

NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIOŁ NAUK
POZNAŃSKIEGO.

Wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu
staraniem

KOMITETU REDAKCYJNEGO

składającego się z Dr. Fr. Chłapowskiego, Dr. T. Drobnika, Dr. A. Jaruntowskiego, radzcy Dr. Koehlera,
Dr. J. Panieńskiego, Dr. Święcickiego z Poznania,
Dr. L. Szumana z Torunia i Prof. Dr. Wicherkiewicza z Krakowa.

BIURO REDAKCYJNE:
znajduje się u przewodniczącego komitetu
redakcyjnego, Dra Franciszka Chłapowskiego,
w Poznaniu, ul. Wiktorji 27.

ADMINISTRACJA I EKSPEDYCJA:
u członka komitetu red.
Dr Tomasz Drobnika w Poznaniu,
św. Marcin 74.

Przedpłata: którą przyjmują: Dr. Tomasz Drobnik w Poznaniu, św. Marcin Nr. 74,
księgarnie: Krzyżanowskiego w Krakowie; Wendego i Sp. oraz Gebethnera & Wolffa w War-
szawie, jako też wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niem., wynosi:
rocznie: w Niemczech 12 m., w Austrii 7 z'r., w Król. Pol. i Rosyi 6 rs., we Francyi 15 fr.,
półrocznie: w Niemczech 6 m., w Austrii 3,50 zir., w Król. Pol. i Rosyi 3 rs., we Francyi 7 50 fr.

A. Prace oryginalne.

Radykalna operacya wolnych przepuklin pachwinowych u dzieci.

Podał

Dr. Tomasz Drobnik.

W polskiem piśmiennictwie lekarskiem jedną tylko znam pracę, tyczącą się przepuklin u dzieci. Jest nią publikacya Bossowskiego,*) w której znajdujemy streszczoną dostatecznie literaturę zagraniczną naszego przedmiotu. Niechaj mi będzie wolno, w celu uniknięcia powtarzań, czytelnika interesującego się szczerem zresztą piśmiennictwem, zajmującym się w naszych mianowicie czasach, przepuklinami u dzieci odesłać do tej cennej pracy. Co do mnie postawiłem sobie za zadanie skreślić na podstawie li tylko własnych doświadczeń rozwój i stan obecny nauki o leczeniu wolnych przepuklin pachwinowych u dzieci.

Zacząć muszę od roku 1887, gdy stawiałem jako asystent kliniki królewieckiej pierwsze kroki na polu praktycznej chirurgii. Zostałem tam w tym

*) Bossowski Dr. A. O leczeniu radykalnem przepuklin pachwinowych wolnych u dzieci. Rzecz miana na Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie w dniu 18-go Lipca 1895 r. i »Przegląd lekarski« 1895 Nr. 34 i 35.

czasie metodę leczenia przepuklin wolnych u dzieci za pomocą zastrzykiwania w okolicach bramy przepuklinowej alkoholu. Rezultaty tego łatwego sposobu leczenia przepuklin u dzieci były zadawalniające, szczególnie wobec nieznośnej u dzieci mianowicie w pierwszym i drugim roku życia aplikacji pasków przepuklinowych. I ja często bardzo stósowałem w Królewcu metodę tę z dodatnim rezultatem, mianowicie gdy chodziło o przepukliny niewielkie i łatwo dające się odprowadzić. Wyskok wprowadzony za pomocą strzykawki Pravaz'a w okolicę bramy przepuklinowej u dzieci po odprowadzeniu przepukliny powoduje aseptyczne podrażnienie tkanek, którego następstwem jest bardzo często radykalne wyleczenie cierpienia. Sposób ten jednak zawodzi zupełnie przy większych przepuklinach o szerokiej bramie, co się u dzieci stosunkowo dość często zdarza. W takich przypadkach osiągnano częstokroć jeszcze zadawalniające wyniki za pomocą odpowiednich pasków przepuklinowych. Jak już wyżej wspomniałem zastosowanie pasków przepuklinowych mianowicie u dzieci w pierwszym i drugim roku życia jest połączone z nadzwyczaj wielu trudnościami. Dzieci bardzo często nie znoszą paska, wytwarzają się odparzenia, wypryski, szczególnie latem, pobudzające dzieci do krzyku i do wypychania silnem naprężeniem ciśnienia wśródbrzusznego przepukliny pomimo paska, który zbyt silnym być nie może. Słowem, leczenie za pomocą paska przepukliny u dzieci, długotrwałe, niepewne pod względem wyniku i nie dające się wszędzie ze skutkiem stósować, jest dla rodziców i lekarza nadzwyczaj zmudnem i nużącym. Ostatecznie tak stósowanie paska, jak i wstrzykiwanie wyskoku miało w nowszych czasach tylko ten cel na oku, ażeby sposobem bezpiecznym sprowadzić bujanie tkanek w okolicy bramy przepuklinowej i zrost worka przepuklinowego. Cel ten dawniejsza chirurgia starała się osiągnąć zapomocą zawłok i wprowadzania drażniących środków w okolice bramy przepuklinowej, a nawet do worka przepuklinowego.

Przypuszczam, że niejeden z młodszych lekarzy zdziwi się, dla czego chirurg nie mógł się zdecydować u dzieci na radykalną operacyą. Przecież w drugiej połowie 1888 roku nie mogła już żadnego chirurga odstraszać od radykalnej operacyi przepuklin u dzieci, obawa zakażenia, będąca dawniej słuszną główną przyczyną udawania się do środków nudnych i niepewnych. A jednak tak było. Obawiano się infekcyi rany, przez niemożliwość utrzymania w czystości opatrunku, obawiano się przesiąknięcia opatrunku moczem, którego szczególnie dawniejsi chirurgowie się obawiali, jako płynu łatwo się rozkładającego i powodującego często septyczne zakażenia. Zapewne i obawa przed zakażeniem otrzewny nie małą grała rolę w tem, że najpotężniejsi przedstawiciele aseptycznej chirurgii uważali przepuklinę u dzieci, jako *noli me tangere* za pomocą wewnętrznego leczenia.

Częste operacye przepuklin uwięźniętych w Królewcu, w których przy niepewności czy petla kiszki uległa zgorzeli czy nie, zostawiano, zawinawszy część uwięźniętą kiszki przed odprowadzeniem jej, w gazę jodoformową, bramę przepuklinową otwartą i zadawalniono się tamponadą, nauczyły mnie, że nawet u dorosłych w ten sposób wykonane herniotomie uwieńczone bywają pod względem radykalnego wyleczenia dodatnim wynikiem. U osób dorosłych, a nawet w podeszłym wieku się znajdujących, gojenie rany aseptycznie *per secundam* za pomocą ciągłej tamponady, wywołuje ostatecznie często bujanie tkanek i radykalne

wyleczenie przepukliny za pomocą silnej blizny. Potwierdza to i Billroth, przypisujący niedostateczne wyniki radykalnej operacji Czerny'ego przy zupełnej aseptryce rany, właśnie brakowi reakcyi. Twierdzi on, że dawniej gdy ropienie rany pooperacyjnej należało do prawidłowego przebiegu gojenia, wynik radykalnych operacji przepuklin bywał daleko lepszym dla tego, że skutkiem dłuższego ropienia było wytworzenie silnej blizny, zamykającej szczelnie bramę przepuklinową. Rozważanie to w połączeniu z doświadczeniem, że tampon z gazy jodoformowej wywołuje, sprowadzony do otrzewny, w swoim otoczeniu natychmiastowe zlepianie tej błony, ochraniającej ją od zakażenia, skłoniły mnie do odstąpienia w przypadkach wielkich przepuklin u dzieci, od utartego sposobu ich leczenia. W jednym przypadku w roku 1888 leczonym przezemnie na oddziale kliniki chirurgicznej w Królewcu, nieudało się za pomocą żadnych pasków kilkakrotnie zamawianych i zmienianych zapobiedz wyciskaniu się z pod kłębuszka (pelotte) kiszek. Przepuklina była obustronna, brama przepuklinowa wielkości dwumarkówki, członek męzki mało widzialny wskutek znacznej ilości jelit, znajdujących się w mosznach sięgających u chłopczyka trzechletniego do połowy prawie uda. W tym przypadku sposób operowania był bardzo prosty, równy na jednej i na drugiej stronie. Po otwarciu worka przepuklinowego odprowadziłem z łatwością jelita do jamy brzusznej, wsunąłem tampon z gazy jodoformowej w szeroko rozwartą bramę przepuklinową, wytamponowałem także lekko worek przepuklinowy i ściągnąłem bramę przepuklinową dla zapewnienia tamponu jednym szwem z jedwabiu. Ranę zewnętrzną zmniejszyłem kilku szwami srebrnymi. Opanowany obawą przed możliwym zakażeniem rany przez przesiąknięcie moczem opatrunku, postanowiłem nie opatrywać rany wcale zwykłym opatrunkiem z gazy wchłaniającej, lecz położyłem na świeżą ranę płatki zanurzone stale w 10⁰ roztworze glicerynowym kwasu borowego, przykazawszy dozórczyni zmienianie płatka po każdorazowym zmaczaniu się dziecka. Przekonałem się, że przebieg gojenia się rany był zupełnie prawidłowym, nigdzie nie dało się odkryć śladu ropy. Po pięciu dniach zacząłem wyciągać i przycinać po kawałku tampon, tak, że dwa tygodnie po operacji wyciągnąłem resztę i wsunąłem napowrót świeży kawałek gazy w kierunku bramy przepuklinowej. Rezultat ostateczny był zupełnie zadawalniający, przepuklina, jak mi listownie doniósł do Poznania jeden z moich następców kolegów, była we trzy lata po operacji zupełnie zagojoną. W ten sam sposób operowałem w Królewcu jeszcze kilka przypadków. Wszystkie odznaczały się wielkością bramy przepuklinowej, gdyż mniejsze leczone były poliklinicznie, dawniej wypróbowanymi sposobami. Leczenie pooperacyjne było także stale równe. Przekonałem się jednak, że nawet przy niedokładnem zmienianiu glicerynowych płatków, przy dłuższem zanieczyszczeniu moczem rany, przebieg nie bywał wcale gorszym. Wprawdzie występowało przez przesączenie tamponu moczem rozkładanie się tegoż i wskutek tego ropienie i oddzielanie się z głębi rany szwu jedwabnego, nałożonego na bramę przepuklinową, ale rezultat operacji był zawsze pewny bez żadnego rozleglejszego i głębszego zakażenia otrzewny, ani nawet zapalenia tkanki pokryw brzusznych. — Przekonawszy się w pierwszych kilku przypadkach, że obawa zakażenia moczem rany przy operacjach przepukliny u dzieci nie jest tak wielką, jak powszechnie przypuszczano i że wogóle przepukliny u dzieci są bardzo wdzięcznym przed-

miotem operacyjnego leczenia, zdecydowany byłem i lżejsze przypadki, które niewątpliwie przy wielkiej cierpliwości lekarza i rodziców mogłyby być doprowadzone za pomocą pasków lub wstrzykiwań wysoku do zadawalniającego rezultatu, poddać leczeniu operacyjnemu. Mianowicie u dzieci rodziców ubogich, chodzi przecież zawsze o sposoby leczenia przede wszystkim pewne i krótkotrwałe ze względu na koszty, jakie przez leczenie długie ponosić muszą albo biedni rodzice albo zakład dobroczynny. Z tych względów objąwszy stacją chirurgiczną w szpitalu dziecięcym św. Józefa poddałem wszystkie prawie z małymi wyjątkami przepukliny u dzieci leczeniu operacyjnemu. W ciągu ósmiu lat wykonałem w szpitalu św. Józefa na 49 chorych przyjętych do zakładu z przepuklinami bądź jednostronnymi, bądź obustronnymi 55 radykalnych operacji, których wyniki od lat kilku obserwuję i w żadnym razie nie przekonałem się o nawrocie. Oprócz tego wykonałem w czasie od 1890 do 1898 roku 23 prywatne operacje radykalne przepuklin u dzieci, z których kilka tylko zacytuję poniżej, gdyż w książce mojej brak mi o wielu dokładniejszych danych. Często bowiem wykonywałem tylko operacją, podczas gdy lekarz domowy przejął dalsze leczenie, polegające najczęściej tylko na wyjęciu szwów i kilkorazowej zmiany opatrunku zmaczanego lub tym podobnych manipulacjach.

W ciągu tych kilku lat sposób przezemnie używany radykalnego operowania przepuklin pachwinowych u dzieci uległ naturalnie bardzo znacznym zmianom i udoskonaleniom, których przedstawienie jest po części zadaniem niniejszej pracy.

Przekonawszy się jeszcze w Królewcu o stosunkowo bardzo małej szkodliwości zmaczania opatrunku uryną, skoro tylko podczas operacji zachowaną była chirurgiczna czystość, postanowiłem objąwszy oddział chirurgiczny szpitala św. Józefa dla dzieci w Poznaniu dla skrócenia czasu gojenia i zapewnienia się przed recydywami wykonać u dzieci radykalną operacją sdosobem Czerny'ego. Bezpośrednim powodem jednak do tej decyzji był bardzo ciężki przypadek przepukliny obustronnej równający się prawie eventracji zupełnej.

1) Antoni Matysiak 3¹/₂ roku z Niemczynka p. Wągrówcem przyjęty do zakładu św. Józefa 5-go Lipca. Chłopczyk na oko silny i zdrowy, w sukienkach ubrany jak dziewczynka. Dotychczas był zupełnie zdrowy, oprócz pachwinowej przepukliny obustronnej w kilka dni po urodzeniu spostrzeżonej. Worek przepuklinowy rósł z każdym miesiącem aż doszedł do obecnych rozmiarów. Obecnie sięga aż do kolan obustronnie. Na pierwszy rzut oka nie widać wcale członka męskiego, tylko w jego miejscu zagłębienie, którego brzegi mocno zaczerwienione od ściekającego przy każdej potrzebie moczu. Brzuszek zapadnięty. Usiłowane odprowadzenie jelit w części tylko skutek uwieńcza. Większa część jelit pozostaje w worku przepuklinowym i nie daje się odprowadzić do jamy brzusznej. Dla zmniejszenia napięcia we worku przepuklinowym ordynuję łyżkę olejku rybnego dzień przed operacją i płynną tylko dietę.

Dnia 10. 7. 1891 r. operacja na prawej stronie. Pomimo silnego wyczerpania i znacznego wskutek tego zmniejszenia się rozmiarów worka przepuklinowego i jego zawartości nie udaje mi się z prawej strony zupełne odprowadzenie jelit do jamy brzusznej. Dopiero po otwarciu worka przepuklinowego przekonałem się, że przyczyną tego były zrosty w kilku miejscach pomiędzy wy-

rostkiem robaczkowym, stanowiącym wraz z kiszka ślepą znaczną część zawartości przepukliny, a ścianą worka. Dla uproszczenia sobie operacji wyciąłem cały wyrostek robaczkowy i dopiero wtenczas udało mi się z łatwością wsunąć przez wielką bramę przepuklinową wszystkie jelita do jamy brzusznej. Trzy swoje palce zupełnie swobodnie obracać mogłem w bramie przepuklinowej, w którą włożyłem znaczną ilość gazy jodoformowej dla wstrzymania jelit od wypadwania przy lada większem napięciu ciśnienia wewnętrznego. Pomimo tego jedna osoba zatrudniona była podczas narkozy ciąglem wstrzymywaniem tamponu który party przez jelita z trudnością mieszczące się w jamie brzusznej nie zdolnej do objęcia niezwyklej ich masy, wysuwał się lub przepuszczał obok siebie pętle kiszek. Wyłuszczenie worka przepuklinowego połączone było z wielkimi trudnościami ze względu na zrosty szeroko bardzo rozłożonego sznurka nasiennego. Trzeba było po prostu pojedyncze naczynia i nerwy sznurka nasiennego zbierać na szerokości czterech cm. zewnętrznej strony worka przepuklinowego i ostrożnie oddzielać od niego, co się ostatecznie po bardzo mozolnej pracy bez narażenia jądra udało. Po wypreparowaniu worka podwiązałem go poprzednio przez połowę przesywszy jedwabiem i utworzyłem z części górnych szypułkę na 2 cm. długą, kilkakrotnie silną nicią jedwabną związaną; resztę worka przepuklinowego odciąłem. Nad tą szypułką, do niej przyszywając, złączyłem brzegi bramy przepuklinowej zachwytną szwami daleko w mięśnie. Dla zapewnienia jeonak gojenia i w celu uzyskania silniejszego zrostu otuliłem jeszcze jedną część szypułki gazą jodoformową, zostawioną w bramie jako tampon. Do szwu bramy przepuklinowej wzięłem silnego jedwabiu, ścianę zewnętrzną zamknąłem szwem srebrnym z wyjątkiem małego otworu dla tamponu, Przebieg był zupełnie bezgorączkowy pomimo bardzo silnego obrzmienia moszny, którą trzeba było układać dla podwyższenia na poduszce z waty. Tampon począłem wysuwać na piąty dzień po operacji, we trzy tygodnie rana była zupełnie zagojona i mogłem przystąpić do drugiej operacji, którą wykonałem w ten sam powyżej opisany sposób dnia 30. 7. 1891 r. Chory po 6-ciu tygodniach pobytu w szpitalu św. Józefa pojechał do domu wyleczony ze swojego ciężkiego kalectwa.

W skutek znacznego bardzo obrzmienia moszny w pierwszych dniach po operacji rezultat natychmiastowy nie występował bardzo widocznie. Chory jak dawniej maczał sobie moczem mosznę i opatrunek i trzeba było bardzo wielkiej uwagi, żeby zapewnić ranie normalny przebieg. We dwa tygodnie po operacji drugiej zaczęła moszna się zmniejszać do tego stopnia, że do wystającego już członka męzkiego można było przystawić szklane naczynie.

W 9 miesięcy po operacji przedstawione dziecko do rewizji było zupełnie zdrowe, zagojenie przepukliny radykalne. Matka dziecka opowiadała jednak, że na lewej stronie w tydzień po zabraniu dziecka do domu, a więc we cztery tygodnie po operacji utworzył się w bliźnie mały pęcherzyk, w którym po pęknięciu odkryto koniec nici. Nici ta w niejakiś czas wypadła sama, poczem rana definitywnie się zagoiła.

Jeżeli codopiero przytoczonemu przypadkowi poświęciłem więcej miejsca, uczyniłem to dla tego, że następne operacje aż do końca roku 1894 wykonałem wszystkie mniej lub więcej w ten sam sposób. Operowałem w sposób powyżej

opisany 18 przypadków, bądź to w szpitalu bądź też w prywatnej klinice lub praktyce.

Podczas operacji zauważyłem dwie niedogodności, które mi częstokroć były nieprzyjemną przeszkodą.

Bardzo często zdarza się po otwarciu worka przepuklinowego, gdy staramy się odprowadzić jelita do jamy brzusznej, że to nam się nietylko nie udaje łatwo, lecz że podrażnienie jelit przy niezupełnie głębokiej narkozie, wywołuje wymioty, lub bardzo silne parcie opon brzusznych, połączone ze zwężeniem nagłym bramy przepuklinowej. W skutek tego nagle wydostaje się na zewnątrz coraz więcej pętli jelit. Nie pozostaje wtenczas nic innego, jak tylko wstrzymanie operacji, przyciśnięcie gazą jelit i odczekanie głębokiej narkozy, poczem odprowadzenie jelit do jamy brzusznej z łatwością daje się uskuteczyć. Manipulacje te są przy zachowanej czystości podczas operacji zupełnie niewinne. Zawsze jednak przedstawiają niebezpieczeństwo podrażnienia otrzewny i niewykluczają możliwości jej zakażenia. Tampon, założony po otwarciu worka przepuklinowego i odprowadzeniu jelit do jamy brzusznej w bramę przepuklinową przy znacznej objętości tejże nie zdolnym jest do zupełnego przeszkodzenia występowaniu nagłemu jelit przy wymiotach lub nagłych skurczach powłok brzusznych.

Z tych względów zdecydowałem się przy pewnej operacji prywatnej, podjętej w obcych dla mnie stosunkach, w których nie mogłem liczyć na wszystkie w szpitalu zaprowadzone urządzenia antyseptyczne, podczas operacji do wypreparowania worka przepuklinowego bez poprzedniego jego otwarcia. Udaje się to stosunkowo łatwo, jeżeli nie ma zrostów, jako pozostałości po dawniejszych sprawach zapalnych, przebiegających często bez widocznie silniejszej alteracji całego organizmu.

Jako druga niedogodność odczuwana przezemnie nieprzyjemnie podczas operacji było wykonanie szwu bramy przepuklinowej wobec sznurka nasiennego, bardzo często prawie zawsze szeroko rozsianego na powierzchni zewnętrznej worka przepuklinowego. Pomagałem sobie, jak prawdopodobnie każdy, w ten sposób, że wsuwałem palec lewej ręki w bramę przepuklinową i nad nim wykonywałem szew. Naturalnie, że brak pomocy lewej ręki przy szyciu jest nieprzyjemnym. Otóż dla zapewnienia się przed zachwyceniem sznurka nasiennego lub jego części w szew, skonstruowałem sobie rynienkę zagiętą w postaci S. Rynienka ta na jednym końcu była szersza niż na drugim i przeznaczoną była do objęcia w swej wklęsłości powyżej opisanej szypułki zwitej z worka przepuklinowego i sznurka nasiennego. Po nad wypukłością widać jasno brzegi bramy przepuklinowej, mięśnie i powięzie, które sobie można łatwo podług życzenia szwem układać. Przy większych otworach przepuklinowych używam wpierv szerokiego końca rynienki, po założeniu dwóch albo trzech szwów odwracam ją końcem węższym i zakładam resztę szwów. Użycie tej rynienki zapewnia mnie także przed zbytniem zaciśnięciem bramy przepuklinowej i zbytnim wskutek tego uciskiem sznurka nasiennego.*)

*) Dr. Józef Bogdanik w swojej pracy »Dziesięcioletnie sprawozdanie ze szpitala powszechnego w Białej«, umieszczonej w 9-ym roczniku »Nowin Lekarskich« z roku 1897 opisuje przyrząd służący mu do tego samego celu, nie wspomina jednak, że przyrząd ten

W ciągu gojenia rany po operacji zauważyłem oprócz obrzmięń moszny znacznych bardzo, raz po raz wydzielanie się nici jedwabnych. Przypisywałem to tamponadzie, wskutek której nić jedwabna nie pozostawała aseptyczną. Nie chcąc odstąpić od tamponady, powodującej podług mego przekonania silne zra-
stanie się powłók brzusznych w miejscu otworu przepuklinowego, postanowiłem zastąpić jedwab drutem srebrnym. Jako drugą przyczynę powodującą wydziela-
nie się późniejsze szwów pograżonych uważałem zbyt długie pozostawianie tamponu i jego odnawianie. W przypuszczeniu, że szew srebrny pograżony i za-
gojony spowoduje wytworzenie się silnej blizny, w następnych przypadkach usu-
wałem już na czwarty lub piąty dzień tampon zupełnie. Skutkiem tego było
szybkie bardzo zagojenie rany.

N. N. 2¹/₂ roku ze Strzelna.*) Chłopczyk bladej i dość lichy odżywiany ma na lewej stronie przepuklinę dość znaczną, nie dającą się wstrzymać żadnym paskiem wskutek niecierpliwości dziecka. Operacją wykonałem dnia 7-go gru-
dnia 1894. Środek cięcia znajdował się na wysokości bramy przepuklinowej. Po odkryciu worka przepuklinowego, odprowadzenie jelit do jamy brzusznej udaje się łatwo — asystent zaciska tamponem bramę, podczas gdy operator odprepa-
rowuje worek przepuklinowy. Następuje utworzenie szypułki i trzy srebrne szwy bramy przepuklinowej. Przebieg pooperacyjny bezgorączkowy, zbrzęknięcie mo-
szny znaczne, wyjęcie tamponu na czwarty dzień, wyjęcie szwów zewnętrznych po zagojeniu rany dnia 15. 12. 1894.

W wyżej opisany sposób operowałem wszystkie przypadki aż do Marca 1897 roku, z tą jednak nieznaczną zmianą, że w lepszych przypadkach zacząłem powoli opuszczać tamponadę i goiłem rany per primam intentionem. Przeko-
nawszy się, że ten sposób daje we wieku dziecięcym pod względem nawrotu także bardzo dodatnie wyniki, coraz śmielej i przepukliny ze znacznymi bardzo otworami brzuszniemi poddawałem gojeniu per primam intentionem. Szwy sre-
brne założone na bramę przepuklinową nie wytwarzały nigdy żadnych zaburzeń, tak, że nigdy nie potrzebowałem ich wyjmować wskutek tworzenia się ropni lub przetok. Podczas operacji niejednokrotnie napotykałem na znaczne trudności przy wypreparowywaniu worka przepuklinowego. Tendencya kompletnego wy-
łuszczenia worka przepuklinowego in continuate, bardzo zresztą podług dotych-
czasowych zapatrywań racjonalna, narażała mnie niejednokrotnie na znaczne trudności i przedłużała częstokroć bardzo operacją. Wrawdzie zebrałem w ciągu tego czasu znaczną bardzo kolekcją mozolnie wypreparowanych worków przepu-
klinowych, nieraz dochodzących po wypchaniu ich watą i zasuszeniu do rozmiarów główki dziecięcej, ale na tem kończyła się moja satysfakcya. Natomiast za-
uważyłem, że mozolna moja praca sprowadza zawsze prawie, przy większych przepuklinach i szerokiem rozłożeniu sznurka nasiennego na bardzo znaczne

już poprzednio opisany był przezemnie w podanej przez niego postaci na Zjeździe chi-
rurgów polskich w Krakowie w roku 1895 dnia 18 Lipca podczas dyskusji nad wykładem
Dr. A. Bossowskiego. Bogdanik na Zjeździe był, nie przypominam sobie jednak, czy był
obecny przy dyskusji nad wykładem kol. Bossowskiego. Nie znalazłszy w korekcie pa-
miętnika Zjazdu wzmianek o tejże rynience, którą porównywałem z kształtu do instru-
mentu używanego przy wsuwaniu trzewików ciasnych dla ochrony pięty, nie dodałem jej
ze względu na bagatelność sprawy i dla tego w pamiętniku Zjazdu nie ma o nim wzmianki.

*) Operacja odbyła się w pokoju operacyjnym kliniki prof. Wicherkiewicza.

obrzęki moszny, poczynające się resorbować dopiero w drugim tygodniu po operacji. Resorbeyca zupełna trwała nieraz przez kilka tygodni, zanim nastąpiło zupełne wessanie nacieków i wyrównanie zupełne moszny i jąder. Tylko nadzwyczaj skrupulatna aseptyka dawała mi możliwość dokonywania tej sztuczki, że się tak wyrażę, wypreparowywania zupełnego cieniuteńkiego, bo tylko z otrzewny składającego się worka przepuklinowego, bez narażenia pacyenta na brzydkie ropienia i nekrozę jądra. Powoli nabyłem w tego rodzaju operacji znacznej wprawy i niebyłbym jej zaniechał — tak trudno porzucić myśli ludzkiej utarte koleje — gdyby konieczność nie zmusiła mnie do tego w następującym przypadku.

Władysław W. 3 i pół roku z M. pow. Chodzieżkiego, silnie rozwinięty chłopczyk, ma obustronną wielkich rozmiarów przepuklinę, zakrywającą zupełnie członek męzki, Na mosznie wskutek tego znaczna przyszczyca wskutek maczania moczu podczas urynowania. Przepuklina sięgała więcej niż do połowy uda. Przyjęty do zakładu 5. 3. 1897. Operowany 6. 3. 1897. Zaznaczyć muszę, że rodzice jako zamożni i inteligentni właścianie starali się poprzednio wyleczyć synka wszelkimi sposobami z kalectwa. Zastosowano paski najrozmaitsze i zastrzykiwania nawet, ale dziwnym sposobem nie alkoholu czystego, tylko ergotyny. Wszystkie usiłowania lekarskie pozostały bezskuteczne, dla tego też rodzice nie widząc innej drogi wyjścia zdecydowali się na proponowaną im przezemnie operacją. Dziecko przyjęte zostało do szpitala św. Józefa i po odpowiednim oczyszczeniu na drugi dzień operowane. Po przeczyszczeniu przepuklina zmniejszyła się znacznie. Cięcie 8 cm. długie na prawej stronie wykazało bardzo obszerną bramę przepuklinową i rozchodzące się ponad nią warstwy mięśniowe. Operacją zamierzałem wykonać typowo z wyłuszczeniem worka przepuklinowego. Usiłowania podjęte w tym kierunku natrafiły na trudności nie dopokonania z powodu zrostów otrzewny z błoną kurezliwą (sic!) moszny (tunica dartos).

Gdyby narkoza była równą, byłbym może z mniejszymi lub większymi trudnościami, po przedziurawieniu kilkakrotnem worka przepuklinowego dokonał zamierzonej ekstyrpacji jego. Ale częste zapady i gromadzenie się śluzu obfitego w krtani skłoniły mnie do tego, że wypreparowałem tylko worek przepuklinowy na kilka cm. poniżej bramy, utworzyłem w powyżej opisany sposób szypułkę na 2 cm. długą i odciąłem resztę worka przepuklinowego, pozostawiając go in situ. Bramę złączyłem trzema szwami, a ranę zewnętrzną zupełnie zamknąłem. Uskuteczniejszy się szybko z tą operacją, mogłem natychmiast podjąć w ten sam sposób operacją na drugiej stronie, co też uskuteczniłem. Wynik przeszedł moje oczekiwania. Przedewszystkiem nie zauważyłem prawie żadnego opuchnięcia moszny. Natychmiast po operacji uwidocznił się członek męzki i umożliwił dokładne oddawanie moczu, skutkiem czego i opatrunki pozostały niezmienniane przez kilka dni. Rany obie zagojone zupełnie w przeciągu tygodnia pozwalały mi już 13. 3. 97 wyjąć szwy zewnętrzne. W listopadzie 1897 roku przyjechali rodzice z dzieckiem do kontroli i skonstatować mogłem wtenczas zupełne zagojenie przepukliny.

Pouczony tem prostem doświadczeniem wszystkie następne radykalne operacje przepuklin u dzieci wykonywałem i wykonuję obecnie w ten sposób. Operacja przedstawia się jako zabieg u dzieci mianowicie zupełnie niewinny,

a dający cito, tuto et jucunde zupełnie pewny wynik pod względem radykalnego wyleczenia przepuklin przyrodzonych u dzieci.

Winienem przed zakończeniem niniejszej pracy uniewinnienie, że zaniedbałem zastosowania sposobów operacyjnych, podawanych przez Mac' Evena, Bassini'ego i innych. Wszystkie jednak metody operowania radykalnego przepuklin podane w ostatnim czasie są daleko więcej skomplikowane. U dzieci — to podkreślam — wystarcza, jak mnie doświadczenie nauczyło, najzupełniej najprostsze złaczenie bramy przepuklinowej do zupełnego wyleczenia przepukliny. Nie widzę więc żadnej przyczyny, dla której miałbym wypróbowany zupełnie i bardzo prosty sposób operowania porzucać dla innego, nie mogącego mi dać lepszych wyników.

Z pomiędzy przypadków, jakie poniżej wyszczególnię w statystyce, jeden zajmuje wyjątkowe stanowisko. Jest to przypadek gruźlicy otrzewny powikłanej przepukliną.

Ewald Schwarzer z Łazarza pod Poznaniem 2 i pół roku dziecko, anemiczne blade, brzuszek wzdęty, zaparcie stolca chroniczne, przepuklina na prawej stronie średniej wielkości, z trudnością tylko dająca się odprowadzić. Odłączenie worka poniżej bramy przepuklinowej udaje się łatwo, przy operacji podjętej poliklinicznie dnia 29. 11. 1897 r. Po utworzeniu szypułki, odciawszy odśrodkową część worka przepuklinowego przekonałem się, że cała wewnętrzna powierzchnia jego zasiana była mnóstwem gruzełków. Z worka wydobyła się nieznaczna ilość surowiczego wysięku. Kol. Chachamowicz obecny przy operacji zajmował się dalszem leczeniem dziecka. Gruźlica otrzewny nie miała żadnego złego wpływu na przebieg gojenia się rany, która po 8 dniach była zupełnie uleczona, tak, że kol. Chachamowicz mógł już w tydzień po operacji szwy wyjąć. Gdybym był wiedział przed operacją o istniejącej gruźlicy otrzewny, byłbym prawdopodobnie otworzył worek przepuklinowy i zrobił hernio-laparotomię w celu wygojenia równocześnie przepukliny i gruźlicy otrzewny. O ile wiem herniotomia sama wpłynęła także dodatnio na przebieg wyleczenia gruźlicy otrzewny, choć obserwacja dotychczasowa jest jeszcze za krótką dla ostatecznego osądzenia sprawy. Przypadek ten powtarzam tylko dla oświetlenia zabiegów operacyjnych przy gruźlicy otrzewny u dzieci.

Na końcu ośmielam się zreasumować wyniki swoich doświadczeń, dotyczących się radykalnego leczenia wolnych przepuklin pachwinowych u dzieci w sposób następujący.

1) Wyleczenie wolnej przepukliny pachwinowej u dzieci za pomocą paska przepuklinowego jest możliwe. Leczenie trwa długo i jest niepewne pod względem ostatecznego wyniku i połączone z bardzo wielu niedogodnościami dla pacjenta i najbliższego otoczenia.

2) Leczenie radykalne wolnej przepukliny pachwinowej u dzieci za pomocą wstrzykiwań wysokoci w okolicę bramy przepuklinowej daje wyniki po większej części dodatnie. Zastosowanie tego sposobu leczenia łatwym jest i uwieńczane bywa dobrym wynikiem w przypadkach przepuklin o małych rozmiarach i niewielkiej bramie przepuklinowej. Leczenie jest długotrwałe, niepewne i nużące dla pacjenta i lekarza.

3) Najpewniejszym, najkrótszym i najprostszym sposobem leczenia wszelkich powolnych przepuklin pachwinowych u dzieci jest już od pierwszego roku

życia radukalna operacya. Z jej pomocą radykalne wyleczenie osiągamy z wszelką pewnością w przeciągu 8—10 dni. Obawy możliwego zakażenia rany po operacyi są zupełnie bezpodstawne.

4) Najprostszy sposób radykalnej operacyi przepuklin pachwinowych u dzieci polega na podwiązaniu worka przepuklinowego w bezpośredniej bliskości bramy przepuklinowej sposobem opisanym w niniejszej pracy i zeszyciem bramy przepuklinowej szwem srebrnym, pozostawionym w ciele i tworzącym jako corpus alienum odpowiednie aseptyczne podrażnienie tkanek, mające na celu wytworzenie silnej blizny w okolicy bramy przepuklinowej.

Wszystkie więcej skomplikowane radykalne sposoby operacyjne przepuklin uważam u dzieci jako zbyteczne.

Nr.	Imię, nazwisko, pochodz.	Wiek	rodzaj i wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacyi	Wynik	Uwagi
1.	Antoni Martyniak z Niemczynka.	3 $\frac{1}{2}$	Hernia inguinalis congenita duplex sięgająca aż do kolan.	Na prawej stronie kieszka ślepa wyrostek robaczkowy i cienkie jelito, na lewej cienkie jelito.	Szwy jedwabne bramy przepuklinowej i tamponada.	Dobry.	Z powodu wzrostu wyrostka robaczkowego wycięcie tegoż.
2	Michał Martynek z Niemczynka.	7 $\frac{1}{2}$	Hernia cong. in inguinalis sinistra.	Jelito cienkie	Radykalna operacya, tamponada, i jeden szew jedwabny bramy przepuklinowej.	Wyleczenie we 20 dni operacya 26. 7. 91.	Przebieg bezgorączkowy, żadnego zbrzęknięcia moshny.
3	Franciszek Żurawski Poznań.	7	Hernia congenita in inguinalis dextra incarcerata	Jelito cienkie i sieć.	Radykalna operacya, szew bramy jedwabnym wabiem tamponada.	Wyleczenie operacya 8. 4. 91. wyleczenie 4. 5. 91.	Bezgorączkowy przebieg, lekkie ropienie, jedwab się wydziela.

Nr.	Imię, nazwisko, pochodz.	Wiek	Rodzaj i wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacji	Wynik	Uwagi
4	Tomasz Trocha z Kiekrza	3 $\frac{1}{2}$	Hernia cong. inguinalis sinistra.	Jelito cienkie.	Radykalna operacja szew bramy jedwabiem, tamponada.	Wyleczony, operacja 12. 2. 92 wyleczony 21. 3. 92.	Przebieg bezgorączkowy, silne zbrzęknięcie moszny.
5	Oskar Kruser z Jeżyc pod Poznaniem.	4	Hernia cong. inguinalis sinistra incarcerata.	Jelito cienkie i sieć.	Radykalna operacja podług MacEwena, tamponada.	Wyleczony, operacja 17. 8. 92, op. zakład 19. 8. 92.	Dostaje na trzeci dzień pobytu w zakładzie żarnie i dla tego zabrany do domu.
6	Antoni Słabolepszy z Jeżyc pod Poznaniem.	9	Hernia cong. inguinalis dextra znacznych rozmiarów.	Jelito grube i wyrostek robaczkowy.	Radykalna operacja szew bramy jedwabiem, tamponada.	Operacja 12. 1. 93. wyleczony 21. 1. 93.	Przebieg prawidłowy
7	Walenty Michalak Ujazd per Grodzisk.	6	Hernia cong. inguinalis sinistra znacznych rozmiarów.	Jelito cienkie.	„	Operacja 24. 5. 93, wyleczenie 6. 6. 93.	Wielkie trudności podczas operacji wskutek wydobywania się jelit.
8	Stanisław Grabowski	4	Hernia cong. inguinalis sinistra incarcerata.	Cienkie jelito i sieć.	„	Operacja 1. 8. 93. wyleczony 20. 8. 93.	Leczony poliklinicznie, przebieg prawidłowy.

Nr.	Imię, nazwisko, pochodz.	Wiek	Rodzaj wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacji	Wynik	Uwagi
9	Józef Król Skrzynki p. Kurnik.	3	Hernia congenit. inguinalis sinistra.	Cienkie jelito.	Radykalna operacja szew bramy jedwabiem tamponada.	Operacja 28. 8. 93. wyleczony 8. 9. 93.	Przebieg prawidłowy
10	Erich Klingbeil Wilda pod Poznaniem.	2	Hernia cong. inguinalis sinistra.	„	„	Operacja 10. 10. 93.	Przebieg prawidłowy leczenie dalsze lekarza domowego.
11	Marcin Królik z Ceradza.	2 ^{1/2}	Hernia cong. inguinalis sinistra.	Jelito cienkie i sieć.	„	Operacja 23. 2. 94. wyleczony 24. 3. 94.	Lekkie ropienie i wydzielanie się nici jedwabnych.
12	Rafał Sulikowski z Murowanej Gośliny.	2	Hernia cong. inguinalis sin.	Jelito cienkie.	„	Operacja 14. 4. 97. wyleczony 1. 5. 94.	Podczas operacji wielkie trudności z powodu nagłej prawie eventracji. Przebieg normalny.
13	Marian Kulesza Miłosław.	2	Hernia cong. inguinalis sin.	Jelito cienkie i sieć.	„	Operacja 20. 4. 94. wyleczony 29. 4. 94.	Przebieg prawidłowy
14	Józef Gierłowski Środa.	2	Hernia cong. inguinalis.	Jelito grube i wyrostek robaczkowy.	Radykalna operacja tamponada na cztery dni.	Operacja 20. 9. 94. wyleczony 29. 9. 94.	Podczas operacji wydobyło się wiele jelit, trudność przy repozycji.

Nr.	Imię, nazwisko, pochodz.	Wiek	Rodz. i wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacji	Wynik	Uwagi
15	Antoni Pokrzywka św. Łazarz pod Poznaniem.	3	Hernia cong. inguinalis dextra irreponibilis	Sieć.	Radykalna operacja, tamponada na cztery dni.	Operacja 26. 11. 94. wyleczony 6. 12. 94.	Wskutek paska zrosty, odcięcie sieci.
16	N. N. ze Strzelna.	2 ¹ / ₂	Hernia cong. inguinalis dextra	Jelito	Wypreparowanie worka przepuklinowego bez otwarcia, tamponada na 3 dni.	Operacja 7. 12. 94. wyleczony 15. 12. 94.	Znaczne zbrzęknięcie moszny, przebieg bezgorączkowy.
17	Oskar Hanf-Blake Nowy Tomyśl	1 ¹ / ₄	Hernia cong. inguinalis dextra	„	„	Operacja 11. 12. 94. wyleczony 20. 12. 94.	„
18	Józef Szpot Wisiny pod Chodzieżem	2	Hernia cong. inguinalis duplex wielkie rozmiary.	Dobrze się daje wy- czuć na prawej stronie jelito cieńkie i ślepe z wyrost- kiem robaczkowym, na lewej jelito cieńkie.	„	Operacja 12. 2. 95. wyleczony 15. 3. 95.	Dostaje szkarlatyny przebiegujenia rany prawidłowy bez ropienia.
19	Stanisław Libiszewski z Wildy pod Poznaniem.	1	Hernia cong. inguinalis duplex znacznych rozmiarów	Bez otwar- cia worka przepukli- nowego nie można oznaczyć zawartości.	„	Operacja 14. 3. 95.	Leczony przez lekarza domowego, przebieg prawidłowy.
20	Kaźmierz Belke z pod Poznania.	1 ¹ / ₂	Hernia cong. inguinalis dextra	„	„	Operacja 16. 5. 95. wyleczony 31. 5. 95.	Przebieg prawidłowy

Nr.	Imię. nazwisko. pochodz.	Wiek	Rodz. i wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacyi	Wynik	Uwagi
21	Franciszek Pawlaczyk Puszczyno per Śmigiel.	1 ^{1/2}	Hernia cong. inguinalis duplex	Bez otwarcia worka przepuklinowego, nie można oznaczyć zawartości.	Wypreparowanie na obu stronach worka przepuklinowego bez otwarcia i zeszytanie bramy.	Operacja 13. 6. 95. wyleczony 26. 6. 95.	Znaczne zbrzęknięcie moszny.
22	Antoni Jaskóła Błażejowice p. Śrem.	2 ^{1/2}	Hernia cong. inguinalis sinistra znacznych rozmiarów.	Jelito cienkie.	„	Operacja 10. 8. 95. wyleczony 20. 8. 95.	„
23	Maks Misch Małachowo	4	Hernia cong. inguinalis sin.	„	„	Operacja 18. 9. 95. wyleczony 26. 9. 95.	„
24	Michał Seftleben Plewiska	3	„	„	„	Operacja 10. 9. 95. wyleczony 19. 9. 95.	„
25	Wacław Barczyński Śrem.	14 mies.	Hernia cong. inguinalis dextra	„	„	Operacja 16. 10. 95. wyleczony 24. 10. 95.	„
26	Antoni Kasperski Miłosław	6	Hernia cong. inguinalis dextra znacznych rozmiarów	Jelito cienkie.	Wypreparowanie worka przepuklinowego bez otwarcia go i zeszytanie bramy.	Operacja 16. 10. 95. wyleczony 25. 10. 95.	Przebieg prawidłowy

Nr.	Imię, nazwisko, pochodz.	Wiek	rodzaj i wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacji	Wynik	Uwagi
27	Maks Świdorski Poznań.	2	Hernia cong. inguinalis sinistra.	Jelito cienkie.	Wypreparowanie worka przepuklinowego bez otwarcia go i zupełne zaszycie bramy.	Operacja 21. 11. 95. wyleczony 3. 12. 95.	Przebieg prawidłowy
28	Piotr Nowak Dzierzanowo.	2	Hernia cong. inguinalis sinistra	„	Operacja zwykła bramy srebrnem bez tamponady.	Operacja 14. 12. 95. wyleczenie 21. 12. 95.	„
29	Zdzisław Malinowski Poznań.	8	Hernia cong. inguinalis sinistra znacznych rozmiarów.	„	„	Operacja 18. 12. 95. wyleczony 28. 12. 95.	„
30	Franciszek Freier Drasko.	1 ¹ / ₂	Hernia cong. inguinalis sinistra.	„	„	Operacja 21. 1. 96. wyleczony 1. 2. 96.	„
31	Antoni Czubaj Szlachcin.	5	Hernia cong. inguinalis dextra bardzo wielka.	Wyraźnie wyczuwalne jelito grube z wyrostkiem baczbowym	Wielka bardzo brama wymaga czterech srebrnych szwów.	Operacja 15. 2. 96. wyleczony 24. 2. 96.	„
32	Władysław Mentkowski Karmin.	2	Hernia cong. inguinalis dextra	Zawartość niewyczuwalna.	Wypreparowanie worka w całości szwy srebrne bramy.	Operacja 1. 5. 96. wyleczony 8. 5. 96.	„

Nr.	Imię, nazwisko, pochodz.	Wiek	rodzaj i wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacyi	Wynik	Uwagi
33	Stanisław Juchacz Ujazd.	2	Hernia cong. inguinalis dextra	Zawartość niewyczuwalna.	Wypreparowanie worka w całości	Operacya 5. 5. 96. wyleczony 5. 6. 96.	Przbieg prawidłowy
34	Stanisław Kłaczyński Będlewo.	2	"	"	"	Operacya 28. 5. 96. wyleczony 5. 6. 96.	"
35	Michał Drzewiecki Naramowice.	2	"	"	"	Operacya 10. 6. 96. wyleczony 17. 6. 96.	"
36	Antoni Szymkowiak.	7	Hernia cong. inguinalis sinistra bardzo wielka.	Jelita cienkie.	"	Operacya 17. 6. 96. wyleczony 25. 6. 96.	"
37	Stanisław Alankiewicz Poznań.	2 ¹ / ₂	Hernia cong. inguinalis sinistra.	"	"	Operacya 29. 8. 96. wyleczony 5. 9. 96.	"
38	Wacław Rakowski Lubcza	6	Hernia cong. inguinalis sin. ineponibilis.	Jelito cienkie i przyrosła sieć.	Otwarcie worka konieczne dla wycięcia przyrosłej sieci, zresztą operacya jak poprzednie.	Operacya 23. 9. 96. wyleczony 1. 10. 96.	Znaczne zbrzęknięcie moszny przebieg zresztą prawidłowy
39	Wojciech Klupsz Wolnica.	1 ¹ / ₂	Hernia cong. inguinalis dextra bardao wielka.	Wyczuwalny wyrostek robaczkowy i jelito grube.	Wypreparowanie worka bez otwarcia, szwy srebrnym.	Operacya 6. 10. 96. wyleczony 13. 10. 96.	"

Nr.	Imię, nazwisko, pochodz.	Wiek	Rodzaj wielk przepukliny	Zawartość	Sposób operacji	Wynik	Uwagi
40	Józef Maik Wilda.	1	Hernia cong. inguinalis duplex	Zawartość niewyczuwalna.	Wypreparowanie worka bez otwarcia szwy srebrnej bramy.	Operacja 4. 3. 97. wyleczony 13. 3. 97.	Operacja obu w jednym czasie przebieg prawidłowy
41	Władysław Wachowiak Morzewo	3 $\frac{1}{4}$	„	„	„	Operacja 6. 3. 97. wyleczony 19. 3. 97.	Znaczne zbrzęknięcie moszny dwa szwy zewnętrzne zropiały.
42	Marian Jasiński Poznań.	4	Hernia cong. inguinalis sinistra bardzo wielka.	Jelito cienkie.	„	Operacja 9. 3. 97. wyleczony 16. 3. 97.	Znaczny obrzęk moszny.
43	Julian K. Sepno.	11	Hernia inguinalis dextra incarcerata	Sieć.	Otwarcie worka wskutek zrostów sieci, częściowo tylko ekstyrpacja worka przepuklinowego.	Operacja 3. 4. 97. wyleczony 10. 4. 97.	Przebieg normalny.
44	Michał Wiczak Ławica	5	Hernia cong. inguinalis sinistra.	Zawartość niewyczuwalna.	Operacja bez otwarcia worka przepuklinowego dwa szwy srebrne bramy.	Operacja 17. 5. 97. wyleczony 15. 4. 97.	„

Nr.	Imię. nazwisko. pochodz.	Wiek	Rodz. i wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacyi	Wynik	Uwagi
45	Wojciech Teszner Wilda.	2	Hernia cong. inguinalis sinistra bardzo znaczna.	Jelito cieńkie.	Trzy szwy srebrne bramy zresztą jak poprzednio.	Operacya 17. 5. 97. wyleczony 27. 5. 97.	Znaczne zbrzęknięcie moszny
46	Tadeusz Głogowski Polska wieś	2	„	„	„	Operacya 21. 5. 97. wyleczony 27. 5. 97.	Przebieg prawidłowy
47	Kaźmira Smolska Poznań.	2 ¹ / ₂	Hernia cong. inguinalis dextra	Zawartość niewyczuwalna.	Dwa szwy srebrem bramy zresztą jak poprzednio,	Operacya 25. 5. 97. wyleczona 31. 5. 97.	„
48	Józef Mieloch Kurnik.	1 ³ / ₄	Hernia cong. inguinalis sinistra.	„	„	Operacya 9. 6. 97. wyleczony 21. 6. 97.	Znaczne zbrzęknięcie moszny.
49	N. N. Poznań.	1 ¹ / ₂	Hernia cong. inguinalis dextra bardzo wielka.	Jelita niewyczuwalne dokładnie.	Odpreparowanie częściowe worka przepuklinowego, utworzenie szypułki i przecięcie worka przepuklinowego.	Operacya 25. 6. 97. wyleczony 2. 7. 97.	Zbrzęknięcie moszny bardzo nieznaczne.
50	Józef Majchrzak Swarzędz	2 ¹ / ₂	Hernia cong. inguinalis sinistra.	Zawartość niewyczuwalna	Operacya jak poprzednio.	Operacya 2. 7. 97. wyleczony 12. 7. 97.	Przebieg prawidłowy bez zbrzęknięcia moszny.

Nr.	Imię, nazwisko, pochodz.	Wiek	rodzaj i wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacyi	Wynik	Uwagi
51	Józef Maik Wilda.	2 ¹ / ₂	Hernia congenit inguinalis sinistra.	Zawartość niewyczuwalna.	Operacya jak poprzednia.	Operacya 30. 6. 97. wyleczony 8. 7. 97.	Przebieg prawidłowy bez zbrzęknięcia moshny.
52	Bronisław Wileczyński Wilda.	6	Hernia cong. inguinalis dextra.	„	„	Operacya 7. 7. 97. wyleczony 16. 7. 97.	„
53	Stanisław Małecki Korytnica.	6	„	„	„	Operacya 21. 8. 97. wyleczony 30. 8. 97.	„
54	Walter Klingbeil Wilda.	1 ¹ / ₄	Hernia cong. inguinalis sinistra.	„	„	Operacya 23. 9. 97. wyleczony 30. 9. 97.	Leczony poliklinicznie przebieg prawidłowy
55	Maryanna Stachecka Opalenica.	5	Hernia cong. inguinalis dextra bardzo znaczna.	Wyczuwalny wyraźny wyrostek robaczkowy obok jelit.	„	Operacya 12. 10. 97. wyleczony 20. 10. 97.	Przebieg prawidłowy
56	Ewald Schwarzer św. Łazarz.	2 ¹ / ₂	Hernia cong. inguinalis dextra	Zawartość niewyczuwalna.	Po utworzeniu szypułki i przecięciu worka wylewa się z niego znaczna ilość surowiczego płynu, peritoneum zgrubiałe obsiane gęsto gruzelkami.	Operacya 29. 11. 97. wyleczony 30. 11. 97.	Przebieg normalny obserwowany przez lekarza domowego koł. Chachamowicza.

Nr.	Imię. nazwisko. pochodz.	Wiek	Rodz. i wielk. przepukliny	Zawartość	Sposób operacyi	Wynik	Uwagi
56	Stanisław Drzewiecki Polwica.	5	Hernia cong. inguinalis sinistra.	Jelito cieńkie.	Operacya jak powyższe.	Operacya 29. 12. 97. wyleczony 8. 1. 98.	Przebieg zupełnie prawidłowy

2) Dziesięcioletnie sprawozdanie z Szpitala powszechnego w Białej (z lat 1887 do 1896).

Dr. Józef Bogdanik,
primariusz i dyrektor szpitala.

(Dokończenie.)

30. Marcin S., lat 41. Dnia 18. 3. 1893 wykonałem z powodu raka żołądka gastroenterostomię według Wöflera, aseptycznie. Żołądek zawierał zaledwie kilka kropel śluzu. Ciepłota ciała tylko raz, tj. następnego dnia po operacyi podniosła się do 38.6°C. Dnia 23. 3. usunąłem szwy, a 29. 3. założyłem obturator Scheimflussa. Dnia 23. 6. wypuściłem chorego, na wadze przybyło mu 6 kilogramów.

31. Zuzanna G., lat 77, carcinoma mammae d. inoperabile.

32. Emilia K., lat 59 carcinoma mammae sin. Matka 6 dzieci, które sama karmiła. Dnia 20. 8. 1890 amputowałem sutek.

Dnia 23. 3. 1801 przybyła z 2 guzami w dolnej części blizny, które wycięto. Wypuszczona 2.5 waży 58.4 kilgr.

Dnia 18. 5. 1892 przybyła z recydywą w bliznie, a gruczoły pachowe tworzyły nieruchomy splot. Waga ciała 47 klgr. Na własne usilne żądanie operowałem ją dopiero 2. 7. przyczem resekować musiałem lewe piąte żebro od linii sutkowej począwszy i część mostka, gruczoły również wyluszczyłem. Przez odsłonięte osierdzie obserwowac było można akcyą serca. Ubytek na piersi pokryłem plastycznie. Rana goiła się prawidłowo, siły jednak ubywały, a 22. 7. chora umarła. Sekcyja wykazała, że przemieszczone płaty ściśle przyrosły. Serce stłuszczone. Żołądek skurczony, niemal pionowo leży pod lewym łukiem żebrowym i jest niemal bez treści, tak jak i reszta przewodu pokarmowego. — Przerzutów w narządach wewnętrznych nie ma.

33. Maryanna K., lat 56, carcinoma mammae sin. majoris gradus, adenitis axillaris. Dnia 20. 3. 1891 amputowałem sutek i wyluszczyłem gruczoły. Dnia 26. 4. została wypuszczoną z zabliźnionymi ranami.

34. Józefa N., lat 28, carcinoma mammae d., adenitis axillaris. Dnia 30. 1. 1893 amputowałem sutek i wyłuszczyłem gruczoły p. i. Dnia 18. 2. opuściła szpital wyleczoną.

Dnia 6. 3. 1894: carcinoma recidivum cicatricis, adenitis axillaris ac supraclavicularis d. Wyłuszczyłem guzy i gruczoły. Rany wygoiły się, ale już 10. 4. znalazłem guzek koło blizny. Ilość guzków się rychło powiększała.

35. Anna P., lat 60, carcinoma pylori et glandularum meseraicarum. Dnia 13. 3. 1889 wykonane cięcie brzyszne potwierdziło rozpoznanie. Dnia 22. 6. opuściła szpital z raną zabliźnioną.

36. Paweł J., lat 56, carcinoma pylori ac ventriculi majoris gradus. Dnia 9. 4. 1891 przekonałem się przy cięciu próbnym o niemożności resekcji żołądka, zaszyłem przeto ranę i wypuściłem go ze szpitala w dniu 28. 4. 1891. Przez kilka miesięcy miał się bardzo dobrze, a nawet guz wydawał się przy badaniu mniejszym. Dnia 27. 8. 1891 powiesił się z powodu nawrotu cierpień.

37. Michał K., lat 55, carcinoma pylori. Umarł bez operacji dnia 17. 3. 1892 r.

38. Maryanna N., lat 50, carcinoma ventriculi, cachexia majoris gradus. Waga ciała 40.9 kilogr. W dniu 14. 6. 1892 wykonałem gastroenterostomię. Dnia 3. 8. 1892 wypuściłem ją ze szpitala z raną wyleczoną. Waga ciała wynosiła 42.5 kilogr. Umarła 11. 8. 1892.

39. Jan G., lat 62, umarł 26. 1. 1893 r. Carcinoma parietis anterioris ventriculi perforans. Metastases pleurae et renum.

40. Robert P., lat 59, umarł 24. 1. 1893 r.

41. Anna M., lat 65, umarła 25. 4. 1893 r. Carcinoma ventriculi inoperabile, hydrops anasarca.

42. Mikołaj J., lat 66. Laparotomia rozpoznawcza w dniu 24. 12. 1893, umarł 1. 3. 1894. Carcinoma pylori, hepatitis et paucrotis. Peritonitis circumscripta omenti minoris. Metastasis portae hepatitis magnitudine nucis juglandis.

43. Walenty P., lat 40. Gastroenterostomia dnia 25. 4. 1894, umarł 1. 5. 1895 r. Peritonitis fibrinopurulenta. Carcinoma pylori ac ventriculi, metastases glandularum mesar. Abscessus inter ventriculum, hepar ac diaphragma. Sutura post laparotomiam ac gastroenterostomiam bene tenet.

44. Wincenty E., lat 40, 20. 5. 1895 gastroenterostomia modo Frank, umarł 31. 5. 1895 r. Peritonitis circumscripta purulenta in regione subphrenica saccata. Carcinoma medullare in regione cardiaae. Degeneratio adiposa hepatitis ac renum.

45. Marya N., lat 24. Laparotomia próbna 16. 3. 1888, umarła 18. 4. 1888 r. Rak kiszki poprzecznej.

46. Zuzanna P., lat 49, umarła 7. 8. 1893 r. Cachexia maximi gradus. Degeneratio adiposa cordis et hepatitis. In regione ovarii dextri et intestini coeci carcinoma diffusum et loci in stadio suppurationis. Peritonitis circumscripta. — Adhaesio omenti majoris.

47. Józef T., lat 30, carcinoma inoperabile recti. 22. 8. 1888.

48. Juliusz L., lat 43, carcinoma recti inoperabile 23. 10. 1890.

49. Albert Z., lat 52, carcinoma recti inoperabile 10. 11. 1892.
50. Maryanna K., lat 65. Dnia 21. 9. 1892 resekowałem tylną ścianę odbytnicy z powodu raka, wyleczona opuściła szpital 3. 11. 1892.
Dnia 8. 4. 1893 znalazłem recydywę, operacyi się jednak nie poddała.
51. Michał S., lat 38, carcinoma recti inoperab.
52. Anna Ceglarz, lat 57, carcinoma recti. Dnia 19. 6. 1896 resekowałem kawałek odbytnicy 12 cm. długi. Dnia 21. 8. opuściła szpital wyleczona. Stolec zatrzymuje. Na wadze jej przybyły 2 kilogr.
53. S. M., lat 28. Carcinoma in regione coecali. 13. 8. 1895 cięcie Bardenheuera. Tegoż dnia zejście śmiertelne.
54. Anna N. lat 50. Carcinoma digiti II, III, IV ac V pedis sin. ad plantam petens. Dnia 20. 8. 1889 amputacya stopy. Dnia 30. 9. 1889 wyleczona.
55. Walenty M., lat 66. Epithelioma interdigitale, digiti IV ac V pedis sin. Dnia 3. 6. 1893 eunclatio digiti IV ac V.
Zofia K., lat 51. Epithelioma in regione partis supremae tertiae femoris dextri, infiltratio carcinomatosa cutis et musculorum partis mediae, infiltratio metastatica glandularum in fovea crurali dextra. Dnia 19. 1. 1893 eunclatio coxae. Dnia 23. 4. wyleczona.
57. Adam B., lat 55. Carcinoma penis. Dnia 21. 11, 1888 amputacya. Dnia 2. 12. wyleczony.
58. Ewa M., lat 55. Carcinoma uteri. Dnia 19. 7. 1887 extirpatio vaginalis uteri. Dnia 1. 9. wyleczona.
59. Sinforsosa P., lat 60. Carcinoma uteri inoperabile.
60. Marya H., lat 38. Amputatio cervicis uteri z powodu raka w dniu 25. 4. 1888. Z początkiem listopada 1888 badałem ją i sprawdziłem, że miesiączkuje regularnie, blizna pooperacyjna silna. W dniu 18. 1. 1889 dostała krwotoku, wskutek czego umarła dnia następnego.
61. Agnieszka S., lat 56. Carcinoma vaginae ac uteri. Umarła dnia 14. 11. 1888 r.
62. Anna G., lat 49. Carcinoma uteri et vesicae inoperabile. Fistula vesico-vaginalis.
63. Teresa K., lat 49. Carcinoma uteri et vesicae inoperabile.
64. Marya K., lat 40. Carcinoma uteri inoperabile.
65. Antonina K., lat 33. Carcinoma vaginae et uteri.
66. Anna S., lat 43. Carcinoma uteri. Dnia 22. 6. 1891 waga ciała 43,3 kilogr. Dnia 23. 6. extirpatio vaginalis uteri. Wyleczona 27. 9. Waga ciała 51,6 kilogr. Dotąd zdrowa.
67. Franciszka H. lat 42. Carcinoma uteri et vaginae.
68. Marya P., lat 43. Carcinoma uteri. Waga ciała 55,1 kilogr. Dnia 13. 2. 1892 Extirpatio vaginalis uteri. Dnia 15. 3. wyleczona. Waga ciała 55,2 kilogr.
70. Zuzanna S., lat 33. Carcinoma vaginae ac uteri.
71. Franciszka K., lat 60. Carcinoma vaginae ac uteri.
72. Ewa I., lat 48. Carcinoma uteri inoperabile.

73. Marya G., lat 70. Carcinoma uteri. Fistula vesico-vaginalis.
74. Marya G., lat 49. Carcinoma uteri et vaginae.
75. Anna B., lat 52. Carcinoma uteri. Dnia 10. 4. 1893 r. exstirpatio vaginalis uteri. Dnia 14. 5. wyleczona, waga ciała spadła jednak z 51.8 kilogr. na 40.5 kilogr.
76. Berta N., lat 50. Carcinoma uteri. Dnia 17. 3. 1894 r. exstirpatio vaginalis uteri et orarii sin. Dnia 7. 4. wyleczona. Z powodu przerzutów umarła dnia 15. 12. 1894 r.
77. Zuzanna B., lat 56. Carcinoma vaginae, uteri, recti nec non cutis.
78. Marya H., lat 54. Carcinoma uteri et vaginae.
79. Zuzanna M., lat 48. Carcinoma vaginae et uteri. Dnia 18. 8. 1894 exstirpatio uteri et totius vaginae. Dnia 10. 10. 1894 wyleczona.
80. Katarzyna S., lat 43. Carcinoma uteri et vaginae. Fistula vesico-vaginalis.
81. Barbara E., lat 59. Carcinoma uteri. Operacyi poddać się nie chciała, umarła 5. 6. 1896 r.
82. Regina B., lat 46. Carcinoma uteri inoperabile.
83. Maryanna H., lat 55. Carcinoma uteri inoperabile.
84. Teresa A., lat 58. Carcinoma uteri inoperabile.

c. Cystovarium.

1. J. G., lat 50, matka siedmiorga dzieci. Badałem ją w dniu 5. 7. 1888 w narkozie i znalazłem, że były liczne torbiele zlepione z macicą nieruchomą. Z jednego torbiela wypuściłem 8 litrów płynu. Chora umarła w domu dnia 19. 9. 1888 r.

2. W. G., lat 53, matka 13-letniego chłopca. Operowałem ją dnia 22. 8. 1890 w stanie bardzo podupadłym. Torbiel wychodzący z prawego jajnika, a mocno zlepiony z jelitami usunąłem, przytem znalazłem liczne prosówkowe guzki na otrzewnej. Śmierć nastąpiła w godzinę po operacyi. Sekcya zwłok: Zapalenie opadowe płuc. Małe gwiazdkowate blizny na opłucnej, zrosty u szczytów. Zanik wątroby. Otrzewna zasiana prosówkowymi guzkami. Sieć skurczona pokryta guzkami, w woreczku żółciowym, jakoteż w przewodzie żółciowym kilka małych kamyczków. Nerki stłuszczone.

3. J. K., lat 62. Kystoma multiloculare ligamenti lati dextri, atrophia ovarii dextri, hydrops tubae. Laparotomia dnia 14. 6. 1892 r. Guz zrosnięty z przednią ścianą brzusznią zawierał gęstą masę galaretowatą, która się wylała po nacięciu ściany nożem. Przegrody pomiędzy komorami torbiela przedarłem palcami, a następnie oddzieliłem ręką na tępo zrosty pomiędzy torbielem a otrzewną ścienną. Przy tej czynności pękł mały torbielek i treść wylała się do jamy otrzewnowej, którą oczyściłem wacikami maczanymi w roztworze sublimatowym. Pokazało się, że guz wychodzi z prawego wiązadła szerokiego, obok którego leżał zwyrodniały jajnik i trąbka stanowiąca guz 10 cm. długi. Torbiel razem z jajnikiem i trąbką odciąłem podwiązawszy szypułką w trzech porcyach, a na kikucie obszyłem otrzewnę. Jamę otrzewnową oczyściłem, szew rany brzusznej, opatrzenie jodoformowe.

Dnia 20. 6. usunąłem szwy, rychłozrost. Dnia 24. 6. opuściła chora szpital z blizną linearną.

4. J. B., lat 51. Cystovarium sinistrum. Dnia 31. 12. 1894 laparotomia. Już wielkości pomarańczy na krótkiej szypułce odciałem po poprzednim podwiązaniu. Przebieg bezgorączkowy, przez 3 dni wymioty i lekka żółtaczka. Dnia 8. 1. 1890 usunąłem szwy, rychłozrost.

5. M. J., lat 31. Cystovarium multiloculare dextrum. Dnia 25. 8. 1895 laparotomia. Prawy jajnik wielkości dwóch pięści pokryty licznymi torbielkami. Na otrzewnej ściennej torbiele groniaste. Po lewej stronie znajduje się guz zaotrzewnowy. Płyn wolny w jamie otrzewnowej. Szew. opatrzenie aseptyczne. Dnia 4. 10. 1895 rana wygojona doraźnie. Chorą wydalilem z raną zabliźnioną, lecz z guzami nie dającymi się usunąć. Umarła 8. 5. 1897 r.

6. A. G., lat 22. Cystovarium multiloculare sinistrum subsequente ruptura ejusdem. Chorą przywieziono do szpitala jako rodzącą, miano bowiem sprawdzić ciążę, a w dniu 21. 2. 1896 poczuła bóle wskutek upadnięcia. Dnia 24. 2. wypuściłem trójgrańcem 20 litrów płynu gęstego lepkiego z przymieszką krwi, poczem wyczuć można było ciało obce ruchome, sięgające do miednicy małej. Dnia 28. 2. laparotomia. Wydobyłem duży, wielokomórkowy torbiel jajnika o średnicy 40 cm., którego ściana przednia była przedartą na przestrzeni 17 cm. Szeroką szypułką podwijałem w kilku porcyach, poczem guz odciałem. Jamę oczyściłem gazą wyjałowioną, osączkowałem sposobem Mikulicza, szew, opatrzenie jodoformowe. Rana ropiała i zagoiła się dopiero, gdy użute do podwiązania nitki katgutu chromowego odeszły. Dnia 18. 5. 1896 opuściła szpital, gdzie jej w międzyczasie 10 kilogramów na wadze przybyło. Dotąd jest zupełnie zdrową.

W dodatku opiszę przypadek obustronnej kastracyi, jakkolwiek to nie były torbiele lecz mięsaki jajników.

7. K. K., lat 32 rodziła raz przed 8 laty, miesiączkowała ostatni raz przed miesiącem. Dnia 20. 4. 1892 r. cięcie w linii białej. Najpierw odciałem zwyrodniały jajnik lewy, mający postać nerki w czwórnasób powiększonej, na szypułce grubości palca. Potem odciałem prawy jajnik, mający rozmiary jeszcze większe. Operacya i opatrzenie aseptyczne. Wymioty utrzymywały się przez 10 dni, jakkolwiek chora niegorączkowała, ani bólów w żywocie nie miała. Dnia 2. 5. usunąłem szwy, rychłozrost. Badanie drobnowidowe wykazało mięsaki.

Na tem kończę, bo już wyczerpałem miejsce przeznaczone dla mej pracy, składając serdeczne podziękowanie Szanownej Rodakeyi za gościnność w łamach »Now. Lek.«, a profesorowi Obalińskiemu składam wyraz wdzięcznego uznania za pouczenie w ciągu czasu na jego oddziale w Krakowie spędzonego. Jeżeli zaś sprawozdanie moje da choć mały obraz pracy w naszych szpitalach prowincjonalnych, to się spodziewać należy, że praca ta na przyszłość jeszcze wydatniejszą będzie, gdyż stosunki szpitalowe uległy radykalnej zmianie na lepsze, dzięki energii Wysokiego Wydziału Krajowego we Lwowie.

B. Oceny i sprawozdania.

1) Fizyologia.

Fizyologia krwi.

Roth. Elektrische Leitfähigkeit thierischer Flüssigkeiten. Centr. f. Physiol. 1897. Nr. 8. 271).

Bugarszky u. Tangl. Eine Methode zur Bestimmung des relativen Volums der Blutkörperchen und des Plasmas. (ibid. No. 9).

id. Vntersuchungen über die molekularen Concentrationsverhältnisse des Blutserums. (ibid. S. 301).

Meyet. Action des solutions de chlorure de sodium sur les hématies. (C. R. toc. de Biologie. 1897. p. 202.)

Maurel. Action du chlorure de sodium sur le sang... etc. (ibid. Janvier et Fevrier).

Winterberg. Ueber den Ammoniakgehalt des menschlichen Blutes unter physiolog. und patholog. Verhältnissen. (Wiener klin. Wochenschr. 1897 S. 330.)

Hahn. Zur Kenntniss der Wirkungen des extravasculären Blutes. (Berliner klin. Wochenschr. XXXIV, S. 499).

Prace trzech pierwszych autorów, stojące ze sobą w pewnym przedmiotowym związku, odnoszą się do znanego zjawiska fizycznego, że przewodnictwo elektryczne pewnego roztworu zależy od ilości zawartych w nim jonów i polega na wędrówce tychże. Prawo to dysocjacji elektrolitycznej zostało zastosowane do badania przewodnictwa elektrycznego krwi i innych płynów fizyologicznych za pomocą prądów przemienionych. — Otóż według **R o t h a** przewodnictwo krwi stoi w tym samym stosunku do przewodnictwa surowicy, jak objętość krwi do objętości surowicy; po dokonaniu zatem odpowiednich pomiarów elektrycznych łatwo obliczyć objętość krwi i całkowitą objętość surowicy, a co za tem idzie, dokładną różnicę tych obu ilości czyli objętość części morfotycznych. — Według **B u g a r s z k y e g o** i **T a n g l a** przewodnictwo nie jest wprost proporcjonalne do względnej objętości plazmy, lecz stosunek między temi ilościami da się wyrazić wzorem

linearnym: $u = a \frac{e}{e} + b$, gdzie l oznacza przewodnictwo krwi, l przewodnictwo

plazmy, $a = 0.92$, $b = 0.13$. — Trudno na tem miejscu rozwodzić się nad interesującymi szczegółami tych prac, oraz nad matematycznymi obrachowywaniami koncentracji molekuł; w każdym razie podkreślić należy zarówno samą metodykę, jak i fakt fizyologiczny, za pomocą tej metody udowodniony, że molekuł anorganicznych jest więcej niż organicznych w poszczególnych płynach fizyologicznych, (mocz, krwi, surowicy) i że ich koncentracja w krwi danego gatunku zwierząt jest ilością względnie stałą i ściśle dającą się obliczyć.

Mayet podaje w swojej rozprawie szczegół pozornie drobny, lecz mogący mieć znaczenie dla hematologów, że do badania ciałek krwi u niektórych zwierząt n. p. królików, używać należy 0,75-procentowego roztworu soli, a nie jedno-procentowego płynu, według starej recepty **Malassez'a**, jeśli się chce uniknąć różnych zmian morfologicznych.

Podobne pod pewnym względem uwagi rozwija **Maurel** w czterech rozprawkach o działaniu soli kuchennej na krew ludzką i króliczą. Według niego 1.5 gr. NaCl, dodanego do 100 cm. krwi zabija lub nadwiera leukocyty i erytrocyty, pozostawiając hematoblasty nienaruszone. — Doświadczenia **Maurel'a**, przerobione in vitro zgadzają się ze znanymi doświadczeniami **Boucharda'a**, prze-

prowadzonymi in vivo, według których kilogram królika, zawierający 100 gram. krwi, znosi wstrzyknięcia soli kuchennej tylko w tym wypadku, jeśli ich ilość nie przenosi jednego grama. Winterberg badał krew ludzi zdrowych i chorych według metody Nenckiego i Zaleskiego i doszedł do następujących wyników. Amoniaku znajduje się we krwi prawidłowej w ilości 1 miligrama na 100 cm.³; ilość ta ulega znacznym wahaniom w stanach gorączkowych, z których nie można sądzić o nasileniu stanu chorobowego; w chorobach chronicznych wątroby, w atrophii flava, w coma ilość ta nie zawsze się zwiększa. — Zdaniem autora ammoniaemii Jaksch'a nie należy uważać za odrębny stan chorobowy.

Hahn opisuje szereg doświadczeń przeprowadzonych nad własnościami krwi i surowicy, jako płynów, działających zabójczo na fermenta i bakterye. — Najważniejsze wyniki tej pracy są te, iż: 1) prędkozabójczej własności surowicy nie należy łączyć z własnościami diastatycznymi; 2) prędkobójczej własności surowicy nie należy identyfikować z własnością rozkładową cukrów, chociaż pewna analogia odnaleźć się da, albowiem krew rozkłada łatwo cukier, zwłaszcza w wypadkach hyperleukocytozy; oraz 3) że obecność krwi i surowicy krwi wstrzymują działanie pepsyny i trypsiny.

2) Choroby wewnętrzne.

Skreinka. O leczeniu krwotoków płucnych. La Sem. méd. 1896. 36.

Skreinka potępią słusznie jednakowy sposób leczenia wszelkich krwotoków płucnych i wymaga indywidualizowania zależnie od postaci, jaką mamy przed sobą. Rozróżnia on najpierw krwioplucie przy początkowym zajęciu szczytów, powodowane tylko silnym suchym kaszlem, przyczem płwocina jest krwią zabarwiona. Wskutek silnego kaszlu pękają kapilarne naczynia małych oskrzeli i ztąd krwoplucie. Leczenie w tych razach polega na stósowaniu kodeiny, ażeby kaszel powstrzymać, oraz na podawaniu środków wydzielanie płwociny ułatwiających (ammonium chlorat. stib. sulf. aurant. natr. bicarb. etc. — podług referenta najlepszą jest apomorfiną). Drugą postacią krwotoku jest t. zw. krwotok początkowy wskutek gruźliczego nacieczenia płuc. Bywa on nadzwyczaj silny, obfity, pomimo niewielkich jeszcze objawów ze strony płuc. Sposób leczenia jest tu następujący: Spokojne leżenie wznak, absolutne milczenie, przykładanie worka z lodem na okolicę nadobojczykową strony chorej, oraz na okolicę serca, jeżeli jest bardzo niespokojne i podawanie co godzinę proszka morfiny (0,005) z plumb. acetic. (0,05), przytem należy dbać o stolec. Wstrzykiwanie ergotyny stósuje S. tylko wtenczas, jeżeli po powstrzymaniu pierwszego wybuchu krwi nowy atak grozi. Przy tego rodzaju leczeniu ustępuje krwoplucie zazwyczaj po czterech dniach, natenczas wolno pacjentowi mówić i poruszać się. Siódmego dnia może wstać, dziesiątego wyjść na dwór. Krwotoki początkowe występują zazwyczaj bez gorączki i niepowtarzają się tak szybko. — Trzecią formę krwotoków stanowią krwotoki występujące w okresach posuniętych choroby. Nie są one tak obfite jak poprzednie, lecz powtarzają się, trwając 2 do 3 tygodni, przytem występuje zazwyczaj gorączka. Sposób leczenia jest tu ten sam, jak przy krwotokach początkowych. — Czwarty rodzaj tworzą krwotoki w przebiegu t. zw. suchot włóknistych. Odznaczają się one wyrzucaniem małej ilości krwi, oraz wydzieliny więcej szklistej. Małe te krwotoki nie przedstawiające same przez się niegroźnego, powtarzają się często co dzień przez tygodnie całe, i są trudno do usunięcia za pomocą jakichkolwiek środków leczniczych; czasem giną same po zmianie klimatu. — Piątą postać stanowią krwotoki z kawerek płucnych. Zależnie od rozszerzenia owrzodzeń w płucach rozróżniamy tu trzy rodzaje. W przypadkach, gdzie znajdują się w szczytach małe kawerny, nie dające się nawet

stwierdzić za pomocą badań fizykalnych, wyrzuca chory łatwo prawie bez kaszlu małe czarne skrzepy. Tu wystarcza przykładanie lodu na okolicę zajętego szczytu, poczem krwoplucie po większej części ustępuje, tak że chory po trzech dniach wyjść może. Przy większych kawernach, dających się stwierdzić za pomocą badania fizykalnego, występują krwotoki w ten sam sposób, jak przy większych bronchiectazach. Pojawiają się one, jeżeli wydzielina dłuższy czas w kawernie pozostaje; wydzielina jest wtenczas z krwią zmieszana. Ażeby tego rodzaju krwopluciom zapobiedz, należy się starać o dostateczne wypróżnianie kawern; w razie wystąpienia krwoplucia podaje S. kodeinę (0,2) z plumb. acet. (0,05). Bardzo silne i zagrażające życiu krwotoki występują przy wielkich kawernach, oraz w przypadkach, gdzie większa część płuc znajduje się w stanie rozmiękczenia. Tu stosuje S. wielkie dawki morfiny, oraz synopizma na przednią część całej klatki piersiowej, także bańki suche albo wesikatoria, w rozpaczliwych zaś przypadkach podwiązywanie kończyn. Po zatrzymaniu krwotoku wyrzuca chory przez kilka tygodni czarną wydzielinę; przez cały ten czas należy zachowywać jaknajwiększą ostrożność.

Maragliano. Gruźlica utajona i skryta. (Berl. klin. Wochenschr. 96.)

Gruźlicą utajoną (latente Tuberculose) nazywamy ten stan, gdzie lasecznik gruźlicy, zagnieżdżony w jakimkolwiek miejscu organizmu, nie daje żadnych objawów swej bytności. Bollinger znalazł przy obdukcjach w 25⁰/₀ przypadkach utajoną gruźlicę, Baumgarten w 25⁰/₀ do 33⁰/₀, inni podają znacznie wyższe liczby. Utajenie gruźlicy tłumaczy Maragliano w sposób następujący:

Lasecznik gruźliczy wtargnąwszy w tkankę wywołuje więcej przez własności toksyczne, aniżeli przez czynność mechaniczną ograniczony proces irytacyjny, wskutek którego wytwarza się gruzdełek. Przy tworzeniu się gruzdełka może powstać reakcja, powodowana bakteriami specyficznymi i toksynami ich. Reakcja taka może być lokalna w pobliżu ogniska, lub też ogólna wskutek dostania się produktów toksycznych w obieg krwi, przez co powstają zaburzenia nerwowe, gorączka, ogólne zaburzenia w odżywianiu, degeneracja anatomicznych elementów tkanki, brak krwi, oraz kacheksja, znana pod nazwą kacheksji gruźlicznej. Wytwarzanie gruzdełków może jednakże także nastąpić bez najmniejszej reakcji, a więc bez żadnych objawów i wtenczas mamy do czynienia z gruźlicą utajoną. W innych znów przypadkach mogą wystąpić objawy ogólne, jak gorączka, zaburzenia w odżywianiu i t. p. bez najmniejszych objawów lokalnych ogniskowych, na przykład ze strony płuc. W tych to przypadkach mamy do czynienia z gruźlicą ukrytą (larvirte Tuberculose). Przy gruźlicy utajonej może utajenie być trwałe, albo czasowe, albo też przejściowe. Przy utajeniu trwałem przebiega proces gruźliczy naprzykład w płucach, bez żadnych objawów tak lokalnych jak ogólnych. Z czasem następuje tu spontaniczne wyleczenie i dopiero wtenczas można czasem zmianę w odgłosie przez opukiwanie skonstatować, wskutek wytworzenia się tkanki sklerotycznej. Przy utajeniu czasowym brak jest długi czas (może lata całe) wszelkich objawów tak lokalnych jak i ogólnych, dopóki naraz atak, naprzykład początkowy krwotok, nie wystąpi i gruźlica utajona staje się widoczną (manifeste Tuberculose). Wtedy to może ona przyjąć postać progresywną, lub też pozostać na pewnym stopniu rozwoju (stationäre Tuberculose), lub też ztać się znowu utajoną. Jeżeli w tym ostatnim razie po krótszym lub dłuższym czasie znowu atak wystąpi, poczem znowu utajenie, wtenczas nazywamy tę postać gruźlicy »intermittirende Tuberculose«, z utajeniem przejściowym. Gruźlica ukryta objawia się klinicznie pod dwoma postaciami: jako postać dystroficzna i tyfusowa. Przy postaci dystroficznej jest najgłówniejszym objawem progresywnie zaburzenie w odżywianiu, a mianowicie wychudnienie, niedokrwistość, osłabienie serca, brak apetytu i t. d. Gorączki po części nie ma, również brak wszelkich objawów lokalnych. Dopiero po krótszym lub dłuższym czasie pojawiają się objawy najczęściej ze strony płuc. Przy postaci tyfusowej jest pierwszym symptomem gorączka z objawami, często podobnymi do duru brzuszego.

Objawy przy gruźlicy ukrytej wywoływane bywają jadami bakteryjnymi, mianowicie toksynami, przechodzącymi z ukrytych ognisk gruźliczych w krew. Ogniska ukryte mogą się wszędzie znajdować, najczęściej w płucach i w gruczołach chłonnych. Do rozpoznania gruźlicy utajonej i ukrytej uważa Maragliano próbne wstrzykiwanie tuberkuliny za najlepszy sposób. W tym celu wstrzykuje M. z początku 1 mgr. tuberkuliny; jeżeli nie wystąpi reakcja, po 2 dniach 3 mgr.; jeżeli i to jest nieskuteczne, 10 mgr., w końcu 25 mgr. — 25 mgr. jest jednakże dawka, która także u zupełnie zdrowych ludzi gorączkę wywołać może. Dla tego nie zważa M. przy wstrzykiwaniu 25 mgr. na gorączkę, lecz bada, czy jakie ognisko nie wyjdzie na jaw, mianowicie zmiany w płucach, nabrzmienie gruczołów, objawy ze strony genitalii i t. p. Badając w ten sposób cały szereg osobników, wywołał M. u osób na pozór zupełnie zdrowych w 9^o, — u osób trochę podejrzanych w 23^o/100 przypadkach reakcją. U wszystkich tych więc była gruźlica utajona.

A. J.

Manfred Bial (Berlin): O niskim stanie żołądka u mężczyzn. (Ueber den Tiefstand des Magens bei Männern). Z oddziału prof. Renversa szpitala Moabit, (Berl. klin. Woch. 1896, No. 50).

Bial badał stan żołądka u 50 mężczyzn różnego wieku, przedewszystkiem takich, u których mógł przypuścić istnienie gastroptozy. Jedni uskarżali się na dolegliwości żołądkowe, inni zaś nie. Wyniki zestawia B. według dwóch kategorii: 1) badania u osób z klatką piersiową płaską, lub z innymi zniekształtowaniami klatki piersiowej i 2) u osób z niskimi dolnymi granicami płucmi. — Osobny dział tworzą mężczyźni bez wszystkich tych nieprawidłowości. Z badań tych wynika, że przemieszczenie żołądka ku dołowi, także u mężczyzn nie zdarza się wcale rzadko. B. zastanawia się nad pytaniem, czy i jakie dolegliwości wynikają z tej zmiany. Na 36 chorych z gastroptozą nie było u 17 absolutnie żadnych dolegliwości żołądkowych. Jeżeli zmiany położenia żołądka zwykle są przyczyną objawów chorobowych bezpośrednio lub za pośrednictwem nerwów, to dziwnem by było pozostanie tak wielkiej względnie liczby przypadków bez podmiotowych dolegliwości, zwłaszcza że były dyslokacje bardzo znaczne, w których należało się spodziewać naciągania nadmiernego więzadeł i nerwów. Ostatecznie wysnuwa B. następujące wnioski co do ogólnego znaczenia gastroptozy u mężczyzn: nie możemy twierdzić, że ta nieprawidłowość należy do zwykłych momentów patogenetycznych, z czego jednak nie wynika, żeby w danym razie nie mogła wywołać lub potęgować dolegliwości. Jako prawidłowość jednak uważać należy, że ze zmian położenia żołądka u mężczyzn nie wynikają objawy chorobowe lub przykre. Tem natarczywiej nasuwa się teraz pytanie: dla czego nieprawidłowość, która tak małe ma znaczenie dla mężczyzn, może spowodować tak ciężkie przypadki u kobiet. Ponieważ w stosunkach miejscowych uie można znaleźć różnicy, należy jej szukać przedewszystkiem w ośrodkach. Kobięcy układ nerwowy jest bardziej wrażliwy na wszelkie urazy, niż męzki. Ta mniejsza odporność byłaby tedy koniecznym warunkiem dla powstania objawów nerwowych. Położenie nacisku na tę właściwą przyczynę — moment ośrodkowy — jest zrozumiałem każdemu, który rozszerza swój sąd przez badania mężczyzn co do tych stosunków.

Fr. Horovitz. Dwutlenek wodoru w chorobach błon śluzowych. — (Wasserstoffsperoxyd bei Schleimhauterkrankungen). Wiener med. Wochenschr. 1897. No. 9.

Bardzo korzystne wyniki, o jakich doniósł Neudörfer w Wiedniu w leczeniu chorób błon śluzowych, skłoniły autora do twierdzenia skuteczności zachwalanego H₂ O₂ na obszerniejszym swym materiale. Oto wyniki dwuletnich doświadczeń. W 2 przypadkach ostrej rzeźączki cewki moczowej u mężczyzn nastąpiło po wstrzykiwaniach 2^o/100 rozczynu szybkie wyleczenie. W rozmaitych

postaciach kataru spojówkowego okazał się $H_2 O_2$, stosowany jako letnie kąpiele oczne, prawie lekiem swoistym. W herpes corneae i angina był skutek również dobrym. 2 przypadki jaglicy i jeden śluzoropotoku spojówek z bardzo gwałtownymi objawami zapalnymi wyleczył H zupełnie w 3 tygodniach — bez pozostawienia zmian bliznowatych. W ostrym katarze nosowym z bolesnymi zdarzającymi przyskórka spowodowało dwugodzinne wsiąkanie 2% letniego roztworu $H_2 O_2$, wyleczenie choroby i ustąpienie towarzyszących jej bólów głowy. Wobec ukleji nosowych pozostał $H_2 O_2$ bezskutecznym. W ostrych zapaleniach ucha środkowego wyleczenie w kilku dniach. Jako wybitną zaletę tego leczenia podnosi autor to, że uwalniający się tlen dokładnie odraża wszystkie części narządu słuchowego, co zapobiega powstawaniu otitis pyaemica. W krwotokach macicznych okazał się $H_2 O_2$ jako znakomite haemostaticum. Wstrzykiwano roztwór zimny i tamponowano gazą jodoformową. W endometritis chronica i guzach krwawnicowych skutku H nie widział. Natomiast osiągnął w 2 przypadkach duru brzuszno-uderzającego szybko pomyślne wyniki. Autor zwraca uwagę lekarzy na leczenie duru brzuszno-uderzającego $H_2 O_2$ (irygację jelit letnią wodą z dodatkiem 20 gramów czystego $H_2 O_2$), gdyż jeżeli uwalniający się tlen (in statu nascendi) jest w stanie powstrzymać rozwój prątków durowych, to możnaby myśleć o leczeniu poronnem (coupirend) duru w początku choroby.

Prof. E. H. Kisch (Praga-Maryenbad). O pewnej, u oficerów spostrzeżonej postaci nerwowych dolegliwości sercowych. (Ueber eine bei Offizieren beobachtete Form nervöser Herzbeschwerden). Berl. kl. Woch. 1897, No. 5.

W ostatnich latach zauważył Kisch bardzo często u oficerów czynnych dolegliwości sercowe, przedstawiające typowy obraz. W wywiadach podawali chorzy ci, że zajmując stanowisko bardzo odpowiedzialne, umysłowo nadzwyczaj się nateżają, podczas gdy ich cielesna praca nie jest nadmierną. U oficerów tych, zresztą zupełnie zdrowych, znajdujących się w najlepszym wieku występują nagle i nieregularnie napady przyspieszonej czynności serca i równocześnie zmniejszenia napięcia naczyń, umysłowe przygnębienie z następowym niekorzystnym wpływem na ogólny stan odżywienia. Obrazu tego nie należy pomieszać z dolegliwościami sercowymi, występującymi u żołnierzy skutkiem nadmiernej pracy fizycznej, łączącymi się z przerostem i rozstrzenią komór serca. Uwzględniając brak wszelkich objawów zmian organicznych serca i naczyń, brak rzeczywistej nieregularności tętna (z wyjątkiem przepuszczalności — Intermittenz — której do takiej nieregularności zaliczyć nie można), brak zastoju żylnych, jakoteż duszniczy piersiowej, wreszcie wysuwanie się objawów nerwowych, nie rozpoznajemy osłabienia serca skutkiem nadmiernej pracy mięśnia sercowego, natomiast przyjąć musimy, że skutkiem długotrwałego, bardzo wielkiego napięcia czynności umysłowych powstaje zboczenie czynnościowe serca w następstwie upośledzenia ośrodka tamującego serca, jak centrum naczynioruchowego. Chodzi tu więc o następstwo wielopostaciowego, jako »neurasthenia cordis vasomotoria« opisanego cierpienia. Nie ma się tu do czynienia z zadrażnieniem nerwu współczulnego, ani z ostrą rozstrzenią serca, uważaną przez Martiusa za przyczynę tachykardyi, lecz z przemijającą paręzą ośrodka tamującego serca, jak centrum naczynioruchowego, skutkiem powtarzającego się umysłowego rozdrażnienia. Choroba ustępuje już po kilku miesiącach zupełnie po odpowiednim leczeniu (usunięciu się na dłuższy czas ze stosunków służbowych, zwalczaniu trwogi co do istnienia wady sercowej, używaniu wód mineralnych, dyet itd.)

Bf.

3) Chirurgia.

Dr. Frof. Poppert (Giessen). O ropieniu szwów jedwabnych i leczeniu ran bezzakaźnem. Ueber Seidenfadeneiterung nebst Bemerkungen zur aseptischen Wundbehandlung). Deutsche med. Wochenschrift 1897, No. 49.

P. podaje spostrzeżenia z kliniki chirurgicznej uniwersyteckiej prof. Bosego, dotyczące ropienia szwów jedwabnych, w szczególności przy radykalnych operacjach przepukliny u dorosłych osób dość często spostrzeganych. W klinice B. zauważono tak samo, jak w wielu innych przytoczonych przez P. klinikach dość często u osób dorosłych po operacjach radykalnych przepukliny pachwinowej przy bezreakcyjnym i bezgorączkowym przebiegu gojenia się rany po tygodniu lub po kilkunastu dniach, powstawanie małych przetok w zagojonej już poprzednio świeżej bliznie, z których się w pierwszych dniach surowiczy, a później, po kilku dniach, mniej lub więcej ropny płyn wydzielal. Przetoki te drażyły mniej lub więcej głęboko i po dłuższym czasie (4—10 tygodniach) wyropiło się kilka podwiązek lub szwów jedwabnych z rany. Niebezpiecznych powikłań w gojeniu się rany nie zauważono wprawdzie przy tem, ale znaczne przedłużenie się gojenia i pobytu w klinice miało często dla chorych wiele nie miłych następstw pod względem przeszkody w pracy i t. p. — To wyropienie się szwów jedwabnych wydarzało się dość często po operacjach przepuklin pachwinowych u osób dorosłych mimo najstaranniejszej sterylizacji jedwabiu i mimo bardzo starannego zachowania przepisów dotyczących osiągnięcia bezzakaźności rany.

P. sądzi, że powodem głównym i najważniejszym tego dość częstego objawu przy gojeniu się przepuklin pachwinowych radykalnie operowanych jest zgorzel miejscowa tkanek, silnie ściągniętymi szwami jedwabnymi, choć bezzakaźnymi, objętych. Zgorzel ta wywołuje demarkacją martwej tkanki i wydzielinę surowiczą, która do następnego pęknięcia zagojonej już blizny skórnej doprowadza i przyczynia się do wydzielenia się, względnie wyropienia zgorzelinowej tkaniny oraz podwiązki jedwabnej ją otaczającej.

Przy innych operacjach, n. p. wycięciach sutki zrakowaciałej, przy lapotomiach, a nawet przy operacjach przepuklin udowych (Herniae femorales) nie zauważył P. częstszego powstawania przetok podwiązkowych. Rany te goiły się zwykle bez wszelkich przeszkód, jeżeli je można było bezzakaźnie opatrzyć i zeszyć. U małych dzieci nie zauważył także P. w kilkudziesięciu operowanych przypadkach wydzielania się szwów jedwabnych po zaszyciu radykalnem przepuklin pachwinowych. Powodem, że właśnie przy zeszywaniu przepuklin pachwinowych tak stosunkowo często następuje u dorosłych zgorzel tkanek szwem objętych i wyropienie się szwów, jest według zdania P., nie tyle przypadkowe zanieczyszczenie szwów spadającymi z powietrza lub z palców pojedynczemi mikroorganizmami, bo w takim razie przy innych większych ranach jeszcze łatwiej musiałoby się to zdarzać, ale głównie anatomiczny układ tkanek w pachwinie. Tkanka łączna w pachwinie, więz Pouparta i opony ściągające mięśnia prostego i skośnego brzuszego są to tkaniny mało posiadające naczyń krwionośnych i przy licznych i silnie ściągniętych szwach jedwabnych łatwo podpadające zgorzeli, a przez to ułatwiające wyropienie się szwów. U małych dzieci odżywianie tkanek jest lepsze, energia tkanek większa, dla tego tutaj zwykle nie zauważamy wyropienia się szwów w powyższych przypadkach.

By uniknąć tej przykrej komplikacji, radzi P. obok starannej aseptyki rany i krótkiego przycięcia podwiązanego worka przepuklinowego, szwy jedwabne, zamykające kanał pachwinowy nie zbyt gęsto zakładać i niezbyt silnie ściągać,

by przez to zgorzeli tkanki szwem objętej unikać. W 30 od 1½ roku po sobie operowanych w taki sposób przypadkach nie zauważył P. ani razu wydzielenia się nitok jedwabnych.

L. Szuman (Toruń).

C. Ruch w Towarzystwach.

Sprawozdanie z posiedzenia wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu dnia 7-go Stycznia 1898 r.

Przewodniczący Dr. Święcicki komunikuje na wstępie zebraniu, że na uczcie wydanej dla prof. Virchowa w Berlinie reprezentował wydział kol. Fr. Chłapowski. Dalej odczytuje sekretarz roczne sprawozdanie ze stanu kasy, które zostaje przyjętem. Dr. Pomorski przypomina zapadłą już dawniej uchwałę, że na posiedzeniach, mianowicie zaś na walnych zebraniach, demonstracye nie powinny trwać dłużej, jak 20 minut.

Następuje odczyt dr. Fr. Zakrzewskiego: »O przewlekłym zaparciu stolca.« Odczyt ten ma być drukowany w »Nowinach Lekarskich.« W dyskusyi zabierali głos pp. drdr. Fr. Chłapowski, Panieński Jan, Pomorski i Święcicki.

Na członka wydziału zgłosił się dr. Grabowski z Langenau.

Artur Jaruntowski,
sekretarz wydziału.

Z Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego.

Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krakowskiego, odbytem dnia 6-go października 1897 mówił kol. Krzyształowicz o leczeniu i otrzymanych wynikach u chorych na liszaj żrący przy pomocy wstrzykiwań nowej TR tuberkuliny. Prelegent zaznacza, że polepszenie osiągnięto w wielu wypadkach i to znaczne, nie chce jednak wysnuwać z dotychczasowych wyników, wniosków dalej idących. — W dyskusyi kol. Borzęcki przypomina, że przed laty spodziewano się świetnych wyników przy stosowaniu starej tuberkuliny. Nadzieje te zawiodły; prawdopodobnie i obecna nie okaże się lepszą. Najlepsze wyniki daje jedynie leczenie chirurgiczne. Kol. Zarewicz zwraca uwagę, że u chorych na lupus powinno się podobnie, jak u chorych z innymi postaciami gruźlicy, obok leczenia miejscowego zwracać baczną uwagę na ogólne odżywienie i leczenie.

Na posiedzeniu Tow. lekarskiego krakowskiego dnia 20 Października 1897 zaznajomił obecnych kol. Prądyński ze sposobem wyszukania stałego nieznanego składnika moczu, t. zw. kwasu oksyproteinowego. (Praca ukazała się w Centralbl. für die mediz. Wissenschaft 1897 No. 38). Następnie kol. Bujwid mówił o potrzebie i doniosłości stosowania tuberkuliny w celach rozpoznawczych u bydła. Prelegent zwraca uwagę, że gruźlica u bydła szerzy się prawie wszędzie z zaskazującą szybkością. Odświeżanie obór przez sprowadzanie t. zw. reproduktorów na nie wiele się przyda, gdyż sztuki zdrowe wprowadzone do obór gruźliczych same wnet podlegają tej chorobie. Sprawa szerzenia się gruźlicy między bydłem nabiera doniosłości wobec tego, że mleko a względnie masło może być przenośnikiem gruźlicy dla ludzi.

W dyskusyi kol. Ponikło zaznacza, że tylko zmiana obowiązującej ustawy bydłowej i dalsze kroki ustawodawcze stanowi nauki odpowiadające mogą skutecznie przeciwdziałać szerzeniu się gruźlicy, wpływanie zaś na samych hodowców będzie mieć po większej części znaczenie platoniczne. Kol. Nowak nadmienia, że we Francyi istnieje ustawa, na mocy której sztuki bydła wprowadzane w granice państwa, na granicy podlegają szczepieniu tuberkuliny. Hodowcy bydła umieli jednak i temu zaradzić, przyzwyczajając sztuki bydła, które mieli wprowadzić do Francyi, poprzednio stósowaniem małych dawek tuberkuliny tak, że wstrzyknięcie przepisanej dawki na granicy odczynu nie wywołało.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego dnia 3-go listopada 1897 mówił kol. Jaworski o sondowaniu dwunastnicy za pomocą sondy podanej przez Kuhna. Sam prelegent robił te doświadczenia u ósmiu osób i udało mu się dwa razy wprowadzić sondę do dwunastnicy. E. B.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

Na posiedzeniu naukowem z dnia 5-go listopada przedstawił kol. Feuerstein trzydziestokilkuletniego mężczyznę, dotkniętego nowotworem, najprawdopodobniej mięsakiem, w okolicy krzyżowo-pośladkowej prawej, wrastającym w głąb kanału krzyżowego i uciskającym dolne nerwy ogona końskiego (od 3-go krzyżowego korzonka począwszy). Porażenie ruchowe obejmuje mięśnie pęcherza, odbytnicy i międzycrocza; znieczulenie (na wszelkie bodźce) ogarnia pośladki, międzycrocze, części płciowe, otwór stolcowy, trójkątne obszary na tylnych powierzchniach obydwu ud i zewnętrzne brzegi stóp.

Kol. Bach przedstawił w wyczerpującym wykładzie wynik własnych doświadczeń nad czynnością ośrodków wydzielniczych gruczołów ślinnych. Do doświadczeń służyły psy i konie. Mówca postanowił przedewszystkiem stwierdzić dokładnie siedzibę ośrodków, a następnie zbadać, czy ośrodki te są osobne dla obydwu połów ciała, względnie czy działają one zawsze równo energicznie.

Okazało się z licznych doświadczeń, że ośrodki wydzielnicze ślinianek leżą w jądrach nerwu twarzowego; dalsze doświadczenia pouczyły, że są one podwójne oraz, że ośrodki każdej strony mogą wchodzić w stan czynny.

Wnioski prelegenta, dotyczące się związku, jaki zachodzi pomiędzy ośrodkami a gruczołami, opis bliższy techniki doświadczalnej nie dają się ująć w ramy streszczenia. Wykładowi kol. Bacha towarzyszyło przedstawienie przyrządów własnego pomysłu, służących do graficznego zapisywania kropeł śliny, a nadto krzywych, które przy pomocy tych przyrządów otrzymano.

Na posiedzeniu z dnia 19-go Listopada przedstawił kol. Ant. Gluziński nową próbę na barwniki żółciowe. Roztwór biliwerdyny, zaprawiony niewielką ilością formaliny, nabiera po zagotowaniu pięknej zielonej barwy, przechodzącej z dodaniem kwasu solnego w fioletową. Roztwory wszystkich innych barwników żółci przyjmują pod wpływem gotowania z formaliną barwę zieloną, zamieniającą się po zakwaszeniu kwasami mineralnymi na ametystową. Chloroformem można wyklócić fioletowy barwnik, otrzymany z biliwerdyny, jakoteż zielony, otrzymany z bilirubiny i innych barwników żółciowych. Mocze żółtaczkowe dają odczyn biliwerdyny. Próba kol. Gluzińskiego jest bardzo dokładną, czułością swoją przewyższa bowiem dziesięciokrotnie próbę Gmelin'a.

Kol. Gluziński przedstawił następnie przypadek hematomyelii piersiowej czyli rdzenia pacierzowego, zasługującą na uwagę z tego względu, iż połowiczne uszkodzenie rdzenia pociągnęło za sobą nie skrzyżowane (w myśl teoryi Brown-Séquard'a), lecz jednostronne objawy porażenia czuciowo-ruchowego. Mówca

uzasadniał lokalizacją ogniska chorobowego w jednej tylko połowie rdzenia wynikami nowszych badań doświadczalnych (Moll, Brown-Séqard).

Kol. Bałaban przedstawił kilkomiesięczne dziecko z anophthalmus congenitus po prawej i mikrophthalmus cong. po lewej stronie, jakoteż dziewczynkę z megalophthalmus.

Na posiedzeniu z dnia 26-go Listopada przedstawił kol. Rydygier galwanokautor Bottini'ego, przeznaczony do przeżegania przerostu gruczołu krokowego. Metoda Bottini'ego ogłoszona jeszcze przed 20 laty, zyskuje sobie obecnie coraz liczniejszych zwolenników. Kol. Rydygier oświadczył się przeciwko wytrzebieniu i wycinaniu sznurka nasiennego, zabiegi te bowiem często najzupełniej zawodzą.

W ożywionej dyskusyi zabierali głos koledzy: Ziembicki, Uhma, Barącz, Gluziński. Na kilka przypadków przerostu gruczołu krokowego, operowanych metodą Helfericha, miał kol. Ziembicki tylko trzy razy doskonały wynik, we wszystkich innych przypadkach nie uzyskano najmniejszej poprawy. Kol. Uhme wygłosił kilka bardzo interesujących uwag, odnoszących się do zależności czynnościowej, istniejącej pomiędzy jądrami a gruczołem krokowym, komunikując spostrzeżenie, iż w początkowych okresach przerostu gruczołu krokowego powiększa się przedewszystkiem prawy płąt. Zjawisko to stoi najprawdopodobniej w związku z przewagą działalności prawego jądra nad działalnością lewego — przewagą, zależną od niejednakowego ułożenia jąder i niejednakowych warunków krążenia w prawem i lewem jądrze.

Kol. Rydygier przedstawił wyprostowywanie garbu według Calot'a na kilkunastoletnim chłopcu, dotkniętym chorobą Pott'a. Mówca ma z teoretycznych względów mało zaufania do postępowania francuzkiego chirurga, rozciąganie bowiem kręgosłupa powiększa jamy rozpadowe, stwarzając warunki nie bardzo sprzyjające gojeniu się ognisk zapalnych, uważa jednak dalsze próby nad metodą z wielu stron gorąco zachwalane, za pożądane, tembardziej, że w niektórych powikłanych przypadkach, powikłanych porażeniami dolnych kończyn, wynik zabiegu Calot'a można nazwać wprost doskonałym. Na dowód przedstawia mówca dwuletnią dziewczynkę, która odzyskała ruchy dolnych kończyn, przedtem zupełnie porażonych, bezpośrednio po założeniu gipsowego opatrunku według Calot'a.

D. FELJETON.

O niektórych ze stanowiska lekarskiego ciekawych zwyczajach Turków bośniackich.

Podał

Dr. I. Baschkopf w Sarajewie.

(Dokończenie).

Dalszym pod względem lekarskim ważnym okresem życia muzułmańskiego jest zawarcie związku małżeńskiego. Otóż dziewczęta tureckie stosunkowo wczesnie wychodzą za mąż, mniej lub więcej w piętnastym roku życia. Wczesne zamążpójście jest w ogóle faktem spotykanym u wszystkich narodów wschodnich. Ponieważ błogosławieństwo dzieci odpowiada przepisom koranu, nie dziwna więc, że stadła tureckie cieszą się prawie zawsze pokaźną liczbą potomków. Bezdzieln-

ność uważa się powszechnie za nieszczęście, za karę boską lub opętanie przez złych duchów. Naturalnem tego następstwem, że kobiety nie płodne, (a bezdzietność, jak wszędzie na świecie, tak i tutaj, kładzie się najczęściej na karb niewiast), nie dają się żadnym, mniej lub więcej uzasadnionym lub śmiesznym środkiem odstraszyć, nie wahają się odbywać dalekie pielgrzymki i t. p., by tylko wyswobodzić się od tej hańby.

Wczesna dojrzałość płciowa i liczne porody niewiast mahometańskich wyciskają też szybko niezatarte ślady nieraz pięknej twarzy. Gdy liczą ledwie lat trzydzieści lub czterdzieści, przedstawiają się one nam już jako kobiety stare. Choć twarze ich na ulicy szczelnie zasłonięte, mimo to nie trudno poznać te młode a zgrzybiałe kobiety, gdy się widzi ich postawę pochyloną ku przodowi, głowę zwieszoną smętnie, ich chód niedbały, powolny, jakby z nadmiernego zmęczenia. Są to jakoby żywe cienie. Takie przynajmniej wywierają przeciętnie wrażenie na obcym. W przeciwieństwie do tych przedwcześnie zestarzałych mężatek panny, którym wolno pokazywać się na ulicy z twarzą niezasłoniętą, olśniewają przechodnia swoją często prawdziwie cudowną pięknnością, świeżością cery i zdrowiem, tryskającym z ich twarzyczek. Niestety kwiatki te, owiane urokiem nieba wschodniego, muszą więdnąć zbyt wcześnie — gwoli bezwzględny przepisom koranu.

Zamknięte w haremie, pędzą kobiety muzułmańskie żywot cichy, monotony, prawie klasztorny — i zamieniają się w »kobietę-zwierzę.«

Gdy śmierć się zbliża, czytają obecni mahometanie nad umierającym ustępy z koranu i wykadzają mieszkanie — zwyczaj to, który tylko pochwalić można. Gdy zgon już nastąpił, przynykają najbliżsi krewni powieki zmarłemu, wyprostowują mu kończyny i układają ciało tak, aby prawa strona była ku Mece zwróconą. O stwierdzeniu urzędowem zaszłej śmierci u Turków nie ma mowy. Wyjątek tworzą przypadki śmierci gwałtownej, które doszły do wiadomości władz, te bowiem zarządzają w takich razach sekcją zwłok sądowo-lekarską przez dwóch lekarzy.

Wezwany iman (kapłan) obmywa zwłoki letnią wodą, następnie nacierają kamforą ręce, kolana i nogi, czyli te części ciała, które biorą udział w modlitwie, całe ciało się perfumuje, a nos i uszy zatyka się watą, prawdopodobnie celem zapobieżenia zbyt szybkiemu rozkładowi zwłok. Podczas modlitw, które odmawia imam, obnaża się zwłoki, zawija się je w prześcieradło, umieszcza się takowe następnie na marach i przenosi się natychmiast przed meczet. Wszystkich staraniem jest, aby pogrzebanie zwłok nastąpiło, póki one jeszcze są ciepłe (!) W ceremonii wyżej opisanej biorą udział u mężczyzn mężczyźni, u kobiet same kobiety. Niekiedy odbywa się obmycie zwłok nie w mieszkaniu, lecz dopiero w meczecie, poczem przykrywa się zwłoki umieszczone na marach, chustą, która leżała na grobie Mahometa. Zwykle krewni przenoszą z meczetu zwłoki na ementarz. Bogatsi sprawiają swym zmarłym osobne mary, które następnie zostawiają w meczecie, przeznaczając je do usług biednym.

Jak już wyżej wspomniano, mahometanie bardzo się spieszą z pochowaniem zwłok. Pogrzeb następuje już w przeciągu pierwszych 24 godzin. Gdy śmierć nastąpiła już po zachodzie słońca, przenosi się na noc zwłoki do meczetu i rano zaraz się je grzebie; jeżeli zaś muzułmanin umarł przed wschodem słońca, to musi się go chować przed zachodem słońca. Pospiech ten nakazuje koran. Wobec takiego stanu rzeczy nie można odrzucić podejrzenia, że skutkiem braku oględzin poźmiertnych lub sekcji naukowych (koran bowiem zabrania otwierania zwłok) zdarzać się mogą od czasu do czasu przypadki pochowania ludzi pozornie tylko zmarłych.

Każdego zmarłego muzułmanina uważają krewni jego za wybrańca Ałłaha, skutkiem tego nie wolno okazywać smutku w razie zaszłej śmierci. Przynajmniej mężczyźni, towarzyszący obrzędowi pogrzebowemu, zachowują się zupełnie spo-

kojnie; z haremu tylko dochodzi do uszów wstrząsający płacz, a raczej smętny śpiew niewiast, którym też zabronionem jest branie udziału w pogrzebie.

Na świętą chustę, pokrywającą zwłoki, kładzie się u mężczyzn turban, u kobiet zasłonę, twarz zasłaniającą — u dziewic kwiat; mileżąco, bez dźwięku muzyki, bez płaczu wynosi się zwłoki. Nigdy nie posługują się w tym celu karawanem, lecz zawsze krewni, znajomi, lub wreszcie przechodni noszą mary na swych barkach. Każdy współwyznanca uważa to za swój obowiązek choć przez kilka sekund nosić mary, przyczem w noszeniu szybko zmieniają się towarzyszący pogrzebowi mahometanie. Wśród największej ciszy przesuwa się orszak pogrzebowy przez ulice miasta na cmentarz. Tu wkłada się zwłoki w pozycyi leżącej do grobu na 3—4 stóp głębokiego, przyczem prawa strona ciała musi być zwróconą do Mekki. Zwłoki pokrywa się następnie kilku deskami, skośnie opartymi o jedną ze ścian grobu, aby ziemia nie dotykała i nie ugniatała bezpośrednio ciała. Po zasypaniu dołu grobowego wracają wszyscy do domu, tylko iman pozostaje jeszcze czas jakiś przy grobie, wreszcie oddala się na kilka kroków od grobu, woła zmarłego trzy razy po imieniu i przypomina mu to, co w dniu sądu ziemskiego ma odpowiadać przed Bogiem.

E. Zapiski lecznicze.

Stanisław Cieglewicz poleca przy nieżytowym zapaleniu błony śluzowej krtani wdechanie 2% ichtyolu (zimnego), rozpylonego za pomocą rozpylacza dwa razy dziennie przez 3—5 minut. (Przeł. lek. 98. Nr. 1).

Vossius i Treitel polecają do badań oftalmoskopowych w celu rozszerzenia źrenicy zamiast hemotropiny i atropiny eufthalminę (euphthalminum). Dwie lub trzy krople 2% roztwo u tejże powodują najdalej w pół godziny rozszerzenie źrenicy, trwające 2—3 godzin, bez żadnego wpływu na akomodacyę. — W 5—10% roztworze wywiera eufthalmina wpływ na akomodacyę, lecz mniejszy i szybciej znikający niż hemotropina. (Ther. Monatschrift 1897. No. 12.)

M. Olaya Laverde (Colombia) stosował do leczenia trądu zastrzykiwania surowicy przyrządzonej z krwi zwierząt, którym wstrzykiwano pod skórę sok wyciśnięty z nowotworu trądu w okresie rozwoju choroby: po 5—6 dniach gdy objawy zatrucia zniknęły, krew z żył odpuszczano. U 60 chorych leczonych w ten sposób przez 6—12 miesięcy zauważył L. znaczne polepszenie, u 6 zupełne wyzdrowienie. (La Pr. med. 97. 41).

Aug. Graffagnini zaleca przy włóknikowym zapaleniu płuc naparstnicę w bardzo wielkich dawkach, na przykład do 10 gm. dziennie, przez pierwsze 3 dni, potem 8 gm. dziennie, aż do przełomu. U dzieci i starców stosował również wielkie dawki, na przykład u małych dzieci po 3 gr. przez 4 dni z rzędu, u starców po 8 gramów dziennie i to bez żadnych zaburzeń. Wyniki tego rodzaju kuracyi mają być bardzo pomyślne.

Goldfarb (Łódź) spostrzegł kilkakrotnie przy leczeniu miękkich wrzodów airolelem, przy stosowaniu którego dotychczas przedewszystkiem wszelki brak podrażnienia sławiono, objawy zapalenia, które w dwóch przypadkach tak były znaczne, że równały się objawom eparzenia drugiego stopnia. (Monatshefte für prakt. Dermat. Bd. XXX. No. 5.)

Reuter poleca jodoformal, który przed jodoformem te ma mieć zalety, że mniej go czuć, że silniej działa wysuszająco, że wolniej się rozpuszcza i że nie jest wcale trującym. R. stosuje przy ranach i ropnych zapaleniach jodoformal w postaci maści. Rp. Jodoformali 1,0, Bals Peruv. gtt. III—V. Lanolin.

anhydr. Vaselini americani aa qu. s. ad. 10,0 Mfunguent. Przy vulvitis gonorrhoeica w postaci proszku, przy przewlekłym tryprze w postaci bacylów (20% z gummą arabską i gliceryną). (Deutsche mediz. Wochenschrift 1897. No. 32).

A. J.

Jaglica. Burchardt (Berlin) znalazł w zapaleniu egipskiem spojówek tak przez niego nazwane „ciałka jaglicowe“ (Trachomkörper), które można wykazać między komórkami przybłonkowemi, w części może także w nich samych. Ciałka te uważa za koccydye, (należące do sporozoa). Wobec tego zmienił o tyle leczenie, że stósował właśnie takie środki, które działają trująco na te drobnoustroje. Dawniej wypalał galwanokauterem poszczególne mieszki (follikel) pod kokainą, poczem polecał przepłókiwania roztworem przeciwnilnym, mianowicie siarkanem miedziowym (1 na 1000) i zapraszał proszek tioformowy. Obecnie stósuje zamiast niego garbnikan chininy, ponieważ chinina trująco działa na drobnoustroje. Przekonał się, że śrdek zasługuje na rozległe zastosowanie. Po wypaleniu mieszków zapraszał 3 razy dziennie chininum tannicum. (Berl. kl. Woch. 1897, No. 40).

Leczenie za pomocą surowicy streptokokowej Marmorka. Prof. Monti w Wiedniu ogłasza swoje doświadczenia nad wartością leczniczą powyższej surowicy. Odnoszą się wprawdzie tylko do 6ciu przypadków róży septycznej w następstwie arteriitis umbilicalis u noworodków. Wszystkie dzieci zginęły skutkiem posokowatego zatrucia krwi. Doświadczenia te więc bardzo mało zachęcające. (Wien. Allg. m. Zeit. 1897, No. 37).

Perforatio membranae tympani. Doc. Gomperz (Wiedeń) leczył zadawnione przedziurawienia błony bębenkowej według Okuniewa: przez przypalanie brzegów kwasem trójchlorooctowym. Wyniki były bardzo zadawalniające. — (Tamże No. 48).

Leczenie węgliką ludzkiego. Według Kossela (Berlin) są tu zapatrywania wprost przeciwne. Jedni radzą wyciąć o ile można jaknajszybciej naciek (Milzbrandcarbunkel) i ewentualnie także obrzmiałe gruczoły chłonne. Według innych znowu (Müller z kliniki Bramanna) najlepiej nie operować chorych na węglik, gdyż nawet, jeżeli staramy się wyciąć w zdrowej tkance, narażamy chorego na niebezpieczeństwo, że prątki węglikowe wnikną do przeciętych naczyń i przestworów chłonnych, prowadząc do ogólnego zakażenia ustroju. Wyniki, osiągnięte tym sposobem bardzo za nim przemawiają. Müller opisuje 20 kilka przypadków, w których wstrzymał się od wszelkiego zabiegu operatywnego. Umarł tylko jeden chory, a temu lekarz poprzednio naciął był naciek. Tego leczenia trzymał się i Kossel, który polecił tylko okłady z roztworem Burowa, wielkie dawki wysokoku i dobre odżywienie. Wyleczenie. Berl. klin. Wochenschrift 1896, No. 44.

Coma diabeticum. R. Lépine użył ze skutkiem roztworu: 2 litry roztworu dwuwęglanu sodowego (38°, 10 : 1000) i chlorku sodowego (7 : 1000), które wlewa się do żył w przeciągu kwadransa. Sem. méd. 1897, Marzec.

Przeciwnilne leczenie jelit: Rp. z Naphtholi 3,0, Chloroformii gutt. XV, Ol. Ricini 100·0, Essent. menth. piper. gutt. V. S. Po łyżce stołowej w winie portowym, w piwie lub czarnej kawie zażywać. Dzieciom po łyżeczce od kawy. (M. J. de Maximovitch, Sem. méd.)

Celem stwierdzenia rzekomej leczącej siły surowicy antistreptokokowej w nowotworach złośliwych podawał ją Ziemaeki w 14 przypadkach raka i 6 przypadkach mięsaka. Nigdy nie nastąpiło wyleczenie. Jedyną korzyść leczenia surowicą krwi w nowotworach polega na własności bóle kojącej i uspokajającej surowicy. Z. dochodzi do wyniku, że seroterapia jest w nowotworach złośliwych szkodliwą, gdyż następowały często nieprzyjemne przypadki, wskazujące na trujące działanie surowicy. (Petersb. med. Woch. 1897, No. 35.)

W złamaniu szczęki poleca Hansy opatrunek drutowy, który każdy lekarz łatwo zrobić może. Drut żelazny, mosiężny lub miedziany tak się wygina,

że jego tylne strzemie przylega dokładnie po stronie języka do szyjek zębowych; od nich skręca się i przebiega po przedniej powierzchni zębów do linii środkowej gdzie się skręca oba końce. Zewnętrzne i wewnętrzne strzemienia skręca się zapomocą licznych splotów drutu, przeciągniętych także pomiędzy zęby i naokoło szyjki mocno siedzących zębów, poczem ściąga się coraz mocniej wszystkie pętle drutu. (Centrabl. f. Chir. 1897, No. 40).

Pepton manganowo-żelazowy Gude'go. Gellhorn spostrzegł w licznych przypadkach blednicy znakomite wyniki. Trzy razy dziennie po łyżce stołowej i regularna dyeta. Sądzi on, że nie należy uwzględnić domagania się kwasów u blednicą dotkniętych. (Therap. Monatsch. 1897, No. 5).

Osączkowanie wielokrotne (Massendrainage). Ewald w Berlinie zwraca uwagę na korzyści, jakie spostrzegł po wczesnem i możliwie często powtarzanem przekłówaniu, względnie wypuszczaniu nagromadzonych przesączyn w najrozmaitszych chorobach, mianowicie w marskości wątroby, zapaleniu nerek, wadach sercowych i podobnych stanach chorobowych, łączących się z obrzękami. Wyniki zawsze były znakomite. Naturalnie nie ma tu mowy o wyleczeniu choroby podstawowej. Nie wątpi E., że, im osączkowanie i punkcja wcześniej i częściej wykonano, tem lepsze były wyniki. U jednego chorego z zapaleniem nerek i ogólnymi obrzękami wypuszczono z nóg 22500 gr. płynu surowiczego przez punkcje, opłucne przekłuto 5 razy i wypuszczono 1200 gr. płynu, brzuch przekłuto w przeciągu pięciu miesięcy 45 razy i wypuszczono 140000 gr. przesieku, razem wydalono zapomocą tych wielokrotnych punkcji okragło 164 litrów. Nigdy nie spostrzegł ani róży, ani zgorzeli lub nekrozy po tych wkłuciaciach. Chory czuje się obecnie tak dobrze, że chce opuścić szpital. Na podstawie bardzo licznych doświadczeń E. poleca tę swoją „Massendrainage“ bardzo gorąco. Postąpimy zawsze dobrze, jeżeli takie przesączyny, gdziekolwiek one są umiejscowione w chronicznych chorobach, jaknajszybciej usuniemy. Korzyści są jasne: zwalniamy od ucisku naczyń brzuszne i ewentualnie już rozwinięte krążenie uboczne i — co najważniejsze — usuwamy ucisk na serce i płuca, skutkiem czego narządy te mogą lepiej funkcjonować, co umożliwia polepszenie ogólnego stanu sił. Wypuszczanie płynu należy wykonać nadzwyczaj powoli, troakar musi być bardzo cienki, wtedy bowiem mogą powoli wyrównać się zmienne stosunki ciśnienia i zapobiega się tym sposobem występowaniu krwotoków lub niedokrewności mózgu; krwotokom z naczyń brzusznych zapobiega się uciśnięciem brzucha mocno zaciśniętą opaską. (Wykład w berl. tow. lek. 26 maja 1897, Berl. klin. Wochensch. 1897, No. 25).

E. Rozmaitości.

Od komitetu VIII. zjazdu polskich lekarzy i przyrodników w.

Na przyszły zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu zgłosili się dotychczas piśmiennie z odczytami następujący panowie: Prof. H. Kostaneccki z Krakowa; O znaczeniu eksperymentu biologicznego dla morfologii. Prof. Wł. Natanson z Krakowa (temat zastrzeżony). Prof. Rydygier ze Lwowa: 1) O leczeniu przerostu gruczołu krokowego, 2) Wskazania do uretrotomii wewnętrznej i zewnętrznej, 3) O nowotworach pęcherza z demonstracją, 4) Jeszcze kilka słów o t. zw. coxa vara. Dr. Sędziak z Warszawy: Chemia i medycyna, ich stosunek wzajemny w obecnej dobie. A Wróblewski z Krakowa (3 tematy zastrzeżone). Dr. Arnstein z Kutna-Ciechocinka: 1) O wpływie zmiany miej-

scowości na przebieg krztusca i o znaczeniu leczniczym tegoż środka, 2) 60 przypadków rwy kulszowej leczonych w Ciechocinku. Dr. A. Jaruntowski z Poznania: Pogląd na obecny stan zwalczania gruźlicy płuc. Dr. Ołtuszewski z Warszawy: Naukowe i praktyczne znaczenie logopatologii. Michał Biało-brzeski z Warszawy: 1) O heminie i hematynie, 2) O dezynfekcyjnych własnościach formaliny. Józef Ziemia z Władykaukazu: 1) Płody kopalne Kaukazu, 2) Wprowadzenie do średnich zakładów naukowych zasad geologii.

Prócz tego zapowiedzieli ustnie swój czynny udział w zjeździe i niektóre wykłady pp. Dr. T. Dunin, M. Flaum, J. Mayzel itd. z Warszawy.

List z Krakowa umieszczony na str. 24 pierwszego zeszytu »Nowin lekarskich« wywołał »parę uwag w kwestyi piśmiennictwa lekarskiego polskiego« zapisanych przez Dra Władysława Janowskiego. Uwagi te ogłoszone będą dopiero w numerze marcowym, ponieważ, gdy nadeszły, numer 2-gi (lutowy) już był wydrukowany.

Redakcja.

Klasyfikacja proteinowych ciał. Związki proteinowe są ciałami dającymi przy rozczepianiu się pod działaniem kwasów amoniak, zasady organiczne azotowe, jak lysina, histidina, arginina) i kwasy amidowe (jak leucyna, tyrosina itd.) Po tem określeniu podaje A. Wróblewski w *Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft* XXX. H. 19 podział następujący, nieco odmienny od Drechselowego

1) **Białkowe proste**; albuminy, globuliny, albuminaty, acidalbuminy, skrzepłe białko.

2) **Białkowe złożone**: glikoproteidy (mucyna), hemoglobina, nukleoalbumina, kazeina, nukleina, amyloid.

3) **białkowate**: a) **zrębowe** (keratyna, elastyna, kollagena, klej); b) albumozy i peptony, c) enzymy: proteolityczne (pepsyna, trypsyna, papayotyna; amylolitowe (diastaza, inwertyna); rozkładające tłuszcz (steapsyna itd.), rozkładające glikosyd, rozkładające amid (uraza) i enzymy scinające, jak podpuszczkowy (Labferment).

W tym systemie nie objęte są proteiny nie dające kwasu amidowego przy rozczepianiu, ani nawet peptony, które jednak wolno tymczasem przyliczać do grupy albumoz. Wróblewski wlicza do proteinów także i enzymy, nie tylko rozpuszczające białko, ale i te, co rozpuszczają krochmal, jak diastaza.

Oczywiście wszelka klasyfikacja chroma na niedokładność, pożyteczną jest jednak dla chcącego się zorientować w olbrzymiej gromadzie coraz rosnącej związków białkowych.

Oznaczenie z góry płci u potomstwa i dowolne na nią wpływanie, o to kwestya, którą obecnie zajmuje się prasa codzienna, rozgłaszając szumne enuncjacje prof. Schenka, podczas gdy w czasopismach lekarskich nie napotykamy o niej wzmianki. Na wezwanie redaktora »Przeglądu lekarskiego« w Nr. 4 prof. Adametz, profesor hodowli bydła w Krakowie, dał ogólny pogląd krótki na obecny stan nauki o dowolnem wpływaniu na płęć potomstwa u zwierząt i podniósł mianowicie metodę Fiqueta (z Texasu), który za pomocą uregulowanego odpowiednio sposobu żywienia byka i krowy, niekiedy także przy odpowiednim bezpośrednim oddziaływaniu na sferę płciową tych zwierząt, w wielu przypadkach uzyskał dodatni wynik. Fiquet, chcąc mieć byczka, dopuszczał do karmionej dobrze krowy buhaja trzymanego przez dłuższy czas na skąpej karmie, lub też zużytego płciowo; oczekiwano też nieraz przejścia pierwszego ogrzania się krowy, poczem dopiero dopuszczano stadnika. Być może, że i zapowiedziana »nowa metoda« Schenka jest tylko rozwinięciem metody Fiqueta, tj. polega na zastosowaniu ściśle oznaczonej diety. — Niezawodnie jednak, prócz wyżej wspomnianych czynników, tj. dążności do wytworzenia się w potomstwie tej płci, która chwilowo u rodziców jest słabszą pod względem biologicznym i która zatem ma większe prawdopodobieństwo zaniknięcia, wchodzi w grę przy wytwarzaniu się

płci i inne jeszcze czynniki, na które warto hodowcom zwracać uwagę, jeżeli chcą wszystkie objąć i wyzyskać.

Wpływ narodowości na zapadanie na choroby umysłowe. Prof. I. A. Sikorski i Maksimow, lekarze wojskowi, zestawili chorych umysłowo wojskowych wedle narodowości i religii. Okazała się częstość chorób umysłowych największa u Żydów (241), mniejsza u Mahometan (116), najmniejsza u chrześcian (Rosyanów i Polaków (100). Przeważały cierpienia dziedziczne, rzadkiemi były nabyte.

Ch.

Rozpoznawcze znaczenie szmerów sercowych u dziecka. Soltmann (z Lipska), opierając się na pracach Hochringera i własnych twierdzi, że do 8-go roku wyjątkowo tylko występują u dziecka szmery t. zw. anemiczne, właściwe wiekowi rozwoju i znamienne dla blednicy. Jeżeli w młodszym wieku zachodzą szmery, pochodzą one od ucisku gruczołów powiększonych lub zniekształconej klatki piersiowej na serce (Druckgeräusche). — Hochringer zwrócił uwagę i na szmery powstające od przeniesienia ruchu sercowego na płuca; są one zawsze prawie skurczowe (systoliczne) i wzmagają się przy oddychaniu silniejszym, a ustają przy wstrzymaniu dechu. I one nie zachodzą w dzieciennym wieku wcale.

Przy cierpieniach osierdzia (endocarditis) u dziecka zauważyć można najpierw skurczowy szmer i podniesione uderzenie wierzchołka serca. Inne objawy niedostateczności zastawki dwudzielnej, jak rozszerzony opuk serca, szorstkość drugiego tonu tętnicy płucnej i zastoju objawy występują dopiero znacznie później, zwykle w latach płciowego rozwoju. Wtedy obok skurczowego szmeru słychać i akcentowany ton 2gi płucnej tętnicy, i widać rozszerzenie serca, ew. i zaburzenia w kompensacji.

Osadzanie się krwi zastósował E. Biernacki (D. med. Wochenschr. 1897 No. 48) jako nową metodę kliniczną badania. W naczyniach podłużnych krew czy to odwłókniona, czy nie odwłókniona, zmieszana z proszkiem szczawikowym osadza się; z szybkości, z jaką się osad wyrabia z krwi odwłóknionej i szczawikowanej, z postaci krzywizn osadzenia krwi szczawikowym kwasem zaprawionej, ze stosunku objętości osadu tego do ilości krwinek, wnioskuje E. B. o zawartości włókniaka we krwi i o przebiegu utlenienia zależnego od ilości fibryny. Objętość osadu okazała się w stałym stosunku do ilości czerwonych krwinek. Jest to więc metoda ściśle naukowa i może mieć wartość praktyczną. Ch.

Rauchenbusch podaje przypadek zatrucia surowicą Behringa po zastrzyknięciu profilaktycznym 200 jednostek antytoksycznych u 10-letniej dziewczynki. Zaraz po zastrzyknięciu wystąpiła wysypka pokrzywkowata ze znacznym swędzeniem, która po 10 minutach przyjęła postać wysypki szkarlatynowatej i rozlała się po całym ciele, przytem omdlenie, tętno nitkowate, serce osłabione, rozszerzenie źrenic, brak odczynu tychże, sinica, wymioty, obrzęk twarzy. Po zastosowaniu środków podniecających objawy te w krótkim czasie zniknęły. — (Berl. klin. Wochenschr. nr. 32. 1897).

F. Epstein poleca w »Arch. f. Derm. u. Syphilis« (Sierp. 1897) w celu uniknięcia wytworzenia się zatorów płucnych przy wstrzykiwaniu nierozpuszczalnych związków rtęciowych, robić wstrzykiwania te w górną zewnętrzną ćwiartkę pośladków, gdzie zranienie gałązki żyłnej znacznie rzadziej ma miejsce, niż w innych częściach pośladków. Używane do tego przetwory rtęciowe, zawieszane były przeważnie w płynnej parafinie. Na 8292 przypadków wstrzykiwań, wykonanych w ten sposób, tylko u siedmiu wytworzyły się zatory płucne. Kurella, zdając sprawę o pracy Epstein'a w Kronice lekarskiej (zesz. 24, 1897) zwraca uwagę na doświadczalne badania Watraszewskiego, który przyszedł do wniosku, że płynne tłuszcze, używane zazwyczaj do zawieszania przetworów rtęciowych, nie łączą się z krwią i dla tego zatory płucne wywołać mogą. W obec tego radzi Watraszewski używać jako zawiesziny zamiast tłuszczów płynnych wody z małym dodatkiem gummy arabskiej; zawieszina taka łączy się z krwią

i, jeżeli tworzy zatory, to tylko zatory t. zw. prosówkowate, nie wywołujące żadnych objawów przedmiotowych.

A. J.

Sztuczne oddychanie. Brosch (Wiedeń) znalazł raz przy sekcyi osoby, na której wykonano poprzednio bezskutecznie sztuczne oddychanie, wypełnienie krtani, tchawicy i oskrzeli pokarmami. Przypuszczenie, że przez sztuczne oddychanie może człowiek wciągnąć treść pokarmową, stwierdzono licznemi doświadczeniami na trupach. Celem zapobieżenia wracaniu się pokarmów i wciąganiu ich do płuc, poleca Brosch wprowadzenie elastycznego węża do przełyku, by przynajmniej 10 cm. z ust wysterczał, a dopiero wtedy robić sztuczne oddychanie. To zapobiegnie z pewnością aspiracyi treści pokarmowej. (Deut. Arch. f. kl. Med. t. 58. z. 6).

Kronika żałobna.

Ś. p. Dr. Jan Minkiewicz.

Współpracownik pisma naszego ekscelencya Dr. Jan Minkiewicz zmarł, jak nam donoszą, w Tyflisie. Urodzony 1826 r. w Newlu, w guberni mohilewskiej, pobierał pierwsze nauki w Witebsku, później słuchał medycyny w Moskwie, a od roku 1848—1850 był w Dagestanie lekarzem szpitala w twierdzy Tamir-Hau-Schudy. Przed 40 laty był jako asystent dłuższy czas zatrudniony przy Pirogowie w Petersburgu. W r. 1853 mianowany głównym lekarzem szpitala w Sewastopolu, poczem przeniesiony na Kaukaz był od roku 1854 chirurgiem naczelnym armii kaukazkiej. Mimo, że ś. p. Minkiewicz zdala był od swoich, sercem i duszą lgnął do nich, a bardzo liczne prace i przyczynki przeważnie chirurgicznej treści umieszczał w polskich czasopismach lekarskich, jak w swego czasu wychodzącym »Tygodniku lekarskim«, później w »Gazecie lekarskiej«, »Przeglądzie lekarskim«, Pamiętniku Tow. lek. warszawskiego« i »Nowinach lekarskich«. Ze ś. p. Minkiewicz nie zasklebiał się w swej specjalności, ale, uprawiając ją, miał zawsze na myśli także i postęp chirurgii polskiej, dowodem »List otwarty«, jaki w r. 1887 umieścił w »Gazecie lekarskiej«, a w którym przemawia za opracowaniem statystyki chirurgicznej polskiej, aby przyjsć do świadomości naszej czynności chirurgicznej i aby nie zagięły dla nauki owoce polskiej pracy. Chociaż sterany wiekiem, korzystał ze Zjazdów lekarskich a, gdy mieliśmy sposobność widzieć śp. Minkiewicza na jednym ze Zjazdów w Krakowie. mówił nam wówczas, że pobyt jego w Krakowie między swymi należy do najpiękniejszych dni jego żywota. Zaczna to była dusza, to też z żalem dowiedzieliśmy się o śmierci nestora naszych chirurgów, zmarłego tak z dala od nas. Have anima candida!

† *Prof. Zacharyn* w Moskwie.

† *Dr. Michuł Rosenzweig*, znany praktyk z Warszawy, w Meranie.

Wiadomości osobowe.

Dr. K. Żuławski (docent prywatny) psychiatryi w Krakowie mianowany został profesorem nadzwyczajnym.

Dr. St. Ciechanowski mianowany prywatnym docentem do wykładów anatomii patologicznej w Krakowie.

Dr. K. Wagner, docent med. wewn. w Petersburgu został profesorem przy uniwersytecie w Kijowie.

W miesiącu Grudniu w regencyi poznańskiej osiedlił się lekarz Stefan Huebner w Jarocinie, a Dr. K. Schmidt przesiedlił się z Inowrocławia do Poznania jako radca medycynałny i regencyjny.