej w błonicy. 81. O białkomoczu cyklicznym. 82. Przenoszenie zarasków gruźliczych z człowieka na bydło — ODCINEK. Sprawozdanie z kursów wakacyjnych dla lekarzy w roku 1903 w Krakowie. — Ś. p. Leon Neucki. Wspomnienie pośmiertne. — DROBNIEJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNĄ“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: D-r J. BORZYMOWSKI — Suture du coeur dans trois cas de plaie du coeur et une theorie sur les sutures du coeur, basée sur les observations personnelles.

Redaction Dr. M. Sadowski, Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNĄ“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. D-r J. BORZYMOWSKI — Drei Fälle von Naht bei Herzwunden und eine Theorie über die Nähte bei Herzwunden, gestützt auf eigenen Beobachtungen.

Redaction: Dr. M. Sadowski, Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Z kliniki chirurgicznej prof. KUZNIECOWA.

TRZY PRZYPADKI ZESZYCIANIA RAN SERCA

i

Teorya zszywania ran serca
na spostrzeżeniach własnych oparta.

Napisał

JAN BORZYMOWSKI

Ordynat. klin. chirurg. przy szpit. św. Ducha w Warszawie.

Według odczytu wypowiedzianego na ostatnim zjeździe
chirurgów Polskich w Krakowie

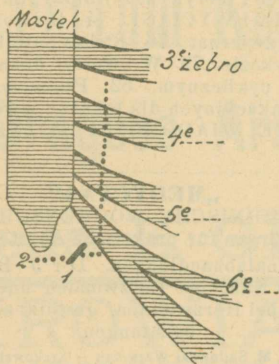
i w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim.

Przypadek I. 23 kwietnia 1902 r. około godz. 8 wieczorem lekarz Pogotowia przywiózł po kliniki chirurgicznej szpitala św. Ducha cho-

rego Bursztyna Edwarda, 25 — 30 lat wieku, w stanie nieprzytomnym, z raną kłuto-ciętą w okolicy nadbrzusza (*epigastrii*). Chory ten silnej budowy, wysokiego wzrostu i dobrze odżywiany, na noszach leżał w pozycji zupełnie biernej, twarz i szyję miał blado-sine, usta rozchylone, oczy zamknięte, łącznice niewrażliwe na dotyk i źrenice normalnej szerokości, nie reagujące na światło. Tętno 80 drobne i małe, oddech równy i spokojny — 30 na minutę; przy rozbieraniu nie wydawał żadnego dźwięku, na żadne pytania nie odpowiadał i bez zmiany pozostawał w stanie zupełnej prostracyi.

W kącie pomiędzy lewym brzegiem wyrostka mieczykowatego (*proc. xiphoides*) a przednim końcem lewego łuku żebrowego, a zatem w okolicy nadbrzusza — rana kluto cięta długości 1—1½ ctm., mająca kierunek z góry i z lewa na dół i na prawo i drażąca widocznie pod skórą na lewo i w górę, nieznacznie krwawiąca.

W kilka minut po przywiezieniu chorego przybyłem do kliniki i rozpoznałem ranę wątroby albo serca i krwotok wewnętrzny. Natychmiast zrobiono dwa podskórne wlewania fizjologicznego roztworu soli i iniekcję kofeiny, poczem chory zaczął sam poruszać rękami i wydawać niewyraźne dźwięki. Nie usypiając chorego, przystąpiłem do operacji w godzinę po przy-



Rysunek I.

wiezieniu chorego przy pomocy miejscowych lekarzy szpitala św. Ducha.

Ranę skórną rozszerzyłem poprzecznie na 6—8 ctm., przyczem okazało się, że lewy łuk żebrowy jest zupełnie przecięty. Po rozchyleniu rozciętych części łuku, zaczęło się silne krwawienie, a badanie palcem wykazało kierunek rany wprost do góry oraz otwór w osierdziu, przepuszczający koniec palca, którym można było wyczuć ranę na sercu tuż w okolicy wierzchołka. Wobec tego rozszerzyłem do góry pole operacyjne przez cięcie prostopadłe do poprzedniego, w odległości 1 ctm. od lewego brzegu mostka i równoległe do tegoż przez 4, 5 i 6 chrząstkę (patrz rys. I) oraz wyrezkowałem po 2 ctm.

wszystkich tych 3 chrząstek. W czasie tej czynności w górnym brzegu rany pękła opłucna, zaraz ją jednak zaszyłem i odsunąłem do góry razem z języczkiem płucnym; następnie rozciąłem osierdzie w kierunku podłużnym, przyczem zaczęły wychodzić zeń z krwią płynną skrzepy wielkości śliwki i większe.

Serce znalazłem owinięte skrzepami, po usunięciu których stwierdziłem w dolnej części prawej komory przy wierzchołku serca ranę około 2 ctm. długości, w którą swobodnie chował się koniec wskaziciela, głęboko drażącą w warstwy mięśniowe serca. Po uniesieniu serca szczypcami KOCHER'a, nałożyłem na tę ranę 3 głębokie i 3 powierzchowne szwy węzłkowe z jedwabiu. Osierdzie zaszyłem na glucho szwami węzłkowymi, również jak opłucną, która znowu okazała się rozerwaną w poprzednim miejscu. Brzegi skórno-mięśniowe ściągnięto kilkoma szwami, a w dolną część rany wstawiono 2 paski gazy. Po operacji powtórne wlewanie soli pod skórę i wstrzyknięcie kofeiny pod skórę. Na noc zalecono kofeinę z kamforą co 3 godziny.

24. IV. Tętno 96—100, lepsze, niż wczoraj. R. 24 utrudnione. Ciepłota 38°. W nocy chory rzucił się i dużo pił. Zrana zupełnie przytomny, nie tak blady, pali papierosa, skarży się na pragnienie. V. st. id. Ciepłota 38°.

25. IV. W nocy chory znowu był niespokojny. Zrana stan dobry, bezgorączkowy. O 3 po południu zapaść, sinica twarzy, tętno nie wyczuwalne. Zdjęto jeden szew powierzchowny, aby przekonać się o stanie osierdza, czy niema krwotoku do jamy tegoż; osierdzie jednak okazało się nie napiętem. Zrobiono wlewanie soli pod skórę i do żyły, zastrzyknięto eter i kofeinę. O godz. 6½ po południu chory zmarł.

Sekeyę wykonał d-r DMOCHOWSKI i stwierdził 1) zeszytą ranę ciętą około 2 ctm. międzykomorowej przegrody serca w okolicy wierzchołka, głęboko drażącą w warstwy mięśniowe, ale nie drażącą do żadnej komory, 2) brak krwi

w osierdziu i opłucnie i 3) *pleuritis sin. purulenta et pericarditis purulenta*.

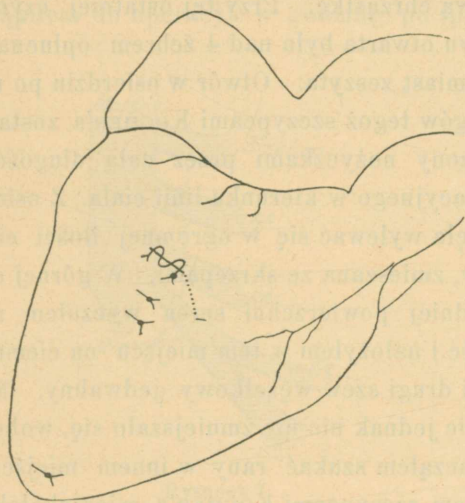
Przypadek II. Dnia 28 lutego 1903 roku o godz. 7 min. 50 wieczorem przywiózł lekarz Pogotowia do naszej kliniki 19 letniego Bolesława Kozubowicza, w stanie nieprzytomnym, bladego, z nieznaczną sinicą warg.

W tętnicy promieniowej lewej tętna wcale nie można było wyczuć, w prawej zaś wyczuwały się niekóre fale, również jak i w tętnicach biodrowych; liczyć jednak tętna nie było można ani w tętnicy prawej promieniowej, ani w biodrowych.

Tony serca słyhać tylko przy wydechu, czyste, ale bardzo głuche. R. 40. Żrenice umiarkowanie zwężone, słabo reagują na światło, łącznice wcale nie reagują na dotyk. Chory jęczy, rzuca się na stole, często woła: wody. Przez czas przygotowań do operacyi, które trwały przeszło godzinę, wypił chciwie $7\frac{1}{2}$ szklanki wody. Przy oględzinach znaleziono następujące rany: na dolnej szczęce z lewej strony płatowa cięta rana 3--4 ctm. długości, drażąca tylko do powięzi; na szyi z lewej strony trzy powierzchowne klute; w okolicy lewego pośladka dwie klute, drażące do mięśni, i na klatce piersiowej, nad miejscem przyczepu 5 lewej chrząstki do mostka, poprzeczna cięto-kluta rana około 2 ctm. długości, wcale nie krwawiąca (patrz rys. III). Po wstrzyknięciu 700 ctm. soli pod skórę można było lepiej wyczuwać tętno w prawej tętnicy promieniowej, ale zliczyć go niepodobna było pomimo wielu prób, przeze mnie i innych kolegów robionych. Bez wahania w tym razie rozpoznałem ranę serca i silny krwotok wewnętrzny i przystąpiłem do operacyi bez usypiania chorego przy pomocy kolegów FITKALA, MASZEWSKIEGO, ZAMENHOFa i ZUNGGO. Na pierwsze dotknięcie nożem chory mocno reagował, wobec tego wstrzyknięto mu morfinę i uspiono eterem. Cięcie skórne zrobiłem wzdłuż 5 żebrowej chrząstki, na 2 ctm. pod pierwotną raną, aby nie dotknąć też nożem. Przy następującem potem re-

zekowaniu 5 chrząstki żywo zaczęła krwawić żyła sutkowa, którą obklulem. Po wycięciu 5-ej chrząstki zaczęło wchodzić powietrze do opłucny w zewnętrznym kącie rany przez otwór około $\frac{1}{3}$ ctm. Szew, nałożony na ten otwór, rozerwał go jeszcze bardziej, i wówczas przez ten otwór zaczęło wyglądać płuco przy każdym wdechu; skorzystałem z tego i, nakładając nowy szew, przeszyłem nim również koniec języczka płucnego, który w ten sposób zatykał otwór w opłucnie. Badanie palcem wykazało otwór w osierdziu, przepuszczający koniec wskaziciela; odluszczone osierdzie od mostka i wycięto 4 lewą chrząstkę. Przy tej ostatniej czynności znowu otwarta była nad 4 żebrem opłucna i natychmiast zeszyta. Otwór w osierdziu po ujęciu brzegów tegoż szczypcami KOCHER'a został rozszerzony nożyczkami przez całą długość pola operacyjnego w kierunku linii ciała. Z osierdzia zaczęła wylewać się w ogromnej ilości ciemna krew, zmieszana ze skrzepami. W górnej części przedniej powierzchni serca wyczułem nierówność i nałożyłem w tem miejscu na ciemno jeden i drugi szew węzełkowy jedwabny. Krwawienie jednak nie zmniejszało się, wobec tego zacząłem szukać rany w innem miejscu i uniosłem szczypcami KOCHER'a wierzchołek serca, lecz tam rany nie znalazłem, a miejsce, ujęte szczypcami zaczęło krwawić, nałożyłem więc znowu jeden szew w okolicy wierzchołka na krwawiące miejsce i powróciłem do poprzedniej okolicy serca, a przyciągnąwszy bliżej serce stwierdziłem okiem razem z kolegami asystującymi poprzeczną ranę 1—1 $\frac{1}{2}$ ctm. długości, umiejscowioną na centymetr wyżej ponad nałożonymi nasamprzód dwoma szwami. Rana ta krwawiła rytmicznie grubym krótkim ciemnym strumieniem przy skurczach serca. Nałożyłem na nią pod kontrolą oka 4 szwy ciągle z jedwabiu, zwrócił moją uwagę przytem niezwykle duży i niezgrabny węzeł, który zrobiłem na końcu przy zawiązywaniu nici, ze względu jednak na stan ciężki chorego nie poprawiałem go. Węzeł

ten w przebiegu leczenia odegra pewną rolę, dla tego o nim wspominam. Po zeszytciu rany krwawienie zupełnie ustało, i bardzo dobrze mogliśmy widzieć serce zeszyte w 3 miejscach (rys. II). Szwy były pokryte kroplami czerwonej krwi. Następnie wybrałem z osierdzia skrzepy i dwa razy dokładnie wymyłem serce i osierdzie roztworem soli. Osierdzie zaszyłem na głucho szwami węzełkowymi. Opłucna okazała się znowu rozerwaną w zewnętrznym kącie rany i po raz 4 zeszyta, jednak niezupełnie, ciągle bowiem nici rozrywały ją w nowym miejscu. Przestrzeń pomiędzy osierdziem i mostkiem lekko wytam-



Rys. II.

Szwycy nałożone na serce.

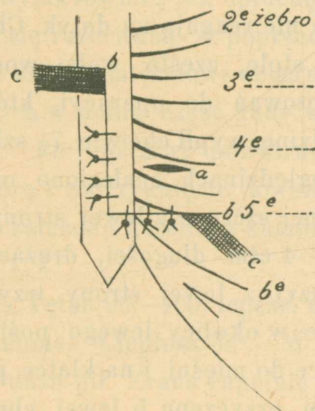
1. Rany serca.

ponowałem gazą jodoformową, skórę przyszyłem w kącie rany, a w górnej i zewnętrznej części jej wyprowadziłem gazę, jak to widać na rys III.

Operacja trwała przeszło godzinę i z powodu zepsucia się lampy na sali operacyjnej, robiona była w przedpokoju operacyjnym, przytem narzędzia podawał felerzer, który nie znał wcale nazw tychże i bodaj czy nie pierwszy raz tę czynność wykonywał. Po operacji tętno 120, dobrze napięte na prawej ręce, rytmiczne. Chory dostał drugą hipodermoklizmę z soli i w dalszym ciągu w nocy po 2 szpryce kofeiny co godzina.

1. III. Tętno 120, słabe na prawej ręce, na lewej niewyczuwalne. O. 36. Ciepłota 38,0°. Przytomność zupełna. Wygląd dobry. Mocz oddawał sam, pił herbatę z winem. Opatrunek z przodu przesiąknięty krwią, zmieniono go na łóżku powierzchownie. Na lewej połowie klatki piersiowej *tympanit.*, *ictus cordis* widoczny na skórze. Trzecia hipodermoklizma i *Inf. digitalis* 1.0:180, *coffeini* 4,0. *Syrupi* 20 co 2 godziny łyżkę. Wieczorem tętno 120 słabe. O. 56! Ciepłota 37,8°. Bóle w lewym boku.

2. III. Tętno 120. O. 46. Ciepłota rano 38,0°, wieczorem 39,0°. W nocy spał; opatrunek obficie przesiąknięty wydzieliną surowiczą; ra-



Rys. III.

1. Rana pierwotna na skórze.

2—3 Gaza.

4 Szwy skórne.

no pił kawę, mocz oddawał, stolca nie było. Rany na szyi i pośladkach bez reakcyi. *Deligatio*. Lód na piersi. Morfyny 5 kropeł. *Digitalis*.

3. III. Tętno 118. O. 28. Ciepłota rano 38,2°, wieczorem 37,7°. W nocy spał po morfynie (0,01). Oddech dosyć swobodny. Rano pił kawę. Mocz oddawał. Stolca nie było. Opatrunek suchy, niezmienny. *Digitalis*.

4. III. Tętno 120 w prawej tętnicy promieniowej bardzo wyraźne, w lewej trudno wyczuwalne. Ciepłota 37,4°. O. 42. Czuje się źle, skarży się na duszność i poty. Przy opatrunku zmieniono

powierzchowne tampony. Oddech w lewym płucu pęcherzykowy, tony serca czyste i jasne. Wszystkie rany bez reakcji. Mocz oddawał 3 razy. *Digitalis*. Wieczorem obfite poty. Tętno 128. O. 46. Ciepłota 36,4°. Wypił 3 kieliszki koniaku (samowolnie).

5. III. Tętno 98—120 mocniejsze, czasami nierówne, dykrotyczne w prawej promieniowej, w lewej z trudnością wyczuwalne. R. 50. Ciepłota 36,8°. Skarży się na duszność i kolki w lewym boku i z przodu klatki piersiowej. W prawej połowie klatki piersiowej z przodu trzeszczenia opłucnowe i w dolnej części synchroniczne z tętnem. Tony serca czyste i wyraźne, głośniejsze z prawej strony mostka. Tampony powierzchowne zmienione. Powietrze nie wchodzi przytem do opłucny. *Coffeinum*. *Deligatio* ran na szyi. Wieczorem tętno 108. O. 50. Ciepłota 37,8°. *St. id.* Lawatywa.

6. III. Tętno 114—120 nierówne. Ciepłota 36,5°. R. 28! podczas snu, 48 po opatrunku. Usunięto 2 najgłębsze tampony, które jeszcze od operacji nie były zmieniane; przytem zaczęło wchodzić do opłucny powietrze w niedużej ilości. Po wytamponowaniu rany, zrobiono opatrunek z kolloidum, a po wyschnięciu kolloidum przykryto go jeszcze ceratą, i powietrze przestało wchodzić do opłucny. Z prawej strony z przodu i w dole klatki piersiowej *affrictus pleuriticus*. Oddech z prawej strony z tyłu osłabiony, a z lewej zniesiony. W nocy niepokój. Stolica nie było, enemy nie dawano. Wieczorem tętno 120. R. 64! Ciepłota 36,0°. Skarży się na silne bóle w lewym boku. Po enemie stolce.

7. III. Tętno 108. R. 48. Ciepłota 37,3°. W nocy rzucił się. Rano i wieczorem morfina. Opatrunek powierzchowny. Tarcie z prawej strony mniejsze, tony serca wyraźniejsze. Tętno lepiej napięte. *Coffeini natr. ben.* 0,3, *Camphorae* 0,03; co 3 godz. proszek. Wieczorem tętno 120, silniejsze. Chory spokojny. R. 40. Ciepłota 38,0°. Morfina na noc.

8. III. Tętno 106. R. 32—44 mniej bolesne. Ciepłota 37,6°. Tampony miejscami zielone z nieprzyjemnym zapachem. Po posadzeniu chorego wylało się dosyć dużo jasno-żółtego surowiczego płynu. Włożono tampon w dolną część rany, a skóra w górze przyssała się, jak kłapa, do rany. Rana pierwotna w skórze wypełniona ropą. Tampony pokryte ligniną i zalane kolloidum. Opatrunek po wyschnięciu kolloidum pokryto ceratką. Po opatrunku R. 40., proszek kofeiny i szklanka wina. Wieczorem tętno 108. R. 38. Ciepłota 37,4°.

9. III. Tętno 106—120 słabsze, lepiej wyczuwa się z prawej strony, ale można już je liczyć i z lewej strony, czego dotąd niepodobna było zrobić. R. 31 w czasie snu, przy opatrunku 52. Czuje się lepiej. Dolny tampon (bez zapachu) zmieniony. Zamiast kolloidum opatrunek szczelnie zalepiono plastrem lepkiem. Trzeszczenia w klatce piersiowej z przodu nie było. Tony serca czyste. Chory żąda więcej wina. Spał dobrze, śniło mu się, że jechał sankami.

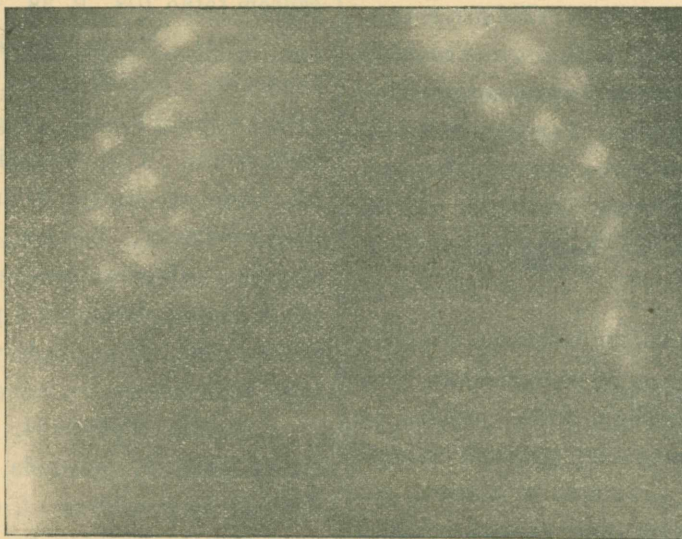
10. III. Tętno 104. R. 48. Ciepłota 38,4°. Chory majaczy, opowiada, że w nocy wyprowadzali go na podwórze i t. d. Na nosie nieznamy obrzęk i zaczerwienienie skóry z wyraźną granicą (*erysipelas*). W nocy spał dobrze, czuje się lepiej, jadł mięso i pił więcej, niż zwykle. *Deligatio*. Wieczorem ciepłota 36,5°.

11. III. Tętno 110. R. 42. Ciepłota 37,1°. Chory majaczy, krzyczy, zrywa się z łóżka, najczęściej powtarza, że ktoś przychodził grozić mu, chciał go zabić. *Deligatio*. Powietrze do opłucny nie wchodzi. Zaczerwienienie na nosie znacznie zmniejszyło się. Po opatrunku siedzi swobodnie i mówi o wrogu, który czycha na jego życie, żąda przeniesienia na „dolną“ salę. Zjadł rosół z żółtkami. Po przeniesieniu do osobnego pokoju dostał szprycę morfiny i 1,0 chlorku, potem próbował czytać kuryera i zasnął. Wieczorem tętno 98—100, dobrze napięte. R. 24. Ciepłota 36,0°. Spał od 4—7. Nie jadł. Rozpoznano ostrą psychozę traumatyczną.

12. III. Tętno 100. R. 38. Ciepłota 36,4°. W nocy nie spał, krzyczał, że chcą go zabić, i tak zrywał się z łóżka, że musiano go skrepować kaftanem, używanym dla furiatów; przy mocowaniu się z dwoma posługaczami porwał kaftan i stłukł szybę w oknie. *Delig.* Powietrze swobodnie wchodzi do opłucny. Opatrunek obficie przesiąknięty. Nałożono na opatrunek przykrywę z plastra lepkiego. Chloral i morfina. Wieczorem ciepłota 37,3°. Chory spokojniejszy.

nek bez plastra. Zostawiono swobodny dostęp do opłucny, aby uniknąć w tejże ujemnego ciśnienia i wysysania wydzieliny z rany i z opłucny. Chory jadł i pił bardzo dużo. Wieczorem tętno 104. R. 52. Ciepłota 38,3°. Chory śpi.

15. III. Tętno 104, dobrze napięte, arytmiczne i nierówne. O. 30 w czasie snu i 46 w czasie czuwania. Czuje się trochę lepiej. Ciepłota 38,0°. Stolec wolny 4 razy. Język wilgotny. Pił kawę. Badanie promieniami ROENTGEN'a



Rys. IV.

13. III. Tętno 106. R. 52. Ciepłota 37,4°. Chory zupełnie uspokoił się. Spał dobrze; apetyt duży, zjadł kilka bułek, żąda wina i kawy. Czuje się jednakowo. *Delig.* Rana oczyściła się, powietrze wchodzi i wychodzi z opłucny. Z prawej strony na plecach u dołu nie słychać oddechu, stłumienia jednak niema, z lewej zaś strony oddech lepiej słychać, w dolnej części osłabiony i stłumienie w samym dole. Po przykryciu opatrunku plasterem powietrze wychodziło tylko przy wydechu, a przy wdechu nie wchodziło. Wieczorem ciepłota 38,7°. *St. id.*

14. III. Tętno 102. R. 42. Ciepłota 38,2°. Chory zupełnie przytomny i spokojny, skarży się na duszność. Oddech bardzo ciężki. Opatru-

(patrz rys. IV) wykazało: Duży cień od serca, zachodzący w prawo od mostka na trzy palce, tamże nieznaczne stłumienie, stwierdzone przez d-ra SOKOŁOWSKIEGO. Lewa opłucna ciemniejsza od prawej, ale przepuszcza promienie. Zrobiono punkcję pod 9 i 10 lewym żebrem po tylnej pachowej linii oraz punkcję osierdzia przez ranę i otrzymano trochę przezroczystego czerwonego płynu, w którym d-r LORENTOWICZ znalazł tylko niezmiennione czerwone ciała krwi i minimalną liczbę leukocytów. Wieczorem tętno 104. R. 42. Ciepłota 39,7°. Wstrzyknięto dwa flakony przeciwsreptokokowej surowicy PASTEUR'a.

(C.d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

74. RIEBOLD. O swoistem bredzeniu u suchotników

Występujące niekiedy w przebiegu suchot płucnych bredzenie jedni uzależniają od gruźliczego zapalenia opon mózgowych, inni — od ciągłej wysokiej gorączki, jeszcze inni — od wyczerpania lub małopokrwistości mózgu. KRAEPELIN jest zdania, że jako moment przyczynowy zaburzeń psychicznych, występujących w przebiegu niektórych przewlekłych chorób zakaźnych, obok stanów wyczerpania uważać można jady chorobowe. Wspomina on, że w gruźlicy występują niekiedy ostre zaburzenia psychiczne w rodzaju bredzenia przy zapaści (Kollapsdelirien) z nastrojem przeważnie jasnym, odpowiednio do tak często spostrzeganego u suchotników błogostanu (euphoria), i że w innych przypadkach wyskok nadaje obrazowi chorobowemu właściwe zabarwienie.

Autorzy czynią tylko luźne wzmianki o zdarzających się w suchotach zboczeniach umysłowych, żaden z nich jednak szczegółowiej nie opisuje charakteru i przebiegu tych zboczeń. Na podstawie 5 spostrzeganych przez siebie przypadków zaburzeń psychicznych w suchotach autor kreśli obraz kliniczny, który we wszystkich tych przypadkach był prawie jednakowy.

Na pierwszym planie stoi podniecenie ruchowe, które wyraża się zarówno w skłonności do ustawicznych ruchów, jakoteż do mówienia. Wszystkie ruchy okazują jednostajność, stereotypowość, automatyczność. Nie są one najczęściej wywoływane przez sprawy psychiczne, wyobrażenia lub afekty. Ruchy są powolne, niezręczne, lecz bez drżenia. Mówią chorzy cicho, monotonnie, często niezrozumiale. Wyrazy obrazają się najczęściej około jednego punktu, od którego trudno chorego odprowadzić. Związek logiczny między wyrazami jest zachowany. Głębszego afektu nie dostrzega się. Chorzy nie biorą udziału w otoczeniu, o nie się nie martwią.

Nastrój po największej części zlekka podrażniony, niekiedy zaś zadowolony i humorystyczny. Rysy twarzy są sztywne, nieobecne, bez wyrazu, puste. Żrenice często są znacznie rozszerzone.

Obok niepokoju ruchowego i przytępienia nastroju główną rolę grają halucynacje wzrokowe i słuchowe. Omamy są dość jednostajne i za treść mają rzeczy codzienne. Omamów chorzy nie rozwijają, nie przerabiają, żadnych wniosków z nich nie wysnuwają.

Jednocześnie z omamami spostrzegać się daje pewien zamęt, który wyraża się w niecelowym postępowaniu: chorzy pluą na łóżko lub podłogę, piją ze spluwaczki, nie poznają rzeczy i osób, oddają mocz i stolce w łóżku, nie wiedząc, co począć mają z podanym kieliszkiem wina i t. d. Za pomocą energicznego wezwania udaje się często zwrócić i fiksować na krótki czas uwagę chorych, przyczem na chwilę poznają otoczenie, dają trafne odpowiedzi na proste pytania, później jednak tę samą odpowiedź dają na każde inne zadawane im pytanie.

Oryentowanie się chorych nie jest znacznie upośledzone. Najczęściej otrzymuje się zgodne z rzeczywistością odpowiedzi na zapytania o wiek, imię, dzień urodzin i inne stosunki osobiste. Oryentowanie się w czasie i przestrzeni jest również nie najgorsze: zdają sobie sprawę z miejsca, w którym się znajdują, z daty, pory roku i t. d. Tylko ostatni okres ich życia jest przyćmiony i do świadomości nie dochodzi: nie wiedzą chorzy np., od jak dawna są w szpitalu, nie mają wyobrażenia o tem, czy jest rano, czy wieczór i t. d. Świadomości o swej chorobie nie mają, istnieje tylko poczucie znacznego osłabienia.

Przebieg psychozy jest następujący. Początkowo chorzy są niespokojni zazwyczaj tylko w nocy, bredzą, oddają mocz pod siebie. Następnego rano świadomość powraca, i chorzy nie wiedzą o niepokoju nocnym. W godzinach

wieczornych na nowo występują omamy zmysłów, chorzy na nowo wpadają w niepokój ruchowy i zamęt. Po 2—3 dniach zaburzenia powyższe występować zaczynają i w ciągu dnia, a po kilku dniach jeszcze następuje zwykle zejście. W 5 przypadkach autora *exitus* nastąpił po 3—10 dniach. Mogą się zdarzyć także zwolnienia kilkodniowe, a nawet kilkotygodniowe (SCHMALTZ). W ostatnich godzinach chorzy wpadają w śpiączkę i nie oddziałują wcale na bodźce zewnętrzne. Przez cały czas choroby istnieje bezsenność i brak łaknienia.

Z leków kojących jedynie woda chloralu okazuje pewne działanie, morfina zaś jest zupełnie bezskuteczna.

Wszystkie 5 przypadków autora dotyczyły wyłącznie mężczyzn. Przyczynę tego zjawiska upatrywać należy w tem, że wyskok gra pewną rolę w występowaniu omawianych zaburzeń. Najczęściej za przyczynę uważać można znaczne wycieńczenie. W 4 przypadkach miało się do czynienia z przewlekłą gruźlicą w ostatnim okresie, w jednym istniało nawet zwyrodnienie skrobiowate; w piątym przypadku istniała szybko przebiegająca gruźlica płuc i otrzewny, powikłana gruźliczem zapaleniem opon mózgowych. W 4 pozostałych przypadkach opony, jak również mózg były zupełnie nietknięte. Wysoka ciepłota zanotowana jest tylko w jednym przypadku, w 4 pozostałych przebieg był prawie bezgorączkowy z nieznacznymi tylko wahaniami. Bredzenia nigdy nie poprzedzała zapaść. Środki narkotyczne (morfina) stosowane były tylko w 2 przypadkach, i to w bardzo małych dawkach. O obarczeniu psychopatycznym nie było nic wiadomo, raz tylko — *suicidium* u przodka.

Powstawanie najgłówniejszych objawów da się objaśnić osłabieniem czynności kojarzeniowej, któremu towarzyszą objawy podrażnienia w sferze ruchowej i czuciowej. Autor zalicza omawiane zaburzenia do grupy psychoz astenicznych, które, według KRAEPELIN'a, należą do *amentia acuta*. Według BINSWANGER'a i BERGER'a, nie da się przeprowadzić ścisłego rozgraniczenia między psychozami, powstającymi wskutek wyczerpania, zakażenia i zatrucia. W istocie nigdy napewno nie można orzec, jakie znaczenie w danym przypadku przypisać należy każdemu ze wzmiankowanych 3 czynników, które tak często wspólnie występują i działają. W osta-

tnich czasach zaczął przeważać pogląd, że większość ostrych psychoz ma patogenезę toksyczną, i nawet na drodze doświadczalnej usiłowano ten pogląd poprzeć. Taką patogenезę przyjąć można dla zaburzeń umysłowych, powstających w przebiegu suchot. W swoich przypadkach autor w stanie był wyłączyć wpływ gorączki, cierpień organicznych, szczególnie zaś zapalenia opon, zapaści oraz wysokich dawek określonych leków (morfiny). Podnieść należy szczególnie 2 czynniki: silne wyczerpanie, które, zdaniem WERNICKE'go, stanowi ważny moment, wywołujący psychozę, oraz przewlekły alkoholizm, który zwiększa predyspozycję do psychoz, czyniąc z mózgu *locum minoris resistentiae*. Autor spostrzegał nawet przypadek, w którym typowe *delirium tremens* przeszło w swoiste bredzenie suchotników.

(Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 12).

S. P.

75. PRÖSCHER. Przyczynę do profilaktyki i leczenia gruźlicy u ludzi i zwierząt.

Tuberkulina KOCH'a, odkryta w roku 1890, nie ziściła pokładanych w niej nadziei. Stosowana bez zachowania koniecznych ostrożności przynosiła więcej nawet szkody, niż korzyści, i dzięki temu wkrótce została zupełnie wyłączona z arsenału leczniczego, natomiast w praktyce weterynaryjnej znalazła szerokie zastosowanie rozpoznawcze. Tuberkulina jest wyciągiem laseczników, w którym jad wewnątrzkomórkowy tych ostatnich, przedstawiający według autora główną siłę leczniczą, znajduje się w minimalnej ilości. Zewnątrzkomórkowego jadu laseczniki, zdaje się, nie są w stanie produkować.

Własność tuberkuliny, jak wiadomo, polega na wywoływaniu u osobników gruźliczych w minimalnych już dawkach silnej reakcji.

Ponieważ doświadczenia z tuberkuliną nie dały pożądanego rezultatu, wystąpił KOCH w 1897 roku z nowym preparatem tuberkuliny. Wyszuszone i roztarte laseczniki KOCH rozpuszczał w roztworze gliceryny i soli kuchennej, następnie centryfugował, oddzielał od osadu i dodawał trochę formolu. I ta nowa tuberkulina mało różniła się od starej, tylko reakcja nie była tak gwałtowna. Niepowodzenie tuberkuliny objaśnić można, według autora, tem, że główna jej substancja działająca znajduje się w minimalnej ilości i źle się przyswaja. Antytuberku-

lina MARAGLIANO, przedstawiająca wyciąg wodny laseczników, przechowywanych przy różnych temperaturach, też zawiodła. Począto tedy stosować szczepienia ochronne z osłabionym sztucznie jadem laseczników według metody JENNER'a.

BEHRING pierwszy uodparniał bydło przeciw gruźlicy za pomocą laseczników ludzkich, mniej dla nich szkodliwych, przyczem wstrzykiwał laseczники zwierzętom wprost do żył i otrzymywał zupełną odporność przeciw perlicy. Twierdzenie KOCH'a, jakoby laseczники gruźlicy i perlicy były różne, zostało obalone. Różnią się one tylko siłą swego jadu.

Substancje uodparniające, według BEHRING'a, przechodzą do mleka i tym sposobem następuje profilaktyczne uodparnianie ssawców przeciw perlicy *resp.* gruźlicy.

Wywody BEHRING'a, zdaje się, nie są dość jeszcze uzasadnione, a to ze względu, że surowica uodpornionych zwierząt nie uodparnia świnek morskich przeciw gruźlicy, gdyż nie zawiera żadnych antytoksyn specyficznych, a tylko nie mające znaczenia aglutyniny, których obecność w mleku też nie zawsze stwierdzano. Szczepienia BEHRING'a mogą mieć zastosowanie w praktyce weterynaryjnej, jako środek profilaktyczny, choć nie zawsze obojętny, lecz uodparnianie ludzi tym sposobem wymaga o wiele więcej ostrożności, a nawet, powiedzieć można jest niebezpieczne.

Na uwagę zasługują doświadczenia MÖLLER'a, który jeszcze przed BEHRING'iem stosował uodparnianie przeciw gruźlicy za pomocą szczepień ochronnych. Zauważył on pewien lasecznik podobny pod wielu względami do laseczników gruźliczych, wywołuje przy wstrzyknięciu wewnątrztrzewnowym u świnek morskich śmierć, przechowywany jednak czas dłuższy traci swą siłę i wtedy daje odporność świnkom, choć, prawda, nie na długo. Zauważywszy, że wstrzykiwanie tych laseczników, dla których *optimum* temperatury jest 37°C., jest połączone z wielkim niebezpieczeństwem, MÖLLER starał się sztucznie hodować laseczники te przy niższej temperaturze i nimi szczepić ochronnie. Zatrzymał się więc MÖLLER na lasecznikach jednego z gatunków węzów, *optimum* temperatury których jest 20—25° C. Są one dla ciepłokrwistych zupełnie obojętne. MÖL-

LER sam wstrzyknął sobie tego rodzaju laseczники, a następnie zaszczerpił gruźlicę ludzką i, choć od tego czasu minęło dwa lata, czuje się zupełnie dobrze. Tym sposobem doszedł on do znakomych wyników profilaktycznych, natomiast jakichś wyników terapeutycznych dodatnich nie udało mu się otrzymać.

Autor od paru lat pracuje nad tem ostatniem zadaniem i, o ile mu się zdaje, doszedł do pewnych rezultatów, o których nie omieszka w swoim czasie donieść, tymczasem zaznajamia z ogólną zasadą swych prób.

Pokłada on nadzieje, pomimo wszystko, że tuberkulina da dobre wyniki, a niepowodzenie jej dotychczasowe objaśnia z jednej strony za wielką siłą jadu, z drugiej małą jego koncentracją. Zasada autora polega przeto na wynalezieniu jadu wewnątrzkomórkowego laseczników, lecz w słabszej formie i silniejszej koncentracji. Prócz tego autor widzi skuteczność leczenia gruźlicy w jednoczesnem wprowadzeniu do ustroju chorego toksyn i antytoksyn, t. j. tuberkuliny i antytuberkuliny. Antytoksyny neutralizują toksyny, a jednak działają uodparniająco. Szczepienia powinny być tylko wewnątrzżyłne. Dotychczas nie posiadamy, jak wyżej zaznaczono, dość skoncentrowanej i lekko przyswajanej tuberkulotoksyny. Autor przypuszcza, że jest już na dobrej drodze ku jej otrzymaniu. Uodparnianie i leczenie polega według autora na tem, że, otrzymawszy tuberkulotoksynę węzową, autor szczepi ją zwierzętom, a surowicę tych ostatnich wstrzykuje świnkom morskim, uprzednio zakażonym lasecznikami gruźliczymi. Jednocześnie tym samym świnkom autor wstrzykuje do żył tuberkulotoksynę. Wstrzyknięcia powtarza w ciągu paru dni, zwiększając dawki.

(Folia haematologica. N. 3. 1904).

Ludwik Stein.

76. FISCHER. Striae patellares po tyfusie.

Autor opisuje linijne blizny skórne w dolnej części uda powyżej rzepki, przebiegające poziomo i równolegle jedna do drugiej. Blizny te są barwy perłowej, błyszczące, zupełnie podobne do *striae gravidarum*. Raz nawet autor spostrzegł podczas przebiegu tyfusu brzuszego wytwarzanie się na dolnym końcu obu ud podobnych, równolegle do siebie przebiegających blizn 3—4 ctm. długości, barwy brunatnej. Nie było przy-

tem ani napięcia skóry, ani żadnego cierpienia stawu kolanowego, przykurczenia i t. d. W okresie rekonwalescencji blizny zbiegały, lecz były b. wyraźnie widoczne. W 4 przypadkach napewno wiadomo, że chorzy przechodzili tyfus w okresie młodzieńczym. Czy *striae* rozwijają się podczas tyfusu i u dorosłych, niewiadomo. Autor wątpi, ażeby stałe przyciąganie kolana do tułowia w pozycji na grzbiecie, jak to się spostrzega u niektórych tyfusowych, miało być przyczyną tych blizn. Przypuszcza raczej, że gra tu rolę pewna nieścisłość we wzroście u osobników młodocianych części miękkich z jednej strony, a kości — z drugiej, — nieścisłość zależna, być może, od ograniczonego dowozu białka i tłuszczu, zupełnego braku wodoru węgla przy obfitym dowozie obfitującej w wapno wody do picia. JARISCH wspomina również o takich bliznach po szybkim wzroście. SCHULTZE znajdował u kobiet niezależnie od ciąży w 36% podłużnie przebiegające smugi na przedniej powierzchni ud, podczas gdy u mężczyzn smugi takie o mniej stałym przebiegu występowały wszystkiego w 6%. SCHULTZE przyjmuje, że wzrost wszczep w okresie dojrzewania pozostaje w związku z podłużnie przebiegającymi smugami, podczas gdy u mężczyzn szybki wzrost wzdłuż wywołuje blizny poprzeczne. Autor (FISCHER) niejednokrotnie obserwował u dziewcząt, które nigdy nie rodziły i nigdy też nie były wybitnie otyłe, liczne ukośnie ku dołowi przebiegające smugi w okolicy lędźwiowej w górnej części pośladków.

Możnaby myśleć, czy niema się tu do czynienia ze zmianami trofoneurotycznymi. Wszak już NONNE w r. 1889 u chorego tyfusowego z brakiem odruchu kolanowego, lecz bez porażenia lub innych zaburzeń nerwowych, znalazł przy badaniu pośmiertnem zmiany neurytyczne wyłącznie w nerwie udowym (*n. cruralis*) przy zupełnym zachowaniu innych nerwów. Gdy autorzy francuscy w tyfusie stwierdzili rozmaite zboczenia odruchu kolanowego, mianowicie, częsty brak tegoż, REMLINGER zbadał 100 tyfusowych żołnierzy na zachowanie się odruchu rzepkowego i znalazł w 22% odruch prawidłowy, w 32 — wzmożony, u 17 chorych — osłabiony, a w 29% zupełny brak odruchu. Zdarza się także niekiedy dysocjacja odruchów ścięgniastych, t. j. brak odruchów kolanowych przy istnieniu objawu stopowego. Spostrzeżenie NONNE'go świadczy o możliwości ist-

nienia sprawy neurytycznej we wszystkich tych przypadkach, w których podczas przebiegu tyfusu odruchy ścięgniaste znikają. Prawdziwa *polyneuritis* z charakterem *neurotabes peripherica* zdarza się, choć rzadko, w tyfusie. Autor sam spostrzegał podobny przypadek. Spostrzegano wszak nawet neurytyczną postać porażenia LANDRY'ego po tyfusie (PITRES i VAILLARD). Częstsze jednak są formy mononeurytyczne. Warunkują one rozmaite porażenia tyfusowe i powstają, według REMAK'a, nie dzięki samym sprawcom choroby, lecz skutkiem pośrednio powstałych chorobowych wytworów przemiany materii, na co wskazuje ich powstanie w późnym okresie choroby albo już okresie zdrowienia. Występowanie zmian degeneracyjno-zapalnych w nerwach przemawia za możliwością trofoneurotycznego pochodzenia wspomnianych smug bliznowych.

Czy *striae* powstają i w innych chorobach zakaźnych, niewiadomo.

(München. med. Wochensh. 1904. Nr. 11)

S. P.

77. Anton GHON. Pneumokokowe zapalenie otrzewny.

WEICHSELBAUM pierwszy zauważył, że przyczyną zapalenia błony brzusznej może być *diplococcus pneumoniae*. Od tego czasu zjawiało się wiele prac, potwierdzających obserwacje WEICHSELBAUM'a.

Autor obserwował w ciągu ostatnich lat wiele przypadków zapalenia otrzewny na tle zakażenia diplokokiem samym lub też w połączeniu z innymi bakteriami.

Autor opisuje kilka ze swych przypadków, obserwowanych w instytucie WEICHSELBAUM'a.

W jednym z nich zapalenie błony brzusznej powstało na tle przedziurawienia wrzodu żołądkowego. W wysięku jamy brzusznej znaleziono wyłącznie *diplococcus pneumoniae*. W drugim przypadku przedziurawienie do jamy brzusznej nastąpiło wskutek raka żołądka. W wysięku znaleziono *diplococcus*, lecz prócz tego „długie bakterie“, choć w znacznie mniejszej liczbie. W zawartości żołądkowej stosunek ten był odwrotny. „Długie bakterie“ nie są, bezwątpienia, szkodliwe dla ustroju ludzkiego i grają pewnie rolę saprofitów. Trzeci przypadek dotyczył zapalenia otrzewny po gastroenteroanastomozie wskutek rakowatego zwężenia odźwiernika. W wysięku

jamy brzusznej wykryto znaczną liczbę typowych diplokoków i daleko mniej nie barwiących się według GRAM'a krótkich bakterii. W zawartości żołądka obfite, krótkie i długie bakterie, barwiące się według GRAM'a i dalek mniej diplokoków.

Znaczenia tych krótkich i długich bakterii autor nie podejmuje się objaśnić, w każdym razie nie przypisuje im wielkiej roli, obecność ich uważa za przypadkową, a zakażenie otrzewny, według autora, i w tym przypadku wywołał *diplococcus pneumoniae*.

Czwarty przypadek przedstawiał raka odźwiernika z przerzutami u wrót wątroby, w gruczołach limfatycznych wzdłuż większej krzywizny żołądkowej. W tym przypadku zapalenie otrzewny było ograniczone i dotyczyło okolicy odźwiernika. Prócz tego znaleziono *meningitis cerebrospinalis fibrinosa purulenta*. W wysięku jam mózgowych wykryto wyłącznie *diplococcus*; w wysięku jamy brzusznej przeważnie *diplococcus* z domieszką bakterii z rodzaju *coli* a także *staphylococcus*. W soku z gruczołów wyłącznie — *diplococcus*. Zapalenie otrzewny powstało w tym przypadku wskutek owrzodzenia rakowatego gruczołów limfatycznych w okolicy odźwiernika, zapalenie mózgu wskutek dostania się zarazków do krwiobiegu przez *vena portae*.

We wszystkich opisanych przypadkach zakażenie powstało w żołądku; do żołądka *diplococcus* dostać się mógł przez przełyk z jamy ustnej i krtani lub też wskutek zwracania zawartości kiszek do żołądka.

(Wiener.klin. Wochenschrift. N. 10).

Ludwik Stein.

78. FRÉDÉRIC. O tak zwanej ludzkiej botryomykozie.

PONCET i DOR (1897) pierwsi opisali botryomykozę u ludzi. Przedstawia się ona w postaci guzika niewielkiego, niezłośliwego, na szypule, mieści się po większej części na palcach, rzadziej w innych miejscach. W przypadkach, opisanych przez wyżej wspomnianych autorów, udało się wydzielić z guzika nowotworowego koki, posiadające wszystkie własności botryokoków zwierzęcych i wywołujące przy szczepieniu (oślicy) objawy, właściwe botryomykozie.

Guziki botryomykozy są wielkości grochu, miękkie, czerwone, na powierzchni nieco zmacerowane; formą swą przypominają grzyb. Charak-

terystyczną ich cechą jest szypuła. Po większej części występują pojedynczo. Guzik nieraz mieści się we wgłębieniu, przypominającym krater, dokoła *stratum corneum* zgrubiałe; skóra sąsiednia niezmieniona lub też nieznacznie zaczerwieniona. Przy ucisku guziki niebolesne, nieraz zjawiają się jednak samoistne bóle. Często krwawią. Po usunięciu nie dają nawrotów. Gruczoły limfatyczne nie powiększone.

Znamienna przy botryomykozie u zwierząt jest obecność w ropie (wskutek rozpadu wewnątrz guzika) drobnych, żółtawo-białych ziarenek, jak ziarenka piasku.

Botryokoki, wydzielone w ostatnich czasach, przypominają prawie w zupełności *staphylococcus pyogenes aureus*, wskutek czego powstało przypuszczenie, że są one tylko odmianą tego ostatniego. Lecz choć takiego zdania są jedni, inni przypisują botryokokowi specyficzne własności.

Co się tyczy identyfikacji botryomykozy ludzkiej i zwierzęcej — zdania się różnią. Przy botryomykozie u zwierząt zmiany znajdują się i w wewnętrznych narządach i w kościach. Jest to choroba ciężka i charakteryzuje się obecnością żółtawych ziarnistych mas, widocznych makroskopowo. W opisanych dotychczas przypadkach nie udało się stwierdzić bezpośredniego zarażenia od zwierząt, przeciwnie zawsze zwracano uwagę na to, że chorzy nie wspólnego ze zwierzętami nie mieli. Autor nie przypisuje specyficznej własności botryokokowi i utożsamia go ze stafilocokiem, a nawet posuwa się w swych wywodach dalej i jest zdania, że, być może, przy botryomykozie ludzkiej *staphylococcus* nie gra zupełnie żadnej roli, i obecność jego jest przypadkowa, jak w wielu innych cierpieniach skóry.

Botryomykoza ludzka jest to, według autora, nowotwór granulacyjny, wyróżniający się znacznem rozgałęzieniem naczyń krwionośnych.

Rokowanie u ludzi dobre. Leczenie polega na zupełnem usunięciu guzika wraz z sąsiednią skórą.

(Deutsche Medic. Wochenschrift. 15 i 16. 1904).

Ludwik Stein.

79. THELEMANN. W kwestyi dekapsulacji nerek.

HARRISON (w 1896 r.) w przypadku szkarlatyny z małą ilością moczu, białkomoczem i silnymi bólami w krzyżu, spodziewając się znaleźć

ropień nerki, obnażył ją. Okazało się jednak, że nerka była tylko silnie napięta. Zrobił więc cięcie, po którym nastąpiła prędką poprawa.

Spostrzeżenia HARRISON'a zostały potwierdzone przez ISRAEL'a, KORTENWEY'a.

LENNANDER zrobił jeszcze krok naprzód i stosować zaczął dekapulację.

Autor w 1902 roku wykonał szereg doświadczeń na królikach. Po przecięciu powłoki włóknistej autor odciągnął ją ku wnęce nerkowej i, umieściwszy nerkę w jej zwykłym miejscu, zaszywał ranę. Na sekcjach nerka leżała w normalnym miejscu, otoczona mniej lub więcej ścisłą tkanką łączną, w tłuszcz obfitującą. We dwa dni po operacji zaczęła powstawać nowa powłoka, niezbyt jeszcze spojona z samą nerką i bogato unaczyniona.

Według ASAKURA'y, który robił doświadczenia porównawcze ze zdrowymi zupełnie nerkami i sztucznie zakażonemi, dekapulacja nie wpływa na ogólny stan osobnika, zmniejsza tylko nieco łaknienie. Nowa powłoka powstaje albo z powłoki tłuszczowej, albo też z *fascia renalis*. Na miąższ nerki dekapulacja nie wpływa zupełnie. Lecz, co najważniejsza, ASAKURA nie zauważył zbawionego wpływu dekapulacji.

EDEBOHLS w swych doświadczeniach doszedł do innych rezultatów. Z 51 przypadków otrzymał on za pomocą dekapulacji polepszenie w 22, zupełne wyzdrowienie w 9. Główne znaczenie tej operacji, według niego, polega na silnym unaczynieniu nowej powłoki.

Na mocy swych doświadczeń z ostatnich czasów autor przychodzi do wniosków, że nowa powłoka w stosunkowo krótkim czasie regeneruje się z resztek starej powłoki i tkanki łącznej w miąższu nerki a także z powłoki tłuszczowej. Czy nowa powłoka jest bardziej unaczyniona, aniżeli stara — autor nie może stanowczo orzec. Na miąższ dekapulacja nie wpływa stanowczo. Znacznych polepszeń w przebiegu choroby autor nie widział i wątpi, czy można się spodziewać dłuższej poprawy u ludzi. Przypadki EDEBOHLS'a może dałyby się wyleczyć i bez dekapulacji.

(Deutsche Med. Wochenschrift. 15. 1904).

Ludwik Stein.

80. K. A. ZUPPINGER. Zastrzykiwania surowicy zapobiegawcze w błonicy.

W tysiącu przypadkach zastrzyknięto rodozeństwu dzieci, które zachorowały na błonice i oddane zostały do szpitala arcyksięcia Rudolfa w Wiedniu, pod skórę 200—500, a w cięższych przypadkach 600—1000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej. Z tych dzieci 982 nie dostało błonicy, a 18 t.j. 1,8% zapadło na nią w ciągu pierwszych 3—4 tygodni po zastrzyknięciu. Przy bliższem badaniu okazało się jednak, że z tych 18 dzieci 11 już w okresie zastrzykiwania ochronnego zakażone były błonicą, a zatem tylko siedmioro, t.j. 0,7% zapadło pomimo zapobiegawczego zastrzyknięcia. Przebieg błonicy u dzieci z ochronnem zastrzykiwaniem był bardzo łagodny, pomimo że sama epidemia była wcale ciężka. W czasach, kiedy surowicy nie zastrzykiwano jeszcze, przybywało do szpitala 26 dzieci z rodziny chorych na błonice — w ciągu pierwszych 4 tygodni; z nich zmarło 9 t. j. 34%. Po upływie pierwszych 3—4 tygodni surowica traci swe ochronne znaczenie, t. j. nie zabezpiecza już dzieci od zakażenia się błonicą.

Podobne pomyślnie wyniki zastrzykiwania ochronnego w błonicy stwierdzono we Włoszech, Francji, Węgrzech, Danii i Holandyi.

(Wiener klin. Woch. N. 2. 1904).

L. Wolberg.

81. HAUSER. O białkomoczu cyklicznym.

Białkomoczem cyklicznym lub ortotycznym nazywamy tego rodzaju białkomocz, który zjawia się w położeniu pionowym chorego i znika przy leżeniu. Większość lekarzy uważa, iż białkomocz ten powstaje wskutek zaburzeń czynnościowych w nerce, autor zaś na mocy własnego doświadczenia i prac SENATOR'a jest zdania, że choroba ta ma swe podstawy anatomiczne: mianowicie, pewne zmiany w zewnętrznym nabłonku naczyń kłębków.

Co się tyczy etiologii choroby, to pod tym względem nie pewnego powiedzieć nie można, zauważono tylko, że białkomocz ortotyczny powstaje często po przebytych chorobach zakaźnych. Dzieci, cierpiące na powyższą chorobę, po większej części są blade, małokrwiste, apatyczne.

czne, cierpią na bóle głowy, nie są zdolne do wysiłków fizycznych i umysłowych i t. d.

Większość lekarzy, nie przyznając w powyższej chorobie zmian anatomicznych nerek, lecz podobnych chorych objawowo. Przy podobnym traktowaniu chorych autor widywał często smutne zejścia. Na mocy zaś licznych doświadczenia wyrobił sobie następujący sposób leczenia: przede wszystkim zaleca chorym spokój, dyetę mleczną i wegetariańską. Dopiero gdy przez kilka tygodni mocz jest wolny od białka, chorzy otrzymują jaja i białe mięso, następnie wędzone, wreszcie i czerwone. Głównym zaś dodatnim czynnikiem w leczeniu tej choroby jest systematyczne trenowanie nerek, polega zaś ono na następującem: jeżeli przy leżeniu chorego w łóżku na mlecznej dyecie mocz w ciągu tygodnia nie zawiera białka, autor pozwala chorym zmieniać łóżko na sofkę; następnie pozwala chorym siedzieć z początku w łóżku, potem na krześle. Jeżeli przy tem zachowaniu się chorego w moczu również nie znajdujemy białka, pozwalamy choremu spacerować po pokoju, następnie po ulicy i t. d. Rozumie się, że po każdym ćwiczeniu badamy mocz na białko i, znajdując je, wracamy do tych ćwiczeń, które chory dobrze znosił.

Leczenie powyższe wymaga wielkiej cierpliwości tak ze strony chorego, jak i lekarza, ale systematycznie przeprowadzone daje w większości przypadków dobre wyniki. Wobec tego w chorobie tej nie zawsze możemy zrobić dobre rokowanie.

(Berliner klin. Wochenschrift. N. 50. 1903 r.).

Springer.

82. FIBIGER i JENSEN. Przenoszenie zarazków gruźliczych z człowieka na bydło.

Doświadczenia autorów dotyczyły następujących pytań: 1) czy zarazki gruźlicze przy pierwotnej gruźlicy przewodu pokarmowego człowieka, przeniesione do ustroju bydła, zachowują swe własności chorobotwórcze; 2) czy pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego u człowie-

ka jest zjawiskiem częstym i 3) czy są niewątpliwe przypadki zakażenia gruźliczego przez mleko.

KOSSEL na mocy 39 szczepień zarazków gruźliczych różnego pochodzenia dochodzi do wniosków, że laseczники gruźlicze od człowieka, szczepione bydłu, okazują się w wielu przypadkach bardzo szkodliwymi dla tego ostatniego, t. j. zachowują swą siłę chorobotwórczą w całej rozciągłości, i że laseczники gruźlicze, przenieszone z bydła na bydło, tracą nieraz swą siłę zupełnie lub wywierają nieznaczny wpływ szkodliwy.

Z 10 przypadków, przytoczonych przez autorów, w 5, t. j. połowie, bydło okazało się bardzo wrażliwe na zarazki gruźlicze człowieka i tylko w 2 przypadkach wykazało zupełną odporność. W trzech pozostałych przypadkach gruźlica ludzka wywierała bardzo nieznaczny lub słaby wpływ szkodliwy na zwierzęta. W przypadkach pierwotnej gruźlicy przewodu pokarmowego u dzieci laseczники utrzymywały swą siłę w całej pełni i dawały u bydła typowy obraz gruźlicy.

W 2 przypadkach autorów zakażenie powstało bez wątpienia przez mleko. W jednym z nich dziecko otrzymywało mało gotowane, w drugim zupełnie surowe mleko. W obu przypadkach obciążenia dziedzicznego nie było. Na sekcji okazała się pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego. Zarazki gruźlicze z tych przypadków, szczepione bydłu, dawały typową gruźlicę.

KOCH wyłącza zakażenie przez mleko i jest zdania, że wogóle pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego jest cierpieniem bardzo rzadkiem.

Doświadczenia FIBIGER'a wykazały, że na sekcjach na 100 tuberkulików w 11 konstatować można pierwotną gruźlicę przewodu pokarmowego.

(Berliner klinische Wochenschrift. N. 6 i 7).

Ludwik Stein.

O D C I N E K.

SPRAWOZDANIE

z kursów wakacyjnych dla lekarzy w roku 1903 w Krakowie.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie).

Kursy wakacyjne w roku 1903 rozpoczęły się 8 lipca i trwały do 29 lipca. Program kursów tych ogłoszono w naszych gazetach w Królestwie trochę za późno, należałoby na przyszłość wcześniej to uskutecznić. W roku bieżącym, po udanej pierwszej próbie w r. 1902, należało się spodziewać, że kursy wakacyjne dla lekarzy odbędą się składnie, że nie będzie rozmaitych komplikacji i trudności przy rozpoczęciu kursów; tymczasem nasunęły się pewne trudności, które jednak przy dobrych chęciach dały się usunąć. Na przyszłość tego rodzaju trudności istnieć nie będą, gdyż po kilku naradach kursistów z profesorami postanowiono, że od roku przyszłego 1904 będzie czynny komitet, wybrany z profesorów, którego zadaniem będzie: wypracować dokładny program kursów, ułatwić porozumienie się kursistów i rozstrzygać wszelkie nasuwające się kwestye, w zakres kursów wchodzące. Komitet tego rodzaju jest rzeczywiście niezbędny, przekonałem się o tem osobiście. W roku bieżącym, na przykład, ogłoszono program kursów, ale nikt się nie troszczył, żeby ogłoszone kursy przyszły do skutku, nikt nie pomyślał, że niektórych bardzo ważnych kursów nie ma w programie, że kursów ogłoszonych cofać następnie nie można, w ostatecznym zaś razie zastąpić cofnięty kurs jakimś innym; nie można przecież narażać przyjeżdżających zdaleka lekarzy na brak kursu, dla którego może głównie przybyli. Byłby to wielki błąd, który na przyszłość mógłby kursom krakowskim wiele zaszkodzić.

Nie mam wecale zamiaru krytykować kursów tegorocznych, osobiście jestem ich gorącym zwolennikiem, może właśnie też dlatego reaguję silniej na wszystkie ich braki i pragnąłbym, aby w przyszłości te braki zupełnie usunąć, chcę więc o nich parę słów nadmienić.

Dla czytających program kursów wakacyjnych brak wykładu chorób wewnętrznych rzucał się rażąco w oczy. Prawda, że w tak krótkim czasie w obszernym dziale medycyny wewnętrznej trudno się dużo nauczyć, jednak przy dobrych chęciach, rozważnem obmyśleniu kursu można wiele zrobić: wskazać sposoby badań, nowe kierunki w leczeniu... Kurs medycyny wewnętrznej powinien się odbywać we wspaniałej krakowskiej klinice chorób wewnętrznych; dlaczego się nie odbył, nie wiem! Jeżeli z jakichkolwiek powodów kursu tego nie można było urządzić w klinice, która była już zamknięta w tym czasie (inne kliniki dopiero po skończeniu kursów zamknięto), to należało wykłady chorób wewnętrznych prowadzić w szpitalu ś. go Łazarza, gdzie materiału jest stanowczo dosyć, a przy dobrych chęciach i o zdolnych kierownikach w Krakowie nie trudno. Zwracam tutaj uwagę na brak, istniejący w ogłoszonym programie kursów tegorocznych. Jeszcze więcej zdziwiony byłem, dowiedziawszy się na kilka dni przed rozpoczęciem kursów, już po przyjeździe do Krakowa, że z powodu choroby profesorów TRZEBICKIEGO i RACZYŃSKIEGO, kurs chirurgii w oddziale szpitalnym i pediatrii nie przyjdą do skutku, sprawy te jednak jakoś się ułożyły i kursy te odbyły się dzięki dobrej woli śmiertelnie już chorego prof. TRZEBICKIEGO i prof. JAKUBOWSKIEGO. Kursy te odbyły się tylko dzięki prywatnej energii i inicjatywie, a przecież brak tak ważnych wykładów byłby przykrą niespodzian-

ką dla przyjezdnych, zraziłby kursistów, a nawet mółby mieć poważne następstwa dla rozwoju dalszego kursów krakowskich.

Na kursy w roku bieżącym 1903 uczęszczało lekarzy 24, to jest o połowę mniej, niż w roku 1902. W roku zeszłym było kursistów 40, w tej liczbie z Cesarstwa i Królestwa 11, a z Galicyi 29, w roku bieżącym było wszystkich 24, z tych tylko 3 z Galicyi i Szląska. Zatem Królestwo dostarczyło najliczniejszych słuchaczy, a nawet liczba ich w porównaniu z przeszłym rokiem prawie dwa razy wzrosła.

Z Cesarstwa i Królestwa w roku bieżącym 1903 było kursistów 21, a mianowicie:

Z gubernii Piotrkowskiej	6	
„ Warszawskiej	2	
„ Siedleckiej	2	
„ Łomżyńskiej	3	
„ Płockiej	1	
„ Kieleckiej	1	
„ Radomskiej	1	
„ Kaliskiej	1	
„ Lubelskiej	1	
„ Kijowskiej	2	
„ Ekaterynosławskiej	1	
		21
Z Galicyi	2	
Ze Szląska	1	+3
		24

Zdając sprawę z krakowskich kursów roku 1903, ściślej i szczegółowiej będę mówił o tych kursach, na które sam uczęszczałem, co do innych, muszę się ograniczyć krótkimi wzmiankami, zebranymi od kolegów — słuchaczy tychże.

I. Na kurs chorób kobiecych profesora JORDANA uczęszczało 15 słuchaczy (z Królestwa 13). Wykłady odbywały się 5 razy tygodniowo od 10 — 12 rano. Profesor JORDAN w tak krótkim czasie, dzięki wielkim zdolnościom pedagogicznym, doborowi materiału, nadzwyczajnej umiejętności i pracy, potrafił pokazać pokątną liczbę przypadków, należyście je zbadać, zrobić rozpoznanie i omówić leczenie. Leczenie miejscowe, jak również małe rękocezy wykonywali sami słuchacze pod kierunkiem czcigodnego profesora i dzielnych asystentów. Większe zabiegi operacyjne wykonywano zaraz po wykładzie w

sali operacyjnej kliniki, chore były badane poprzednio przez słuchaczy. Operacja zatem była najlepszym sprawdzianem dobrego rozpoznania. Wielką zasługą profesora JORDANA było wybieranie przypadków zwyczajnych, codziennych, z którymi spotykamy się na każdym kroku i które nadają się do leczenia w praktyce prowincjonalnej, o ile się umie rozpoznać i postawić wskazanie lecznicze, a więc: *endometritis*, *metritis*, zmiany położenia macicy, *parametritis*, rozpoznanie nowotworów, ciąży zamaciczna, cierpienia jajników i trąbek i t. d. Zapewne, że w tak krótkim czasie nie można się nauczyć dobrze badać, rozpoznawać i leczyć, ale w każdym razie profesor JORDAN daje doskonałą szkołę i nieocenione wskazówki, a stokrotnie upomina, czego nie należy robić. Z temi więc wskazówkami można sobie często radzić w praktyce, prawdziwą korzyść nieść choremu, a przynajmniej nie szkodzić, co się często zdarza samoukom, niewyszkolonym ginekologom prowincjonalnym, np. skrobienie macicy podczas ciąży trąbkowej, przypalania, skrobienia, zeszywanie ust macicznych, przy cierpieniu wywołanem tyłozgięciem stałem, a nawet ruchomem.

II. Kurs praktyczny położnictwa prowadził także profesor JORDAN w szpitalu Ś-go Łazarza, słuchaczy było 12. Wykłady odbywały się wieczorem o godzinie 6, były również dyżury nocne. Materiału położniczego było mniej, niż ginekologicznego, wykłady te także najzupełniej zadowolili słuchaczy. Przy końcu kursów docent DOBROWOLSKI dawał kurs operacji położniczych na fantomie. W czasie wykładów profesor JORDAN wykonał cięcie cesarskie przy wskazaniu względnem, z dobrem zupełnie zejściem. Bardzo ładny był wykład o gorączce połogowej, jej zapobieganiu i leczeniu z oceną krytyczną stosowanych metod. Wogóle oba te kursy były prowadzone wzorowo, wszyscy słuchacze wyrażali się o nich z największym uznaniem, nie słyshałem głosu najmniejszego zarzutu lub krytyki o tych stanowczo najlepszych kursach w roku bieżącym.

III. Kurs chirurgii praktycznej w szpitalu Ś-go Łazarza, wobec choroby profesora TRZEBICKIEGO, prowadził prymaryusz doktor JURAS, długoletni asystent zgasłego przedwcześnie profesora. Materiał, w oddziale ogromny i różnorodny, nie był w tym roku należyście wyzyskany.

Doktor JURAS prowadził kurs w tym samym kierunku, co w roku przeszłym profesor TRZEBICKI. Chodziło mu o to, aby przyjezdni lekarze widzieli dużo operacji, wiele rękoczynów sami wykonywali, prędko oryentowali się w przypadkach, nabywali wprawy i pewności w drobnych codziennych zabiegach. Wszystko to starał się robić d-r JURAS. Przy profesorze robiono jednak operacje na trzech stołach operacyjnych pod kierunkiem asystentów, d-r JURAS zaś tylko pod osobistym kierunkiem pozwalał operować (nie bez pewnej racyi), dużo więc mniej operowano pomimo najlepszych chęci kierownika, który udzielał z całą gotowością wszelkich wskazówek i starał się zadowolić wszystkie wymagania słuchaczy. Za pracę uczciwą, dobrowolną, bezinteresowną należy mu się od wszystkich jego słuchaczy serdeczne podziękowanie. Podczas kursu d-r JURAS wykonał kilka bardzo efektownych operacji kiszkowych z doskonałym rezultatem. Słuchaczy miał 15.

IV. Profesor KADER ogłosił dwa kursy: 1) kurs chirurgii operacyjnej na trupach i 2) kurs kliniczny z uwzględnieniem ortopedyi, na kursy te zapisało się początkowo więcej słuchaczy, pozostało zaś z różnych względów tylko 4. Dla tak małej garstki lekarzy profesor dawał obowiązkowo tylko pierwszy kurs, kurs zaś kliniczny dodał nam bez osobnej opłaty. W dnie wolne od zajęć na trupach i zwierzętach chodziliśmy do kliniki; bardzo często znów naprzód pracowaliśmy w klinice, a później na trupach i zwierzętach. Zajęcia w klinice profesora, urządzonej wspaniale, należały do bardzo pożytecznych, chociaż przy końcu roku uniwersyteckiego klinika była do połowy opróżniona; widzieliśmy jednak jeszcze dosyć przypadków, bardzo dobre wyniki ciężkich zabiegów, ładne wyniki leczenia ortopedycznego i plastyki ścięgien. Wyjątkowo tylko profesor dawał operować kursistom. Profesor KADER odznacza się nadzwyczajną energią, zapałem, jest zamięlowanym i bez zaprzeczenia dzielnym chirurgiem technikiem. W aseptykę ślepo wierzy i konsekwentnie uczy ją przeprowadzać, co jest zupełnie możliwe w tak świetnie urządzonej klinice. Ma przytem wiele oryginalnych i racjonalnych nieraz pomysłów; pobyt w tej klinice jest nader interesujący, i wiele w tak krótkim czasie nauczyć się można. Jeżeli dodać do tego nadzwyczajną uprzej-

mość profesora dla przyjezdnych lekarzy, chętnie udzielanie wskazówek i odpowiedzi, prawdziwie koleżeńską życzliwość i najszczerze chęci nauczania, to przychodzi się do przekonania, że klinika ta powinna się cieszyć prawdziwym uznaniem lekarzy, którzy zechcą na przeszłość z niej korzystać. Wszystkie prawie typowe operacje na trupach pokazał nam raz profesor, a później przerabialiśmy je sami, nawet po kilka razy trudniejsze zabiegi. Na psach i królikach robiliśmy operacje w jamie brzusznej, głównie na żołądku i kiszkiach.

W kilku punktach można streścić, że tak powiem, duszę operacyjną profesora KADERA:

- 1) Ścisła aseptyka.
- 2) Szerokie cięcia
- 3) odsłonięcie dostateczne pola operacyjnego.
- 4) O ile można, posługuje się narzędziami, a nie palcami.
- 5) Szwy bardzo ścisłe, nawet na skórę z cieniutkiego jedwabiu — wynik tego — bardzo ładne blizny.
- 6) Opatrunki bardzo proste: gaza sterilizowana, przymocowana specjalnym plastrem t. z. leukoplastrem.
- 7) Narkoza, o której obszerniej chcę powiedzieć.

Otóż w klinice jest w ogromnem użyciu tropokokaina. Dwuprocentowy roztwór w ilości 3 do 3½ centymetra wstrzykuje się do kręgosłupa po uprzednim wypuszczeniu mniej więcej takiej samej ilości płynu mózgo-rdzeniowego. Znieczulenie bardzo dobre. Wkrótce po zabiegu występuje chwilowa reakcja (nie zawsze jednakowa): bladość, osłabienie ogólne, zmiana na twarzy, osłabienie pulsu, lecz te objawy ustępują prędkiej lub wolniej po wstrzyknięciu jednej lub dwóch dawek kamfory. Po tym zabiegu stan już jest dobry — niema żadnych komplikacji; ja też nie widziałem tych ciężkich objawów, jakie występują po stosowaniu kokainy, a mianowicie: silny ból głowy, gorączka, wymioty, ogólny ciężki stan, który trwa dwa dni, a nawet i dłużej, o czem się mogłem w przeszłym roku osobiście przekonać.

W klinice tropokokaina cieszy się pełnem uznaniem; mnie też wydaje się znakomitym środkiem na zasadzie tego, co widziałem.

(D. n.).

Ś. p. LEON NENCKI.

Dnia 25 maja r.b. świat lekarski i szerokie koła inteligencji warszawskiej odpro-
wadziły na miejsce wiecznego spoczynku jednego z najpopularniejszych i dziel-
niejszych z pośród siebie ludzi a wybitnego działacza-lekarza na polu chemii lekar-
skiej i higieny.

Ś. p. Leon NENCKI urodził się w majątku rodzinnym Boczkach, w ziemi Sie-
radzkiej dnia 28 czerwca 1848 roku.

Po ukończeniu gimnazjum w Kaliszu wstąpił na wydział lekarski b. Szkoły
Głównej w Warszawie, po zamknięciu której pozostał w Uniwersytecie Warszawskim
aż do r. 1871. Pod koniec roku 1871 został asystentem w klinice chorób wewnętrz-
nych prof. SCHULTZEN'a w Dorpacie. Następnie pracował przez dwa lata w Bernie
nad chemią fizyologiczną wspólnie z bratem swym prof. Marcelim.

W Szwajcaryi otrzymał stopień doktora medycyny i prawo wykonywania prak-
tyki lekarskiej w r. 1873 po zdaniu odpowiednich egzaminów i obronieniu rozprawy
„Ueber das Verhalten einiger aromatischer Verbindungen im Thierkörper“. Rozpra-
wa ta dorzuciła chemii organicznej parę nowych faktów.

W 1874 roku pracował w klinikach ginekologiczno-położniczych prof. BRAUN'a
i SPAETH'a i zajmował się w pracowni fizyologicznej prof. BRUECKE'go. Badaniom
higienicznym poświęcał się w Monachium pod przewodnictwem PETTENKOFER'a.

W r. 1875 pracował w Paryżu u Cl. BERNARD'a i w klinice narządów mocz-
wych prof. GUYON'a.

W r. 1876 przebywał w klinice prof. THOMPSON'a w Londynie.

W r. 1877 powrócił do kraju, a uzyskawszy potwierdzenie dyplomu przez uni-
wersytet warszawski, zajął się praktyką lekarską, nie zaniedbując jednakże szcze-
gólnie umiłowanej przez siebie chemii, której w przyszłości poświęcił całe swe, na
nieszczęście zbyt krótkie życie.

Od roku 1880 był członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskie-
go i należał do grona wydawców „Gazety Lekarskiej“, którą stale zasilał swemi
pracami.

W 1881 r. został mianowany kierownikiem świeżo urządzonej pracowni chemi-
cznej i bakteryologicznej w szpitalu św. Ducha, którego też został ordynatorem. Na
tem stanowisku pozostał aż do śmierci, a stanowiło ono dla niego teren, na którym
rzetelnie zasłużył się społeczeństwu, dla którego pracował, jako zdolny, sumienny
i wielce pracowity badacz naukowy, jako dzielny człowiek i kierownik młodszych
współkolegów.

Jako kierownik pracowni odznaczał się bardzo dobrem przygotowaniem nauko-
wem, pozyskanem po większej części w pracowniach zagranicznych, których zasada-
mi i dążeniami był przejęty. To wyszkolenie się w pracowniach zagranicznych, wy-
kształcenie przeważnie przyrodnicze wogóle i chemiczno-lekarskie w szczególności
umożliwiły znaczną różnorodność prac, jakie wychodziły z jego pracowni, do których
dawał zachętę, cenne rady i wskazówki, umożliwiające ich wykonanie lekarzom roz-
maitych specjalności.

Ś. p. Leon NENCKI, jako kierownik pracowni, w stosunkach osobistych do pracujących, można śmiało powiedzieć był człowiekiem „bez pozy“, co niezmiernie ułatwiało przystęp do pracowni i zachęcało do pracy. Skromność i gotowość koleżeńską, współudział aktualny i cenny w pracach naukowych, jak również szczęśliwe skojarzenie niezwyklej zalet charakteru z uzdolnieniem zawodowym były przyczyną, że z pracowni wyszła znaczna liczba prac nawet w naszych warunkach tak niekorzystnych dla wszelkiej systematycznej pracy naukowej.

Pomimo skromności uposażenia i urzędnictwa pracowni dzięki ś. p. L. NENCKIEMU wychodziły z niej nawet prace, które weszły do literatury wszechświatowej. Ś. p. Leon NENCKI bardzo poważnie także położył zasługi na polu higieny, jako jeden z najwybitniejszych działaczy, poświęcających się rozpowszechnieniu zasad higieny, opartych na ściślejszych zasadach pracownianych. Działalność jego na polu higieny nagrodzona została odznaczeniami honorowymi na wystawach higienicznych w Krakowie (1882 roku), we Lwowie (1888 r.) i w Wenecji (1894 r.).

W 1894 r. został członkiem towarzystwa „Freie Vereinigung österreichischer Nahrungsmittel - Chemiker in Wien“.

W 1892 r. należał do delegacji, wyznaczonej przez Instytut medycyny doświadczalnej w Petersburgu dla zbadania istoty cholery i sposobów skutecznego jej zapobiegania.

W 1895 r. został członkiem honorowym towarzystwa higienicznego międzynarodowego w Brukselli.

W 1897 roku został wybrany na wiceprezesa rady Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Był jednym z najczynniejszych członków tak w radzie Warsz. Tow. Hig., jak i w wydziałach. Wydział biologiczny szczególnie często miał mu do zawdzięczenia poruszenie wielu ważnych i istotnych spraw tak w odczytach jego własnych, jak i jego współpracowników.

Ś. p. Leon NENCKI przyjmował udział również bardzo gorliwy i owocny w pracach rozmaitych delegacji wydziału biologicznego, to w sprawie mleka, to dezynfekcji, wystawy kucharskiej i t. p., a ostatnio walki z chorobami wenerycznymi. Tutaj należy zaznaczyć u zmarłego dużą ruchliwość umysłu i inicjatywę, znajomość

przedmiotu i, że tak się wyrażę, stałe trzymanie ręki na pulsie spraw bieżących z zakresu higieny i chemii. To też przewodniczący wydziału biologicznego kol. JAKOWSKI na ostatniem posiedzeniu d. 8. VI. r. b. był dokładnym wyrazi-cielem uczuć i myśli członków tegoż wydziału i współpracowników zmarłego, czcząc gorącym wspomnieniem jego pamięć i zasługi.

Najnowsze wyniki z zakresu chemii wogóle, a szczególnie fizyologicznej i patologicznej przeszczepiał na nasz grunt, rozpowszechniał, a często i pogłębiał.

W pracowni stale można było spotkać młodych kolegów, którzy pod jego zawsze chętnem kierownictwem ćwiczyli się w rozbiorach chemicznych wydzielin dla celów lekarskich, jak również w badaniach chemicznych z zakresu higieny.

W 1892 r. z upoważnienia władzy miewał odczyty z zakresu bakteriologii oraz dezynfekcji dla lekarzy powiatowych i miejskich.

Kiedy w rozmaitych punktach kraju odczu-to potrzebę pracowni chemicznych i bakteriologicznych dla celów lekarskich i higienicznych, ś. p. NENCKI z całą gotowością i bezinteresownością uprzystępniał w pracowni swojej przygotowanie się kandydatów.

Pracownia wydała kilkadziesiąt prac, napisanych częścią przez samego kierownika, częścią wspólnie z współpracownikami, których był zastęp liczny (RAKOWSKI, FABIAN, NUSSBAUM, ZAWADZKI Józef, MIZERSKI, W. TRZCIŃSKI, JAWORSKI Józef, DMOCHOWSKI, E. ZIELIŃSKI, J. KARPIŃSKI, PRUSZYŃSKI, PACANOWSKI, W. MA-CZEWSKI, A. ŁOGUCKI, FEILCHENFELD, BAR-SZCZEWSKI Czesław, PODCZASKI, WESOŁOWSKI i inni). Jedne z nich tyczyły się badań materya-łów spożywczych, jako to: masła sztucznego i krowiego, wyciągu słodowego, żywienia w szpitalach warszawskich, wody studziennej, piwa, ekstraktu mięsnego, mleka, kumysu, kefiru, sacharyny, używek i t. p.

Inne prace obejmowały badania nad dezynfekcją, jako to: o proszku otwockim, dezynfekcji formaliną, o dezynfekcji rzeczy i mieszkań suchotników i t. p.

Pracownia prowadziła również i badania farmakologiczne, a mianowicie: o zastosowaniu fenyldrazyny, o pyoktaninie i błękitie metylenowym, apolisinie i t. p.

Zajmowano się w pracowni ś. p. NENCKIEGO również chemią wydzielin, jak o tem świadczą ogłoszone badania o oznaczaniu ilościowem acetonu w moczu, w którym to celu razem z RAKOWSKIM opracowali nową metodę, wykrycie osobiście przez L. NENCKIEGO nowego gazu w wypróżnieniach ludzkich — metylmerkaptanu, badania nad sposobami określania wolnego kwasu solnego w żołądku i t. p.

Pracownia poświęcała nie mało czasu na badania wód tak studziennych, jak i mineralnych, jak również powietrza i z tego zakresu ogłosiła kilka cennych prac.

Ś. p. Leon NENCKI gorliwie zajmował się bakteriologią kliniczną i ogłosił z PRUSZYŃSKIM badania nad nosacizną, z J. JAWORSKIM nad wąglikiem i z E. ZIELŃSKIM i J. KARPIŃSKIM nad zapaleniem torebki TENON'a.

Jeżeli do tych prac naukowych o szerszym zakroju naukowym dodamy codzienną powsze-

dnia robotę, składającą się z licznych rozbiórów wskutek żądań, nadsyłanych przez władze urzędowe i szpitale, to należy przyznać, że pracownia, będąca pod kierunkiem ś. p. NENCKIEGO, oddawała wielkie usługi, tak dla celów rozpoznawczych, jak i higienicznych, a w miarę możliwości i środków rzetelnie służyła i nauce.

Gmina ewangelicko-reformowana, oceniając zalety umysłu i charakteru zmarłego, wybierała go trzykrotnie na jednego z trzech członków świeckich swego konsystorza.

Pisząc o działalności ś. p. L. NENCKIEGO, dodać należy, że wszystko, cokolwiek robił, nacechowane było wysoko pojętem poczuciem obowiązku obywatelskiego, bezwzględnie dobrą wiarą, rzadką bezinteresownością i szlachetnością serca. Zalety te jednały mu też ludzi, którzy mu sercem za serce płacili.

Cześć Jego nieodżałowanej pamięci!

Wacław Wesółowski.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W dalszym ciągu swych poszukiwań nad przeszczepialnością raka u myszy JENSEN podaje nowy szereg badań, obejmujący 19 pokoleń w ciągu 2½ roku. Razem szczepiono 844 myszy, z których 232 zginęło w pierwszych 2 tygodniach. Z pozostałych wstrzyknięto 274 roztarte masy nowotworowe; u 121 wytworzyły się guzy. U 338 wprowadzono kawałki nowotworów w tkankę podskórną za pomocą trójgrańca; u 128 wyrosły większe guzy. Tak więc otrzymano wynik dodatni w 50%. Prócz białych, używano też myszy szarych domowych; z 84 u 27 wynik był dodatni. Przeszczepianie na białe myszy udawało się łatwo. Przenoszenie na inne gatunki myszy, na szczury białe, świnki, króliki, kozy i kaczki — pozostało bezkuteczne. JENSEN

podaje dokładny opis budowy histologicznej nowotworów szczepiennych, z którego okazuje się, iż następuje istotna transplantacja. Natomiast niema dostatecznych danych do przyjęcia powstawania guzów drogą zakażenia. Tkanka nowotworowa zachowuje zdolność życiową w cieplecie 1 — 3° około 18 dni, w cieplecie pokojowej 12 dni, w cieplecie ciała dobie; traci ją przy 47° i wyżej. Oziębianie 10 minutowe do — 10°, 5 minutowe do — 12° — 16° — 18° nie zabija tkanki. Silne światło FINSSEN'owskiego przyrządu, używanego do leczenia wilka, zabija łatwo komórki nowotworowe; również wysuszanie. ¼% roztwór karbolu zabija w ciągu 5 minut. (Zl. Blatt. f. Bakt. Paras. u. Infekt. T. 34).

P.

Wiadomości bieżące.

— W dniu 6 lipca r. b. odbędzie się publiczny konkurs na posadę ordynatora — oftalmologa w szpitalu Żydowskim na Czystem. Posada ta zawakowała po ustąpieniu z niej długoletniego ordynatora i naczelnego lekarza tegoż szpitala kol. Zygmunta KRAMSZTYKA.

— 12 list osób, przybyłych do Ciechocinka dla kuracyi po dzień 8 czerwca, zaznacza 2486 nazwisk.

— Wyszedł z druku zeszyt 3, 4 seryi XVI „Odczytów klinicznych“, wydawanych przez redakcyę „Gazety Lekarskiej“, i zawiera pracę oryginalną d-ra Józefa PIOTROWSKIEGO p. t. „O wpływie klimatu górskiego na ustrój“.

— Wiceprezes zarządu „Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem“ na posiedzeniu, w jego mieszkaniu w dniu 31 b. m. odbytem, zaznajomił liczne grono lekarzy z finansowym stanem tej ze wszelch miar pożytecznej i wzorowo prowadzonej instytucyi. Pomimo iż Sanatorium dopiero od niedawna funkcyonuje, i pod względem finansowym wyniki przedstawiają się zadawalająco.

— Wyszło z druku dwudzieste drugie Sprawozdanie z działalności Kasy pomocy dla osób, pracujących na polu naukowem, Im. d-ra med. Józefa MIANOWSKIEGO za rok 1903. Liczba członków kasy po dzień 31 grudnia 1903 r. wynosiła 942. Z funduszu obrotowego wydano: 1) na cele i badania naukowe 14,755 rb.; 2) na wydawnictwa naukowe 14,145 rb. 93 k.; 3) na pożyczki i zapomogi dla osób, znanych z prac naukowych, 675 rb., razem 29,575 rb. 93 kop., z funduszy zaś specjalnych rb. 12,573 kop. 12.

— Otrzymaliśmy „Zarys organizacyi zdrojowisk i uzdrowisk krajowych“ przez prof. d-ra Ludomiła KORCZYŃSKIEGO. Jest to referat, przesłany c. k. Namiestnictwu przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, jako odpowiedź na kwestyonaryusz: „W sprawie zdrojowisk krajowych“.

— Tegoroczny międzynarodowy zjazd oftalmologów odbędzie się w Lucernie od 13 do 17 września.

— Instytut ortopedyczny w Bolonii ogłasza konkurs na najlepszą pracę lub najlepszy wynalazek w ortopedii. Nagroda wynosi 3500 fr. Ubiegać się o nią mogą i cudzoziemcy. Termin nadsyłania prac upływa w d. 31 grudnia 1904. Adres: d-r R. SILWANI w Bolonii.

— ZMARLI. W dniu 7 czerwca r. b. zmarł po długich cierpieniach ś. p. d-r Teodor LIESE. Krzepki do niedawna organizm, podkopany cukromoczem, padł w pełni sił męskich ofiarą gruźlicy. Urodzony 13 listopada 1849 r. pod skromną strzechą kolonisty we wsi Białki w powiecie Lubartowski, o własnych siłach ukończył gimnazjum lubelskie i następnie, borykając się z graniczącym z nędzą niemal niedostatkiem, uniwersytet warszawski w r. 1874. Osiedlony na Nowej Pradze, tam też dokonał pracowitego żywota. Niezwykłą słodyczą charakteru, pogodą umysłu, dobrocią serca, wrażliwością na cudzą biedę i gotowością niesienia ulgi cierpiącym zjednał sobie wkrótce zaufanie i miłość ubogiej braci, wśród której przeważnie działalność swą szerzył, a także pracowników b. Stalowni warszawskiej, huty szklanej w Targówku, a zwłaszcza kolei Nadwiślańskich, gdzie długie lata gorliwie i z zaparciem się siebie pracował. Ze dobrym ś. p. kol. LIESE był człowiekiem, świadczy najlepiej ukochanie przez Niego dziatwy, którem powodowany, był założycielem i zapobiegliwym opiekunem ochrony XXXII a także gorliwym członkiem instytucyi Ogrodów dziecięcych imienia W. E. Raua i troskliwym gospodarzem najliczniej ze wszystkich uczęszczanego ogródka św. Floryana na Pradze. Nieskalana prawość charakteru cechowała Go zawsze, czy to jako lekarza poufnego Towarzystwa Ubezpieczeń New-York, czy jako prezesa Rady Towarzystwa Pożyczkowo - Oszczędnościowego Praskiego, czy też jako członka Zarządu Praskiej Kasy Pomocy na wypadek śmierci. Dobry ojciec, dobry obywatel, dobry kolega — zostawia po sobie niezatartą i bez skazy pamięć.

Cześć Ci zacny kolego!

St. Rembieliński.