

GAZETA LEKARSKA.

Treść. Mowa pogrzebowa, wypowiedziana przy pochowaniu zwłok ś. p. Teofila Wisłockiego, Profesora Ces. Warsz. Uniwersytetu, na ementarzu Powązkowskim d. 10 Października 1881 r., przez D-ra i Prof. H. Łuczkiwicza. — I. W. Matlakowski. Przyczynk do nadłamań kości. — II. W. Pawłowski. Spostrzeżenia nad chorobami tyfusowemi, leczonemi w lazarecie wojskowym w Pułtsku. (Dokończenie). — III. Hering. Sprawozdanie z 7-go międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie. (Ciąg dalszy.) — *Dział sprawozdawczy:* 143. D-r R. Förster. O leczeniu gorączki u dzieci. — 144. H. Krause. Dwa wyniki sekeyi przy czystej ozenie. — Wiadomości zagraniczne. — Nadesłano do Redakeyi. — Na pomnik Mickiewicza. — Ogłoszenia.

MOWA POGRZEBOWA,

WYPOWIEDZIANA PRZY POCHOWANIU ZWŁOK

ś. p. D-ra Teofila Wisłockiego,

Professora Ces. Warsz. Uniwersytetu, na ementarzu Powązkowskim d. 10 Października 1881 r.

przez Dra i prof. H. Łuczkiwicza

Czwarty rok zaledwie dobiega, a już trzeci raz zgromadza nas w tem miejscu smutny obowiązek żegnania przyjaciół i towarzyszy pracy. Stojąc nad mogiłą, pokrywającą świeże zwłoki człowieka, tak wysokie stanowisko w świecie naukowym zajmującego, jakim był ś. p. Wisłocki — nie podobna nie uczcić jej słowami szczerego żalu i braterskiego pożegnania.

Tem bardziej nie godzi się zaniechać tego nam, cośmy z nieboszczykiem wśród różnych okoliczności przebyli w blizkiej zażyłości przeszło lat 30, i lepiej może od innych mogli poznać Jego własności osobiste i zasoby naukowe — a były one, śmiało powiedzieć możemy: potężne i niezwyčajne.

Ś. p. Teofil urodził się 1815 r. w Tymbarku, w Galicyi; szkoły gimnazyalne ukończył w Sączu, poczem wysłuchał kursów filozoficznych we Lwowie i wpiisał się na Wydział teologiczny.

Wkrótce jednak przekonawszy się, że zawód kapłański nie odpowiada Jego skłonnościom, poświęcił się nauce lekarskiej i w tym celu przeszedł na ówczesny niższy kurs lekarski uniwersytetu Lwowskiego — po

ukończeniu którego, czując potrzebę uzupełnienia swych wiadomości, udał się do Berlina, gdzie walcząc ciężko z niedostatkiem, zarabiając na chleb powszedni, pozyskał w r. 1843 stopień doktora.

Weześnie już, bo będąc studentem we Lwowie, uczuł ś. p. W. niepowściągniętą chęć do zajęć literackich, i wtedy już pracował gorliwie na tem polu pod kierunkiem zaszczytnie znanych mężów: J. N. Kamińskiego, Aug. Bielowskiego i W. Pola, których szczególne dla swych zdolności pozyskał w zględy, ciesząc się nimi do końca ich życia.

Chcący wiedzy i nauki, podróżował następnie ś. p. W. kilka lat po obczyźnie nie chcąc korzystać z dyplomu doktorskiego, zawiązując w stolicach europejskich blizkie stosunki z najznakomitszymi uczonymi na niwie politycznej i literackiej.

W r. 1850 przybył do Wiednia dla słuchania wykładów głośnych koryfeuszów Medycyny, gdzie odznaczywszy się znajomością anatomii patologicznej uzyskał posadę asystenta przy katedrze prof. Rokitańskiego, którą piastował przez 4 lata, i zostawił z tego czasu po sobie piękny ślad w nauce wydaniem dzieł: *Compendium der pathologischen Anatomie* i „*Repetitorium der Pharmakodynamik*“.

I tu znowu przeważyło pragnienie szerszej działalności u nieboszczyka — a z wielką bystrością napisana rozprawa „o kwestyi wschodniej“ przepowiadająca kampanję krymską, wyrobiła mu naczelne stanowisko w redakcyi politycznego czasopisma „Wanderer“, które zajmował przez dwa lata.

Przy zmianie stosunków politycznych w Galicyi, ś. p. W. zaczął wydawać we Lwowie czasopismo p. t. „*Świt*“ (1856), które jednak, pomimo swych zalet, dla niezwykłości idei politycznych, wkrótce upaść musiało.

Wtedy to powrócił ś. p. W. do medycyny i przy otwierającej się w r. 1858 Akademii medyko - chirurgicznej w Warszawie, przybył do naszego miasta, gdzie objął katedrę patologii ogólnej i anatomii patologicznej; w Szkole Głównej: medycyny Sądowej, a w uniwersytecie Hygieny i Policji lekarskiej.

Czas i miejsce nie pozwalają nam rozwodzić się dłużej nad zasługami i pracami ś. p. W. — wszyscy obecni znają je niewątpliwie i potrafią ocenić, czujemy się jednak w obowiązku zaznaczyć, że nieboszczyk był niezaprzeczenie człowiekiem wielkiego, podniosłego umysłu, szerokich poglądów, wyższego polotu, głębokiej i bardzo rozległej nauki — a przytem dziwnie wrażliwej — rzecz można — na wskrós oryginalnej natury. Owa to wrażliwość jego umysłu i charakteru, przy licznych a cierpkich doświadczeniach życia, była powodem, że nie zawsze zjednywał sobie ś. p. W. sympatyję ludzi — bo też świat lubuje się w gładkich rutynistach, figurkach — na pospolitą modłę ulepionych — a ś. p. W. był innym od zyczaj-

nych ludzi i do formułek pojęciowych naginać się nie lubiał.

W historii medycyny spotykamy się kilkakrotnie z kolegami podobnego nastroju: van Helmont, J. Brown, Broussais, przrzucali się również z wydziału na wydział, szamotali się długo ze światem, zanim wiekopomnych dzieł dokonali — ale to były inne czasy, inne stunki.

Nielitościwa śmierć zgniotła szybko, prawie nagle, życie tego silnego organizmu, pełnego wielkich pomysłów, których urzeczywistnienia ś. p. W. doścignąć nie zdołał.

Ze śmiercią ś. p. W. traci Uniwersytet erudyta niepospolitych zdolności, a kraj cały obywatela najzacniejszych tendencji i dzielnego pracownika na polu nauki i społeczeństwa. *Sit ei terra levis.*

Z ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU Ś-GO DUCHA W WARSZAWIE.

II. PRZYCZYNEK DO NADŁAMAŃ KOŚCI.

Podał **W. Matlakowski.**

Niedawno przybył do oddziału chirurgicznego, którym zawiaduję przez czas wakacyjny, chłopiec 14 letni, średniego wzrostu, niezłej budowy, miernego odżywiania, ze złamanem prawem przedramieniem.

Mechanizm traumatyzmu był taki, że chłopcu podtrzymującemu rękami duży kamień, służący do toczenia narzędzi, t. zw. toczak, tenże przychyliwszy się, upadł na przedramię. Za pierwszym rzutem oka uderzył mnie niezwykły kształt prawego przedramienia, które było przegięte w średniej części w ten sposób, że obie połowy schodziły się mniej więcej pod kątem 150°. Wygięcie przedramienia było podwójne: *a*) w kierunku powierzchni zgięcia (*flexores*), *b*) w kierunku kości promieniowej (*radius*). Obrysy przedramienia nie wskazywały nigdzie na wydatną wypukłość, na wyskok ostro skórę podnoszący; owszem — kontury przedramienia przedstawiały łagodne łuki.

Dalsze badanie chorego członka jest nadzwyczaj bolesne, a ściśle zbadanie wprost nawet niemożliwe. Przystąpiliśmy do zachloroformowania, którego dokonał kolega Wł. Steyner. Długość obu przedramion, licząc od najbardziej wystającego punktu na wyrostku łokciowym (*olecranon*) do wyrostka rylcowego kości łokciowej (*proc. styloideus*), jednakowa (19 cent.). Po uspieniu chorego dokładne badanie nie wykazuje ani na kości łokciowej, ani na kości promieniowej, sterczącego lub nierównego brzegu odłamka; na przypuszczalnym miejscu złamania nie ma wcale anormalnej ruchomości, tak charakterystycznej dla złamań, nie ma też zupełnie tarcia (*crepitatio*), wreszcie próby naciągnięcia i nastawienia odłamków zupeł-

nie pozostają bez skutku; ani przy prostem wyciąganiu (*extensio et contraextensio*), ani przy usiłowaniach odgięcia zgiętego przedramienia w kierunku powierzchni wyprostnej, członek się nie prostuje.

Wobec tych objawów przyszedłem do przekonania, że mam przed sobą nadłamanie obu kości przedramienia i stosownie do tego rozpoznania postąpić sobie postanowiłem. Oparwszy przedramię chorego malca na mojem kolanie (jako na hypomochlion), najbardziej wypukłą częścią łuku naciskałem silnie póty, póki kości nie trzasły. Wtedy skuteczniejszy zupełne złamanie, z łatwością nastawiłem kości i nałożyłem opatrunek gipsowy.

Z dalszego przebiegu choroby zasługuje jedynie na uwagę ta okoliczność, że ból jeszcze tego samego dnia ustał całkowicie i chłopca, który przedtem mazał się i płakał, nawet gdy go nie badano, zastałem wieczorem wesołego. Odczynu gorączkowego nie było żadnego. W trzy tygodnie opatrunek zdjęto i chory zdrów wyszedł ze szpitala.

Rozpoznanie moje nie byłoby ani tak łatwe, ani tak pewne, gdyby objawy nie były tak klasycznie wybitne, a jednocześnie gdyby mi nie tkwił w pamięci przypadek nadłamania z kliniki profesora Kosińskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus. W przypadku tym nie był rozpoznany rodzaj złamania za życia; dopiero po odjęciu kończyny lewej, z powodu objawów grożących życiu chorego, przy badaniu przedramienia znalazłem nadłamanie obu kości. Okaz ten znajduje się w mojem posiadaniu i z niego podaję następujący opis.

Długość kości łokciowej — od najwyższego punktu wyrostka łokciowego do końca wyrostka rylcowego — wynosi 21 cent. Nadłamanie znajduje się w odległości $4\frac{1}{4}$ cent. od powierzchni stawowej dolnej na kości łokciowej, i nieco wyżej — bo $5\frac{1}{4}$ cent. — na kości promieniowej. Na powierzchni zgiętej¹⁾ tej ostatniej kości kora kostna pękła zupełnie równo bez żadnych zazębień i to w linii prostopadłej do podłużnej osi kości, a przytem w ten sposób, że brzeg górny dachówkowato pokrywa brzeg dolny, który na parę milimetrów wsunięty jest pod górny. Koniec łokciowy tego poprzecznego pęknięcia przechodzi pod kątem prostym w szczelinę (*fissura*) podłużną, 1 cent. długą, równoległą do osi kości i przebiegającą po samej krawędzi kości promieniowej (*crista interossea*). Na powierzchni wyprostnej kości tylko co wymienionej znajdujemy tylko wgniecenie, idące w poprzek kości bez żadnych szczelin podłużnych i rozdziału kory kostnej na oddzielne włókna. Wreszcie, na brzegu promieniowym tejże kości kora jest połupana na oddzielne podłużne włókna kostne, które atoli nigdzie nie popękały w poprzek. Wreszcie cały odłamek dolny kości promieniowej jest przemieszczony w kierunku powierzchni wyprostnej.

Na kości łokciowej znajdujemy stan wręcz odwrotny. Kora kostna jest nienaruszoną na powierzchni zgiętej, nadłamanie zaś znajduje się na stronie wy-

¹⁾ Aby uniknąć nieporozumienia nadmieniam, że powierzchnią zgiętą nazywam tę stronę przedramienia, gdzie znajdują się mięśnie zginacze palców; odpowiada ona Hirszfeldowskiej powierzchni przedniej; przeciwległą jej powierzchnię nazywam wyprostną; u Hirszfelda tylną; wreszcie brzeg łokciowy przedramienia, według Hirszfelda wewnętrzny, i promieniowy — zewnętrzny. To samo należy rozumieć o oddzielnych kościach.

prostnej, a mianowicie począwszy od krawędzi międzykostnej (*crista interossea Henle.*) aż do brzegu przeciwległego przebiega w poprzek kości wgniecenie, karb, w którym kora kostna połupała się na oddzielne włókna, rozmaitej szerokości. Niektóre z nich niewytrzymały siły i popękały w poprzek. Nadto istnieje tu jedna bardzo długa, bo $4\frac{1}{2}$ cent. licząca szczelina podłużna, przebiegająca od wgniecenia w górę ku stawowi łokciowemu.

I tu również odłamek dolny kości łokciowej odgięty jest w kierunku powierzchni wyprostnej.

Łaskawości prosektora D-ra P r z e w o s k i e g o zawdzięczam okaz, znajdujący się w zbiorze anatomo-patologicznym uniwersyteckim, przechowujący się w wysoku. Okaz ten pochodzi od 40-letniej kobiety, zmarłej z innej przyczyny, u której nadłamanie obu kości przedramienia prawego znaleziono w sposób przypadkowy. Złożywszy obie kości przedramienia ze sobą, widzimy, że normalna lekka wypukłość przedramienia w kierunku powierzchni wyprostnej jest tu znacznie powiększoną. Siła parła obie kości w stronę powierzchni tylko co wymienionej, tak, że pękła ich kora na powierzchni wyprostnej, lecz na różnych wysokościach, inaczej zatem niż w przypadku poprzedzającym. Nadłamania przedstawiają się w sposób następujący. Długość kości promieniowej — od powierzchni stawowej główki do środka powierzchni stawowej dolnej — wynosi 17 cent.; nadłamanie oddalone jest od powierzchni stawowej górnej o 7 cent.. Linija nadłamania kości promieniowej znajduje się na powierzchni wyprostnej i na brzegu promieniowym, ani na żdźbło nie przechodząc na powierzchnię zgięcia; linija ta przebiega w poprzek i podobną jest do bardzo rozciągniętego W. Kość daje się łatwo przegiąć jeszcze bardziej w kierunku powierzchni zgiętej, a posunąwszy za pewną granicę ten ruch gięcia, łatwo możnaby kość złamać zupełnie, gdyż obie części trzymają się siebie tylko za pomocą kory powierzchni zgięcia. Odcinki kości przy wyprostowaniu w kierunku wyprostnym odskakują od siebie jak sprężyna; to nam objaśnia zjawisko, dlaczego przy nadłamaniach nieraz nastawienie nie udaje się zupełnie. Szczelina nadłamania między odławkami w najszerszym miejscu ledwie wynosi kilka milimetrów. W odległości 3 cent. od powierzchni stawowej końca dolnego kości promieniowej na stronie zgięcia, znajduje się wgniecenie, wkarbienie bardzo nieznaczne; na przeciwległej powierzchni tejże kości kora kostna zupełnie nienaruszona.

Długość kości łokciowej wynosi $19\frac{1}{4}$ cent.. Linija nadłamania ma kształt podkowy, której oba ramiona zwrócone są ku łokciowi, a wypukłość ku ręce, odległość jej od powierzchni stawowej dolnej wynosi 4 cent.. Szczelina powstała jest bardzo znaczną, obie części kości słabo trzymają się siebie na wązkim pasku kory. Brzeg górny szczeliny jest nieprawidłowo zębiasty, bez podłużnych atoli nadłupań; brzeg zaś dolny szczeliny posiada na krawędzi promieniowej jedną szparę podłużną, długości 1 cent.. Brzeg łokciowy kości, o której mowa, przedstawia popękanie bardzo nieprawidłowe, i przypomina zupełnie sposób łamania się kija dość sprężystego, np. leszczynowego.

Nadłamania kości, aczkolwiek o nich nie znajdujemy w podręcznikach chirurgii żadnych, lub króciutkie wiadomości, zajmowały wielu pisarzy. Byli tacy, co niewierzyli w ich możebność. Dały one pochop do licznych doświadczeń na trupach

ludzi (Thore, Salmon, Malgaigne, Gurlt) i na zwierzętach (Haller, Detlef, Meding, Thore, Duhamel, Trujaini), rezultaty których znakomicie przyczyniły się do poznania właściwości tego zjawiska patologicznego. Pierwsze pewne spostrzeżenie nadłamania podał Bonn 1873¹⁾, chociaż Malgaigne przytacza przed nim 2 inne przypadki; te atoli nieodnoszą się do kategorii nadłamań: kością nadłamaną było udo dorosłego i mocnego mężczyzny, zgięte ku tyłowi, na powierzchni tylnej widać było ślady pęknięcia, zgrubienia i nierówności, powierzchnia przednia pozostała prawie nienaruszoną. Następnie Thierry widział 2 przypadki, pierwszy dotyczył chłopca 10-letniego, który spadł z konia na rękę. Thierry znalazł bardzo silne wgłębienie na powierzchni tylnej (wyprostnej) przedramienia, a odpowiednią wypukłość z przodu, tak, że przedramię tworzyło łuk; pomimo takiej zmiany kształtu nie było ani ruchomości odłamków, ani trzeszczenia. Właściwie atoli dopiero Jurine z Genewy zwrócił bliższą uwagę na te zjawiska i podał ich opis. Zdaniem jego nadłamanie najczęściej zdarza się u osobników młodych, zołzowatych. Najciekawszą wszelako jest okoliczność, na którą on pierwszy zwrócił uwagę, a która typowo potwierdziła się w moim przypadku, mianowicie trudność nastawienia. „Gdy po raz pierwszy byłem wezwany do nadłamania przedramienia silnie wyciągałem kości, naciskając mocno na kąt wystający; w ten sposób udało mi się znacznie zmniejszyć stopień wygięcia, lecz nie zdołałem sprowadzić kości do kierunku prawidłowego“.

Z czasem mnożą się spostrzeżenia, przybývają doświadczenia na trupach i cała rzecz wybornie przedstawiona jest w klasycznym dziele Gurlt'a o złamaniach²⁾. Kapitalne to dzieło jest streszczeniem masy faktów, pracowicie wyszperanych i według niego przytaczamy następujące uogólnienia. Nadłamania zdarzają się niesłychanie rzadko u ludzi dorosłych; przeważna większość spostrzeżeń dotyczy wieku dziecięcego. Z pomiędzy kości długich ogromna większość spostrzeżeń odnosi się do kości przedramienia; na innych kościach nadłamanie zdarza się nadzwyczaj rzadko, jak na kościach goleni, uda i ramienia; cokolwiek częściej na obojczyku i żebrach. Co się tyczy nadłamań przedramienia, to albo nadłamują się obie kości jednocześnie, lub tylko jedna; najczęściej nadłamują się kości w $\frac{1}{3}$ średniej lub dolnej, rzadziej powyżej środka przedramienia. Wypukła strona wygięcia, które niekiedy dochodzi do kąta prostego, zwrócona jest w większości przypadków ku powierzchni zgięcia; czasami bywa odwrotnie jak to świadczy nam przypadek drugi.

Co się tyczy etjologii, nie mówiąc już o krzywicy, przy której zgięcia i nadłamania należą do rzeczy najzwyczajniejszych, główna przyczyna usposabiająca spoczywa w wieku młodocianym, w którym kości odznaczają się odrębnymi własnościami fizycznymi. Godnym uwagi jest fakt, że nie wszystkie lata dziecięce cechują się jednostajnym usposobieniem; z pomiędzy znanych spo-

1) „Malgaigne“, znane dzieło o złamaniach, z którego czerpię powyższe szczegóły.

2) Handbuch der Lehre von der Knochenbrüchen. 1862.

strzeżeń ani jednego nadłamania nie obserwowano przed upływem 1-go roku życia i żadnego po 14-tym roku, *maximum* przypada na lata 7—8, większość zaś faktów tego rodzaju zawiera się między 3—10 rokiem. Spostrzeżenie kliniczne wykazuje, zupełnie zgodnie z doświadczeniami na trupach, że w najwcześniejszym okresie życia, niekiedy za lada powodem bez porównania łatwiej powstaje złamanie jak nadłamanie.

Przyczyna wywołująca to ostatnie bywa po największej części *causa indirecta*, jak upadnięcie na rękę z impetem, z konia i t. p., daleko rzadziej przyczyna bywa bezpośrednią (*causa directa*), jak to było w drugim naszym przypadku.

Właściwie o objawach mówić nie potrzebuję, byłoby to bowiem powtórzeniem wyżej powiedzianego; w samej rzeczy spostrzeżenie opisane przy początku niniejszego artykułu zawiera wszystkie klasyczne objawy nadłamania.

Kość pod wpływem siły pęka, jak pręt wierzbowy ¹⁾: na stronie wypukłej wygięcia kora kostna pęka równo w poprzek jak łożyna, lub czasami w zęby i włókna, jak laska leszczynowa, gdy tymczasem na stronie wklęsłej kora pozostaje albo tylko wgięta, albo też oprócz tego, łupie się na oddzielne włókna. Najważniejszym objawem przy rozpoznaniu choroby jest zmiana kształtu członka; objawu tego może atoli brakować, jak to zdarzyło się w drugim przypadku naszym, gdzie zgięcie kości było nieznaczne, a za życia przez części miękkie zupełnie zamaskowane. Od zupełnego złamania odróżnia się nadłamanie brakiem trzeszczenia (*crepitatio*) i brakiem swobodnej anormalnej ruchomości odłamków. W razie gdy się wykluczyło złamanie zupełne, dla ścisłego rozpoznania należy jeszcze zastanowić się, czy nie ma prostego zgięcia kości bez nadłamania; wątpliwość w pewnych razach rozstrzygają istniejące pewne, choć nieobszerne, ruchy anormalne w punkcie przypuszczalnego nadłamania. Jeśli kąt zgięcia można do pewnego stopnia powiększyć lub zmniejszyć, mamy przed sobą nadłamanie. Czasami, jak to naprzykład spotrzegamy w pierwszym przypadku, części członka nadłamanego, zbliżone do siebie i puszczone, jak sprężyna wracają do swego anormalnego położenia, z jakiegośmy je naginając wyprowadzili. To samo doświadczenie powtórzyć można na preparacie z gabinetu anatomicznego. Zdarzyć się wszelako może, iż nie ma żadnej ruchomości, a mimo to istnieje nadłamanie; będzie to wtedy, gdy kości pękły na bardzo nieznacznej przestrzeni, gdy większa część kory kostnej, choć potrząskana, łączy mocno oba odłamki, lub gdy w razie nawet obszerniejszego nadłamania, powierzchnie odcinków są zębiaste i swemi włóknami są jeden w drugi wbite. Nakoniec jednym z bardzo charakterystycznych zjawisk jest niemożność nastawienia, lub trudność odprowadzania, o jakiej wspomina wielu piszących o tym przedmiocie.

W końcu na możliwy zarzut, że poruszam w czasopiśmie tak suchy przedmiot, odpowiedzieć muszę, że głównie skłoniło mnie do tego żywo stojące mi w pamięci spostrzeżenie. Rozejrzenie się bliższe w literaturze przekonało

¹⁾ Volkmann. Choroby kości w: Handbuch der Chirurgie von Billroth und Pitha, str. 365. GAZ. LEK. NR. 42.

mnie następnie, że przypadki nadłamania nie są wcale częste, a porządnie opisane jeszcze rzadsze. Taki szperacz jak Gurlt zebrał (1862 r.) wszystkiego 60 spostrzeżeń, których większa część nie odznacza się nadzwyczajną ścisłością. Przekonać się o tem można ze spostrzeżeń, jakie podaje Malgaigne. To też uogólnienia o nadłamaniach opierają się przeważnie, w braku liczniejszych spostrzeżeń klinicznych, na doświadczeniach. Sądząc z tego, z jaką łatwością powstają nadłamania na kościach trupów dziecięcych, należy dziwić się, że kliniczne spostrzeżenia tego rodzaju złamań są tak rzadkie. Autorowie, często cytowani w tym artykule, mniemają, że to pochodzi ztąd, iż nadłamania niezawsze bywa rozpoznaniem.

II. SPOSTRZEŻENIA NAD CHOROBAMI TYFUSOWEMI,

leczonemi w lazarecie wojskowym w Pultusku.

Podał D-r **Wojciech Pawłowski.**

(Dokończenie. — Patrz Nr. 41).

Przebieg choroby. Choroba często rozpoczynała się dreszczykami lub dreszczami, które niekiedy powtarzały się, tak że chorobę można było z początku przyjąć za zimnicę, chociaż prędkie osłabienie, wzmagające się ogólne niedomaganie i ciągle wznosząca się ciepłota już na 3-ci lub 4-ty dzień niedopuszczała podobnej pomyłki. Pomimo tego, że miałem sposobność kilkakrotnie wymierzać ciepłotę ze wszelką dokładnością już od drugiego dnia choroby, nigdy jednakże nie zauważyłem raptownego wznoszenia się ciepłoty. Przeciwnie, ciepłota codzien podnosiła się o $0,5^{\circ}$ — $0,1^{\circ}$ C., przyczem rano zawsze była niższa niż wieczorem, dopóki 4-go lub 5-go dnia nie doszła do *maximum*; potem na jednej mniej więcej wysokości trzymała się 8—10—12 dni, i wtenczas albo zjawiało przedkrytyczne obniżenie rano, a na drugi lub trzeci dzień stały spadek ciepłoty, co odbywało się w przeciągu 12—48 godzin, lub też, co rzadziej, ciepłota spadała *per lysin*.

Trzy razy ciepłota przenosiła 41° C. w 5-ym, 7-mym i 11-ym dniu choroby; dwóch z tych chorych umarło, wśród bystro postępującego upadku sił (*collapsus*) Wogóle częste były formy gwałtówne: przy wysokiej gorączce, obfitej petociowej wysypce i silnem bredzeniu następował szybko spadek ciepłoty z tak wielkiem osłabieniem serca i systemu nerwowego, że chorzy przedstawiali często w kilka godzin zupełnie inny wygląd. Tak 7 razy widziałem, że po silnej gorączce wieczorem i niespokojnie spędzonej nocy, chorzy nieco się pocili, ciepłota opadała o $0,5^{\circ}$ — $1,5^{\circ}$ C., lecz tętno z pełnego stawało się nitkowatem, chorzy nie byli w stanie zrobić najmniejszego poruszenia, pokazać języka, lub połknąć własnego im do ust lekarstwa. W większej połowie przypadków ciepłota wieczorem dochodziła do $40,5^{\circ}$ C. i wyżej, rano zaś zawsze była o $0,5^{\circ}$ — 1° C. niższą. U 30 chorych gorączka była silną i dochodziła stale rano do 40° C., a wieczorem wyżej, u 26 była ona średnia, a u 11 słaba.

Gorączka ciągnęła się od 8 do 19 dni, a mianowicie 10 razy 8—10 dni 36 razy 10—14 dni i 21 razy dłużej nad 2 tygodnie. Obniżenie ciepłoty do 37,5° C. wystąpiło dwa razy rano, 7 i 8-go dnia, poczem gorączka trwała 3—5 dni, wzniosłszy się wieczorem od razu do 40° C. i opadając w końcu od razu do normy. Dwa razy (3 %) wystąpiła recydywa po 10 dniowej przerwie i trwała 6 do 10 dni, bez powtórnej jednakże wysypki, a przynajmniej nie tak obfitej jak zwykle bywa w tyfusie wysypkowym.

Tętno podczas trwania gorączki było częste, 100—120, lecz mocne i pełne i tylko przy gwałtownym spadku ciepłoty dochodziło do 140 i wyżej, było słabe, nitkowate, a często nawet wyczuć się nie dawało.

Prawie u wszystkich chorych występowało silne majaczenie, niekiedy bardzo niespokojne, tak, że potrzeba było chorych bezustannie pilnować, gdyż w przeciwnym razie wstawali z łóżka i chcieli wychodzić z pokoju lub wyskakiwać oknem. Majaczenie to utrzymywało się nie tylko przy wysokiej gorączce, ale nawet i po opadnięciu ciepłoty do normy przez parę dni, a czasami nawet po całym tygodniu i więcej chorzy przedstawiali znaczne otepienie umysłowe.

Wysypka występowała pomiędzy 4-tym a 7-mym dniem choroby i zwykle im wcześniej się pokazywała, tem była obfitszą, pokrywała nie tylko tułów, lecz także kończyny i twarz, a także przyjmowała charakter petoci. Mianowicie petocie wystąpiły 15 razy (22, 4%); z tych chorych zmarło 5, u innych zaś po ustaniu gorączki wysypka znikala bardzo powoli przy obfitem złuszczeniu naskórka. W przypadkach zakończonych śmiercią, petocie były tak obfite, że całe ciało było sine i ciemne, szczególnie twarz, łącznica zaś wskutek zastojów krwi była znacznie nastrzyknięta, a czasami nawet powstawało zapalenie łącznic.

W płucach prawie zawsze były objawy zapalenia nieżyłowego oskrzeli, a przy końcu niekiedy zapalenie płuc opadowe.

W narzędzia trawienia zmiany były niezbyt znaczne: język był zawsze mocno obłożony, najczęściej pokryty twardą ciemną korą (*fuligo*), która opadając, dawała powód do nieznacznych krwotoków. Często występowało zaparcie stolca, przeciw czemu zwykle używałem lewatywy z zimnej wody; biegunka zaś występowała wyjątkowo — i to najczęściej po ustaniu gorączki. Śledziona była zawsze powiększona. Powikłania występowały bardzo często, bo 40 razy, t. j. 59,6%: i tak, krwotok z nosa znaczny 3 razy, biegunka podczas zdrowienia 7 razy, zapalenie ślinianek przyusznych ze zropieniem 3 razy, odleżyny na krzyżu 4 razy, na łopatkach raz, głuchota z zapaleniem ropnem ucha wewnętrznego 4 razy, zapalenie płuc opadowe 5 razy, zapalenie nerek raz, świerzba raz, zapalenie rogówki raz. Wreszcie u trzech chorych wystąpiło w okresie zdrowienia bicie serca (140—160 bez gorączki) z nieznacznym szmerem anemicznym przy wierzchołku serca, co dopiero po paru tygodniach przy podawaniu naparu naparstnicy i pożywnej diety ustąpiło. Jeden z tych chorych zemdlął kilka razy i tylko energicznemu ratunkowi felczera (sztuczne oddechanie) zawdzięczać należy wyratowanie go od śmierci.

Śmierć nastąpiła w ciągu 2-go tygodnia wskutek porażenia serca, przy objawach upadku sił (*collapsus*), po silnej gorączce 3 razy. Wszyscy ci chorzy do-

tknięci byli wysoką gorączką, obfitą petociową wysypką i doświadczali gwałtownych zmian w ciepłocie i tętnie, jak to wspominałem wyżej, a jeden z nich był nałogowym pijakiem. W trzecim tygodniu zmarło 2 przy objawach upadku sił przy ciepłocie subnormalnej. Wreszcie 3 chorych zmarło wskutek powikłań. Jeden mianowicie zmarł wskutek wycieńczenia po przewlekłej biegunce, która przyłączyła się w 10 dni po ustaniu dosyć wysokiej gorączki, trwającej 14 dni; biegunka pomimo starannego leczenia nie ustępowała i chory, sam bardzo wątłej budowy ciała, zmarł w 60-tym dniu choroby.

Drugi chory po 12-to dniowej wysokiej gorączce, był już w okresie zdrowienia: jadł, chodził sam do wychodka, gdy nagle 30 dnia choroby po małych dreszczykach, w nocy, przy nieznacznej gorączce (38,5° C.), wystąpił silny ból głowy, brak apetytu, apatyja, osłabienie, a w trzy dni coraz większe utrudnienie mowy, tak, że 34 dnia choroby, chory zaledwie mógł wymówić parę słów jak, „głowa boli“, „nie mogę“ nie będąc w stanie wymówić swego imienia i nazwiska. Przytem lewa źrenica była nieco rozszerzona, skrzywienia twarzy i zбочenia języka przy wysuwaniu, ani porażenia kończyn nie było. Tętno 90, słabe, wymiotów nie było. Przez następne 5 dni ciepłota była 37,5'—38,8° C., mowa była wciąż trudna, chociaż chory czasem był w stanie wymówić parę słów, jednakże niezrozumiale. Chory zmarł 39 dnia choroby. Sekcja z powodu mojego wyjazdu robiona nie była; sądząc z objawów przy życiu mieliśmy prawdopodobnie do czynienia z zakrzepem żył w zawojach dolnej powierzchni zrazu czołowego lewej półkuli mózgu w okolicy wyspy Reil'a.

Wreszcie trzeci chory zmarł wskutek róży twarzy, która przyłączyła się po ustaniu bardzo wysokiej gorączki, kiedy chory był bardzo osłabiony. Przypadek ten, jako ciekawy pod względem przebiegu choroby, podaję tu obszerniej opisany:

Franciszek Niedubski, lat 22, rodem z gubernii Łomżyńskiej, przybył do lazaretu 15 Maja 1881 r., w 4-tym dniu choroby, z silną gorączką, (6 dnia ciepłota doszła do 41,1° C.). obfitą petociową wysypką, skarżąc się na bóle głowy, dreszcze, bóle w kończynach i krzyżu. Przy badaniu znaleziono ciepłotę 40,2° C. tętno 120, pełne, język obłożony, w płucach suche i wilgotne rżenia, śledzionę powiększoną. Chory z początku nie bredził i dopiero 7 dnia choroby zaczął być niespokojny. Nagle, 20 Maja, 9-go dnia choroby z rana wystąpiło wyczerpanie sił po bardzo niespokojnej nocy, a ciepłota spadła z 40,6° C. na 39,3° C. Oddech był trudny, powierzchowny i charczący, tętno 130, nitkowate, podczas wydechania wyczuć się nie dające, na pytania chory wcale odpowiadać nie mógł, oczy miał zamknięte, usta w pół otwarte, połknąć wlanego do ust lekarstwa (wina), ani poruszyć się nie był w stanie. Po zastrzyknięciu trzech szprycek *P r a w a t z' a* eteru pod skórę chory zaczął głębiej oddechać, a tętno nieco się wzmocniło. Wieczorem ciepłota 39° C., tętno 130, bardzo słabe, chory dosyć spokojny patrzy dokoła siebie, porusza się w łóżku, 21 Maja ciepłota 37,5° C., chory bredzi, tętno 142, słabe, chory oddaje mocz i stolec pod siebie. Wieczorem ciepłota 39° C., tętno 120, nieco pełniejsze. Chory wysuwa język, polyka wino i rosół, odpowiada chociaż niezrozumiale na pytania. 22 Maja ciepłota 38° C. tętno 130, lepsze, chory ciągle kaszle, w płucach drobnopecherzykowe obfite rżenia,

na krzyżu pokazuje się odleżyna. Wieczorem ciepłota 38° C., 23 Maja ciepłota 73° C., tętno 120, dosyć pełne i mocne, chory odpowiada zrozumiale na pytania, pije wino i rosół, podnosi się na stolec; wysypka blednieje i zaczyna znikać. Wieczorem ciepłota 38,5° C. 24 Maja chory spał spokojnie, ciepłota 38° C., tętno lepsze, kaszel mniejszy. Do tego dnia 2 razy dziennie zastrzykiwano podskórnie po 2 spryki eteru. Teraz przepisano po 4 uncyje wina (Xeres). Wieczorem ciepłota 38° C. 25 Maja ciepłota 30° C., stan lepszy. W południe dreszcze, wieczorem ciepłota 40° C. 26 Maja rano tętno 39. Na nosie zaczerwienienie, ciepłota wieczorem 40° C. czerwoność przyjmuje charakter róży i przechodzi na lewy policzek. Tętno 130 słabe, chory znów zaczyna bredzić. 27 Maja rano ciepłota 39,5° C. Róża zajmuje cały lewy policzek, tętno 130, biegunka, wielkie pragnienie. Wieczorem ciepłota 40,2° C., a w nocy chory zmarł. Sekcyja, z powodu wielkiej zaraźliwości choroby, robioną nie była. Chory ten po silnej gorączce i upadku sił, prawie że konaniu, był już na drodze do wyzdrowienia, gdyby nie róża twarzy, która dobiła i tak już bardzo osłabionego chorego.

Długość leczenia. Chorzy przybywali do szpitala zwykle w pierwszym tygodniu choroby, przebywali w nim najdłużej 160 dni, najkrócej 12 dni, średnio jeden chory był w szpitalu 32 dni. W ogóle chorzy nadzwyczaj wolno przychodzili do zdrowia i wypisywali się na własną prośbę, nie zupełnie zdrowi, a wielu z nich (12=20,7%) zostało uwolnionych ze służby na rok dla poprawienia zdrowia.

Leczenie w łagodnych przypadkach było wyczekujące i ograniczało się na podawaniu kwaskowatego napoju (jak w tyfusie brzuszynym), przy wysokiej ciepłocie podawano chininę 10—20 gran nad wieczorem, poczem ciepłota obniżała się o 0,5—1,0° C. W 6 przypadkach podawałem kwas salicylowy (1—2 drachm), przyczem znacznego obniżenia niezauważyłem, a objawy mózgowie zdawały się nawet powiększać, co nie zgadza się ze spostrzeżeniami Hampele na ¹⁾, który jednakże pomimo zachwalania kwasu salicylowego nie bardzo świetne rezultaty otrzymał (14% śmierci). Raz zastosowałem kąpiele zimne, po których ciepłota obniżała się z 40° C. do 38—38,5° C., chory znacznie się uspokajał, lecz siły i tętno coraz bardziej upadały, tak, że chory po dwóch dniach zmarł. Przy osłabieniu tętna podawałem wino i koniak (Ξj—Ξiv), a gdy chorzy nie mogli połykać, zastrzykiwałem eter podskórnie w ilości 1—3 szprycek P r a w a t z ' a, co zwykle utrzymywało chorych kilka dni dłużej przy życiu, a jednego nawet udało mi się w ten sposób uchronić od śmierci. W okresie zdrowienia oprócz mleka i mięsa podawano wódkę, jaja na miękko, odwar kory chinowej żelaza i t. d.

Powietrze podczas lata odświeżane było przez ciągle otwarcie okien, a w zimie przez bezustanne prawie palenie w piecach, otwieranie na cały prawie dzień górnych szyb i otworów w piecach (wentylatorów). Na korytarzach rozstawione były naczynia z roztworem chlorku wapnia, a wychodki były zalewane kwasem karbolowym i często oczyszczane.

1) Ueber Flecktyphus. Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. XXVI.

3. Tyfus powrotny.

Epidemia tyfusu powrotnego (22 przypadki) rozpoczęła się w początku Października 1880 r.; 9-go tego miesiąca przybył do lazaretu, jeden z 2-iej rot, a 10-go 2 z tejże rot, która to rota kwaterowała w wyżej wspomnianym domu. Zkąd epidemia przyniesioną była trudno orzec; być może, że z Warszawy, lub co prędzej z Brześcia Litewskiego przyniósł ją jaki żołnierz. Epidemia rozpoczęła się wkrótce po powrocie 4-ego batalijonu z Brześcia, a jeden z pierwszych chorych niedawno właśnie powrócił z tamąd; czy jednakże panował w Brześciu podczas lata tyfus powrotny — wiadomości żadnych nie posiadam.

Do końca Października zachorowało jeszcze 5 żołnierzy, w Listopadzie 4, w Grudniu 7, a w Styczniu 1881 r. 3, poczem chorzy z tyfusem powrotnym nie przybywali, za to rozszerzyła się w tych samych koszarach i w lazarecie epidemia tyfusu wysypkowego, o czem pisałem powyżej.

Z liczby 22 chorych 17 pochodziło z koszar położonych w części miasta zwanej „Na fabrykach“, najniżej położonej, niebrukowanej, błotnistej i trudnej do przejścia podczas jesiennych i wiosennych roztopów.

Przebieg choroby. Wszystkie przypadki rozpoczynały się dreszczami, po których następował ból głowy i kończyn; ból występował przeważnie w łydkach, chociaż tylko w 4 przypadkach chorzy do tego stopnia skarżyli się na te bóle, że ten objaw dominował nad innymi. Raz ból był umiejscowiony w prawym boku, w kończynach zaś był nieznaczny. Prócz tego w początku choroby często występowały wymioty. Dreszcze powtarzały się i przy następnych napadach, chociaż nie tak stale jak przy początku choroby. Takich powrotnych, a częściej trzecich napadów bez dreszczy zauważyłem 8. Ciężota wznosiła się po dreszczach od razu do 40° C. i wyżej i podczas napadu wynosiła 39°—40,7° C., zawsze o $\frac{1}{2}$ —1° C. wyższa wieczorem niż rano.

Napadów było najmniej jeden, najczęściej trzy — mianowicie po jednym napadzie było u 4 chorych, po dwa u 10 chorych i po trzy u 8 chorych. Pierwszy napad bywał zwykle najdłuższy i trwał 5—9 dni, przecięciowo 6,3 dni, drugi trwał 8—6 dni, przecięciowo 4,2 dni; wreszcie trzeci 3—5 dni, przecięciowo 3,7 dni. Przystanki między napadami odwrotnie były coraz dłuższe: pierwszy trwał 4—10 dni, przecięciowo 7,7 dni, drugi zaś 7—11 dni, przecięciowo 9,1 dni.

Każdy napad kończył się niezmiernie obfitemi potami, przy czem chorzy leżeli jakby skąpani w wodzie, tak, że nie tylko koszula ale i pościel chorych była mokra. Poty niewielkie bywały i podczas napadów i skóra chorych nigdy nie była tak sucha jak w tyfusie brzuszny; większe poty występowały i podczas spadków ciężoty t. zw. przedkrytycznych, których ja zauważyłem 3, nigdy nie dochodziły jednak do takiej siły, jak podczas przełomu. Ciężota spadała zwykle w przeciągu 12—24 godzin.

Ważnem jest zachowanie się ciężoty w przestankach, po którym według *M o c z u t k o w s k i e g o* ¹⁾ można przepowiadać, czy napad jeszcze nastąpi.

²⁾ Wracz Nr. 19. 1880.

Według tego badacza, jeżeli ciepłota wznosi się w pierwszych czterech dniach o $1,5^{\circ}$ — 2° C., to napad będzie z pewnością, jeżeli ciepłota wznosi się nieznacznie, lub bardzo nieregularnie, to nie można przepowiedzieć ani następnego napadu ani końca choroby, jeżeli zaś ciepłota, zamiast wznosić się stale, opada w pierwszych dniach przestanku, to napadu z pewnością nie będzie. W moich przypadkach pomimo starannego wymierzania ciepłoty rano i wieczorem w jednych mniej więcej godzinach ciepłota ciała w przestankach wynosiła zwykle 36° — 37° C. wznosząc się lub opadając nieregularnie, czyli że przepowiadać po takim przebiegu ciepłoty nic pewnego nie można było. Tylko w 4 przypadkach ciepłota wzniosła się od 36° — 38° C. i napad nastąpił, chociaż z drugiej strony 2 razy po takim wzniesieniu się ciepłoty, pomimo długiego trzymania chorych w lazarecie, (20 dni) napadu doczekać się nie mogłem. Prawidłowego zaś opadania ciepłoty w przestankach, jako oznaki końca choroby, nie widziałem. Być może, że moich spostrzeżeń za mało, by zbijać wnioski tak poważnego znawcy tyfusu powrotnego jak M u c z u t k o w s k i, jednakże podać je uważam za obowiązek.

W przestankach chorzy czuli się stosunkowo bardzo dobrze, jedli z apetytem i prosili by ich wypisać, co też zrobiłem z dwoma pierwszymi chorymi, nie będąc pewnym, z jaką chorobą mam do czynienia.

Z m i a n y w n a r z ą d a c h u s t r o j u. Najwięcej zasługują na uwagę zmiany w narządzie trawienia: śledziona była zawsze znacznie powiększona, i zmniejszała się w przestankach, nigdy jednak do wymiarów prawidłowych; wątroba była również nieco powiększona i jak śledziona czuła na ucisk. Język był obłożony, lecz zawsze wilgotny, brzuch nieco wzdęty, brak apetytu, pragnienie. Wymioty widziałem u 5 chorych, czyli prawie u piątej części chorych, jak i D u n i n ¹⁾; rozwolnienie w 3 przypadkach, a zaparcie stolca 2 razy. Ze zmian w organach oddechania i krążenia u niektórych chorych widziałem nieżyt oskrzeli, i osłabienie tonów serca i tętna, dwa razy widziałem krwotok z nosa i raz wyprysk wargowy (*herpes*) na wysokości napadu. Ze strony mózgu zwykle nie było żadnych objawów, oprócz bólu głowy, chociaż u jednego chorego słabej budowy ciała, który w początku pierwszego napadu zemdlął, widziałem bredzenie, trwające jeden dzień.

Ciężkiej formy, tak zwanego tyfusu żółciowego, niepostrzegalem wcale, chociaż widziałem raz żółtaczkę, która przyłączyła się w końcu pierwszego napadu, po dwudniowym zaparciu stolca, lecz w pierwszym przestanku po 5 dniach trwania ustąpiła. Przypadek ten, prócz żółtego zabarwienia skóry i błon śluzowych, niczem nie różnił się od innych, dlatego też dla braku ciężkich objawów mózgowych, jak bredzenie, upadek sił i t. d., nie zaliczam go do tyfusu żółciowego, lecz uważam za proste powikłanie z nieżytem żołądka i dwunastnicy, wskutek czego wystąpiła żółtaczką (*Icterus catarrhalis*).

Z kolei wypadało napisać o badaniu krwi pod drobnowidzem, o spirochaetach i ich zachowaniu się podczas napadów i przestanków, kwestyi nader ważnej w tej chorobie. Niestety jednak, z powodu braku mikroskopu tę najciekawszą kwestyję pominąć muszę milczeniem.

¹⁾ Medycyna Nr. 28 i następnie 1880 r.

Z tego też powodu rozpoznanie choroby zrobić musiałem tylko na zasadzie charakterystycznego przebiegu choroby, krzywizny ciepłoty, przełomów i powrotów choroby i t. d.; wiele też przypadków, ograniczających się na jednym napadzie, prawdopodobnie nie było można uważać za tyfus powrotny, a zaliczono do gorączek kataralnych.

Zaraźliwość tej choroby była stosunkowo nie znaczna (zachorował tylko jeden posługacz szpitalny), nie tak jak w tyfusie wysypkowym, gdzie jeden chory dawał powód do całej epidemii szpitalnej.

Wszyscy chorzy wyzdrowieli i w ogóle mniej byli wyniszczeni niż po tyfusie brzuszny i wysypkowym. Długość leczenia wynosiła najmniej 12 dni, najczęściej 50 dni, przecięciowo 22,3 dni. Żaden chory nie był uwolniony do domu.

Leczenie było najczęściej wyczekujące; leczono tylko ważniejsze objawy, bóle w kończynach, wymioty, rozwolnienie, żółtaczkę i t. d. W okresie zdrowienia podawano leki wzmacniające przy pożywnej dyjecie.

* * *

Wzajemny stosunek form tyfusowych. Twierdzenie Murchison'a, że po powrotnym tyfusie następuje wysypkowy, stwierdza i moje spostrzeżenie, gdyż ostatni chory na tyfus powrotny wstąpił do szpitala 6 Stycznia 1881 r., a pierwszy z wysypkowym tyfusem 4 Stycznia tegoż roku, czyli że jedna epidemia przeszła bezpośrednio w drugą. Tyfus brzuszny trwał podczas epidemii powrotnego bez przerwy, tak, że przez 4 miesiące jej trwania zachorowało na tyfus brzuszny 12 żołnierzy, mniej więcej tyle co i w roku poprzednim i dopiero z nastąpieniem tyfusu wysypkowego, tyfus brzuszny w wojsku wcale się niepokazywał, jakkolwiek w mieście ciągle panował. Jedną przeżyta forma tyfusu nie zabezpiecza człowieka od drugiej. Widziałem 5 żołnierzy, którzy po tyfusie brzuszny w 1—2 lata chorowali na wysypkowy, a 3 po przebyciu powrotnego w 1—2 miesiący chorowali na wysypkowy. Nie widziałem występowania tyfusu brzuszego po wysypkowym, lub powrotnym, chociaż nie utrzymuję, że tyfus wysypkowy znosi skłonność do zarażenia się tyfusem brzuszny lub powrotnym.

III. Sprawozdanie z 7-ego międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie.

Skreślił D-r **T Hering**.

(Dalszy ciąg. — Patrz Nr. 41.)

Oprócz posiedzeń sekcyjnych, w liczbie 15-tu, obejmujących działy: anatomiję, fizyologiję, anatomiję patologiczną, medycynę ogólną, choroby gardła, chirurgiję, akuszeriję, choroby dzieci, choroby umysłowe, choroby oczów, choroby skóry, choroby uszów, dentystykę, higienę publiczną, chirurgiję wojenną i farmakologiję, zapowiedziane były posiedzenia ogólne, w liczbie pięciu, przeznaczone dla odczytów z medycyną ogólną w związku będących, a mianowicie odczyty: Virchow'a, o znaczeniu patologii doświadczalnej, M. Raynaud'a o sceptycyzmie w medycynie, Volkmana'n'a, o najnowszych postępach chirurgii, Billings'a,

o literaturze medycznej i Huxley'a: o związku medycyny z naukami bijologicznymi.

Z odczytów tu wymienionych, odczyty Virchow'a i Huxley'a znane są zapewne Czytelnikom z przekładów, drukowanych niedawno w „Prawdzie“. Odczyty Volkmana i Stillings'a treścią swoją nie kwalifikują się do pobieżnego streszczenia, jakkolwiek ostatni ze względu na swą piękną formę i ciekawe statystyczne dane, na wszelką zasługuje uwagę.

Mowa Volkmana ukazuje się zapewne niezadługo w specjalnych, chirurgii poświęconych pismach *in extenso*, do nich więc ciekawego Czytelnika odsyłam. O odczycie Raynau'd żadnej dotąd w pismach niemieckich nie znalazłem wzmianki, co według sprawozdawcy „Revue médicale“ tem się tłumaczy, że nikt z Niemców na posiedzenie nie przybył, że zatem miało ono cechę: *d'une séance de famille*. Wiadomo zapewne Sz. Kollegom o bolesnej stracie, jaką medycyna francuzka w osobie Raynau'd'a poniosła. W sile wieku padł on ofiarą choroby serca, na kilka miesięcy przed otwarciem kongresu. Pracę jego, przygotowaną na kongres, odczytał przyjaciel zmarłego, M. Feréol, poświęciwszy pamięci autora słowa uznania, na które zasłużył zarówno pracą jak i talentem. „Dziwnym, powiada R., a może zbyt śmiałym wyda się Szanownym Panom mój zamiar, rozbierania przed Wami kwestyi skeptycyzmu w medycynie. Lecz ponieważ Wy sami, przedstawiciele świata uczonego, jesteście żywym protestem przeciwko skeptycyzmowi, winniście więc posiadać dosyć wiary w siebie aby śmiało spojrzeć mu w oczy“. Mówca odróżnia skeptycyzm lekarski od skeptycyzmu filozoficznego; pierwszy przejawia się w kilku odrębnych formach, szuka więc jego przyczyn, jego początku. Przyczyna pierwsza, zdaniem mówcy, tkwi we właściwości umysłu ludzkiego, znajdujemy go więc w każdym niemal okresie dziejów ludzkości. Molière, gdy sztydził z lekarzy swojego wieku, nie zmyślał, nie wynajdywał sobie typów. Był on tylko wiernym tłumaczem myśli współczesnych. Wieluż to poprzedzało go na tej drodze! Aristophanes czyż nie przezywa starych lekarzy kakophagami? A pani de Sévigné czyliż nie stara się ona okryć stan nasz śmiesznością? Pani ta jednak leczyla, siebie, dzieci swe i przyjaciół, środkami najbardziej bezsensownymi, ale zato nie wspólnego z medycyną nie mającemi.

Drugą przyczynę skeptycyzmu widzi mówca w samych lekarzach. „Jesteśmy pierwsi i najzarliwsi do krytykowania naszego zawodu. Zaiste nigdy ani filozofowie, ani autorowie, ani poeci, tyle złego nie napisali o medycynie, jak sami lekarze.

Bichat, Broussais, oświadczają bez ogródki, że medycyna przed niemi była dla ludzkości bardziej szkodliwą, niż pożyteczną. Sam wreszcie Hippokratēs pisze:

„Ars longa, vita brevis, experientia fallax, iudicium difficile, occasio praeceps“.

Skeptycyzm dogadza próżniactwu i tłumaczy je, dogadza próżności, która w obronie jego łatwe znajduje powodzenie. Sztuka nasza jest tak rozległą, tak zawiłą, ucząc się jej taką nas przed ogromem rzeczy, z którymi zapoznać się trzeba, napelnia obawą, że zaiste nie dziwimy się i pojmujemy człowieka, który księgi wiedzy zamyka i rzeka się zapoznać z tem, co mu się nieprawdopodobnem, niemożliwem do poznania wydaje. Mimowoli zrozumiemy wtedy Sydenhama, który uczniowi, dopytującemu się o najlepsze dzieło medyczne, godne poznania, odpowiada: „Przyjacielu, czytaj Don Kiszota“.

Lecz medycyna nasza jest czemś więcej jak nauką, jest ona zawodem, zawodem najszlachetniejszym, gdyż przychodzi w pomoc cierpiącym. Powiadają nam, że nie jest skończoną. Trudno, taką pozostanie na zawsze.

Jednakże zapisać choremu coś trzeba, trzeba mu przynieść ulgę. Nie możemy więc okazać rozpaczy, przyznać się, że jesteśmy bezbronni. Miałem, po-

wiada R a y n a u d, profesora, który zwykł mawiać zapisując receptę: „Środek ten nie odznacza się pewnością w działaniu; ale nie mówcie tego lekarzom młodym, dość wcześnie sami się o tem przekonają“.

Zwalcza więc R a y n a u d sceptycyzm i jego zwolenników w medycynie, a jeżeli wybaczę go M a g e n d i e m u, to tylko dla tego, że nam dał C l a u d e B e r n a r d a.

Lekarstwem na tę chorobę jest sama wiedza, rozwijająca się coraz bardziej, co raz lepiej zrozumiana. Zgłębianie i poszukiwanie przyczyn choroby, nowe metody badania, studia anatomo-patologiczne, czyż w ostatnich czasach nie posunęły wiedzy o wiele naprzód? Wiem, powiada mówca, że zaprzeczają postępowi, że żądają dowodów, eksperymentu. Lecz ruchu nie potrzeba demonstrować; sam on się objawia. Świetną swą przemowę zakończył R a y n a u d słowami C l a u d e B e r n a r d a:

„*Le sceptique est celui qui ne croit pas à la science et qui croit à lui, qui croit assez en lui pour nier la science*“.

Z wymienionych tu odczytów ogólnych, mowa V i r c h o w'a, który stawał w obronie wiwisekcji, najsilniejsze wywarła wrażenie na słuchaczach angielskich. „Times“ wyraża się o niej w następujących słowach: „Kiedy mówca z niezmierną prawdą i barwnością przedstawił swym kolegom historję rozwoju wiedzy medycznej, i rozświetlił ją jakby nagłem światłem błyskawicy, każdy zrozumiał i odczuł, z jaką potężną siłą argumenty jego skupiły się i uderzyły jakby młotem w ten właśnie punkt, na który zostały skierowane. Był to wzór mowy naukowej, szerokiej w założeniu, ostrej i dokładnej w każdym konturze“. Dzięki V i r c h o w'owi kwestyja wiwisekcji na innym niż dotąd w Anglii stanęła gruncie. Sekcyja bowiem fizjologiczna wystąpiła na ostatniem posiedzeniu z wnioskiem, przyjętym przez akklamacyję, przez ogólne zgromadzenie, a zredagowanym w następujących słowach: „Kongres wypowiedział swe przekonanie, że doświadczenia, dokonywane na żywych zwierzętach, najwyższe sztuce lekarskiej oddały przysługę, dla jej rozwoju okazały się niezbędnymi, że zatem koniecznem jest, aby wykonywaniu tego rodzaju doświadczeń żadnych nie stawiano przeszkód.“

Wspomniałem poprzednio, że jednocześnie z kongresem, otwartą była wystawa międzynarodowa przedmiotów z medycyną ogólną i higieną związanych. Mieściła się ona w galerijach, okalających gmach muzeum South Kensington i składała się z 3 oddziałów: sekcji dla medycyny ogólnej, sekcji dla medycyny publicznej, i trzeciej, w której najrozmaitsze przedmioty, mające zastosowanie przy urządzeniu szpitali, lazaretów wojskowych, lub środków transportu chorych, zostały pomieszczone.

Wystawa ta miała charakter czysto miejscowy, gdyż udział firm zagranicznych był prawie żaden i nie mógł ani ilością ani jakością przedmiotów konkurować z fabrykantami angielskimi. Wyznaje szczerze, że ani urządzenie wystawy, ani zakres, jej nie odpowiedziały moim oczekiwaniom. Brak tu było owego planu i systematu, któryby świadczył o zrozumieniu celów, do jakich wystawy podobne dążyć powinny, brak eklektyzmu koniecznego, aby z wielu przedmiotów wybrać najlepsze, t. j. aby samo przyjęcie na wystawę danego przedmiotu świadczyło już o pożyteczności jego, lub dokładności wyrobu. Panował tu pewien nieład, przeciążenie pewnych działów przedmiotami bez wielkiej doniosłości, podobnemi do siebie, nagromadzonemi bez żadnego kryterijum, dlatego tylko, że je nadesłano. Powstała ztąd jednostajność, nużąca widza, który tracił ochotę uważnego rozpatrywania się i mimowoli pomijał rzeczy godne zwiedzenia i zbadania. Pomiędzy produktami farmaceutycznymi znajdowałem specyfiki i wyroby, których jedyną chyba wartość stanowił złożony słoik, srebrna powłoczka na pigułkach, lub ozdobna etykieta. Mimowoli przypomniały mi się nasze Brassykony, krople amerykańskie i eliksiry z napisem: Nie rwać zębów.

Wśród grupy narzędzi chirurgicznych, widziałem gdzieś nagromadzone bez wyboru instrumenty, dawno dla niepraktyczności swej usunięte, używane chyba przez swego wynalazcę, nożyce dziwaczne do obcinania migdałów, bateryje galvano-kaustyczne, dziś powszechnie zarzucone, krzesła akuszeryjne, których mechanizm co do komplikacji zbliżał się do budowy zegaru astronomicznego w Strasburgu i t. d. i t. d. Prawda, że wśród podobnych gratów, wiele przedmiotów było godnych widzenia, odznaczało się elegancją wykonania i zmysłem praktycznym. Cóż, kiedy w tej powodzi różnych firm, wśród tysięcy szaf i szafek nie podobna było ich odróżnić, wynaleźć i tylko trafem, po długich studyjach w katalogu, udało mi się odkryć je i przypatrzeć się im z bliska. Skutkiem tego niefortunnego nagromadzenia i skupienia różnej wartości przedmiotów, pomimo kilkugodzinnej pracy, nie miałem możności przypatrzania się cudo-wnemu urządzeniu wychodka z sygnałami P. Shawa, o którym wspomina jedno z naszych pism lekarskich. Może też brak mi specjalnego zmysłu i uzdolnienia, aby sprawiedliwie ocenić przedmioty tego rodzaju, jak kuchnie zużywające $\frac{1}{4}$ część potrzebnego zwykle paliwa, maszynki do oczyszczania masła i układania go w piękne foremki, wentylatory najróżnorodniejszej konstrukcji, lub kilkanaście systemów urządzenia umywalni, z których wiele tem się tylko od siebie różniło, że kran z wodą gorącą w jednej pomieszczony był ze strony prawej, w drugiej zaś — ze strony lewej. Pięknie bardzo i pożyteczną przedstawiała się wystawa rozmaitych szpitali londyńskich, urządzeń łóżek, sprzętów szpitalnych, środków opatrunkowych i t. d., których użycie uplastycznionem było przez nałożenie ich na odpowiednie fantomy. (D. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

143. Dr. R. Förster. O leczeniu gorączki u dzieci (*Ueber Fieberbehandlung bei Kindern*).

Autor, opierając się na własnych spostrzeżeniach, dokonanych w dreźnieńskim szpitalu dzieciennym i na cudzych obserwacjach, stara się uzupełnić zasady racjonalnego postępowania przy leczeniu gorączki u dzieci.

Ze środków przeciwgorączkowych stawia on najwyżej działanie zimnej albo chłodnej wody. Wartość lecznicza zimnej wody dla dzieci jest większa niż dla dorosłych, bo zimna woda ochładza organizm dziecienny energiczniej. Zależy to od tego, że powierzchnia ciała dzieci w stosunku do objętości jest obszerniejsza.

Przy niezbyt wielkiej gorączce (do $+39,5^{\circ}$ C.) u małych dzieci za pomocą kąpeli nieco chłodniejszej od ciepłoty ciała ($+35^{\circ}$ C. = $+28^{\circ}$ R.) i trwającej tylko przez 10 minut, można już otrzymać dosyć znaczne obniżenie ciepłoty (od $0,2^{\circ}$ — $1,6^{\circ}$ C. przy mierzeniu ciepłoty w odbytnicy bezpośrednio przed i po kąpeli). Ponieważ taka kąpiel używa się do oczyszczenia ciała, przeto za pomocą niej można podwójny cel osiągnąć.

W dreźnieńskim szpitalu dzieciennym wszystkie bardzo małe dzieci przy niezbyt mocnej gorączce kąpane były (przynajmniej pierwszy raz) w wodzie ogrzanej do $+30^{\circ}$ C. = $+24^{\circ}$ R. Trzy- i czteroletnie dzieci, a nawet młodsze, gdy im poprzednie kąpiele nie pomagały — w $+25^{\circ}$ C. Tylko u starszych dzieci (10 lat i więcej) stosowano kąpiele o ciepłocie $+22^{\circ}$ C., a nawet $+20^{\circ}$ C. Wogóle im dziecko młodsze, tem mniej potrzebna jest woda o niskiej ciepłocie.

Za normę długości kąpeli Förster uważa 10 minut.

W kąpeli zimnej ciepłota ciała u dzieci prędko opada. Jednak *maximum* obniżenia jej nie przypada w kąpeli. Po wyjściu z wody ciepłota w *rectum* jeszcze opada. Mierzac w półgodziny po kąpeli często można ją znaleźć o $0,2^{\circ}$ do

0,4° C. i więcej poniżej tego co było przy końcu kąpeli. Następnie ciepłota ciała prędko się podnosi. Wogóle działanie wody przechodzi bardzo prędko.

Przeciwwskazania do użycia wody u gorączkujących dzieci rzadko się znajdują. Krwotoki z płuc i kiszek bardzo rzadko się u dzieci trafiają, a więc ich zbytęcznie się obawiać nie można. Tam najgłówniej jest przeciwwskazane użycie zimnej wody, gdzie może nastąpić *collapsus*. Mogą jeszcze stanowić przeciwwskazanie: opatrunki antyseptyczne, obawa wpanięcia zimnej wody w rurkę przy tracheotomii. W takich jednak razach można stosować zimną wodę w postaci obwijañ zimnych, oblewañ, obmywañ i t. d. Wszystkie te sposoby działają słabiej niż kąpiele. Najlepsze są jeszcze obwijania w zimne, płócienne płaty, pokrywane z wierzchu suchemi. Takie płaty należy zmieniać przeciętnie co 5 minut około 6 razy. Tym sposobem Förster otrzymywał obniżenie ciepłoty o 1°—1½° a nawet do 2° C. w *rectum*.

Ponieważ działanie wody zimnej szybko przemija, przeto z nią samą dosyć często nie zbyt wiele dokazać można. Zamiast zimnej wody, albo jeszcze lepiej, razem z nią, można używać *chininy* (siarczanu lub chlorku), albo *natri salicylicy* (czysty kwas tylko u starszych dzieci). Wszakże są one wskazane tylko tam, gdzie gorączka przez swoją wysokość i długość trwania staje się niebezpieczną. Przy wysokiej, a krótkiej gorączce, są one mniej, albo wcale niepotrzebne. Zadawać najlepiej te środki przez usta, a nie za pomocą lewatyw, lub podskórnie. Dalej, zyskuje się większe korzyści, gdy się podaje je w większych dawkach i nie często (jeżeli można, jeden raz na dzień, lub raz na 2 dni). Po zadaniu jednak od razu całej, potrzebnej dozy *natri salicylicy* przychodzi niekiedy dosyć zatrważający *collapsus* i dla tego Förster zaleca ją w dwóch połowach, wziętych po sobie w 1—3 godzin. Po przyjęciu takiej przepołowionej dozy *natri salicylicy* największe obniżenie ciepłoty przychodzi po sześciu godzinach, a daje się jeszcze zauważyć po 48 godzinach. *Maximum* zaś obniżenia ciepłoty ciała po chininie przychodzi później, po 10—12 godzinach.

Co się tyczy dawki, to tę należy stosować do wieku. Zbyt małe dawki są stanowczo niepożyteczne. Dozowanie przedstawia dla praktycznego lekarza wiele trudności z powodu braku stałych zasad. Wogóle przeciw gorączce dawka dla dzieci wypada większa, niż należałoby tego oczekiwać, porównyując ciężar ciała dzieci z wagą dorosłych. Mianowicie: u dorosłego, ważącego 140 *tt*, z pewnością 1½ gramma chininy sprowadzi wyraźne obniżenie ciepłoty, tymczasem u dziecka 10 razy lżejszego, to jest ważącego 14 *tt*, 1½ decigramma niezawodnie nie da żadnego skutku. Porównyując z kart szpitalnych rezultaty, otrzymane za pomocą rozmaitych dawek, autor przychodzi do oznaczenia takich dawek:

Förster:

dla porównania dawki Hagenbacha:

Wiek dziecka	Chininy	Natri salicylicy
0 — 1 roku	?	?
1 — 2 „	0,4 — 0,8	1,0 — 2,0
2 — 6 „	0,5 — 1,0	1,5 — 3,5
6 — 10 „	0,6 — 1,25	2,0 — 4,0
10 — 14 „	0,75 — 1,5	3,0 — 5,0

Wiek dziecka w latach	Chininy	Natri salicylicy
0 — 1	0,7—1,0	1,0
1 — 2	0,7—1,0	1,5—2,0
3 — 5	1,0	2,5—3,0
6 — 10	1,0—1,5	3,5—4,0
11 — 15	1,5—2,0	4,0—5,5

Dla najmłodszych dzieci Förster nie podaje dawki, bo sam miał za mało tego rodzaju spostrzeżeń. Zdaje mu się wszakże, że dla nowonarodzonych dawka chininy powinna być około 2½ decigram., a dla dzieci rocznych dawka największa około ¾ gramma.

W tablicy autor wszędzie oznacza dawkę największą i najmniejszą, bo ta stosować się musi do wieku dzieci, do ich siły, do natury choroby, bo niektóre choroby, jak szkarlatyna, ciężkie tyfusy, mają trudniej dającą się obniżyć cie-

plotę. Dalej, trudniej jest obniżyć ciepłotę w czasie jej wzrastania, niż w czasie naturalnej skłonności do opadania, a więc np. trudniej rano, niż wieczorem. Wogóle dawka *natri salicylicii* musi być więcej niż 2, prawie 3 razy tak duża, jak dawka chininy, aby dała ten sam skutek.

D-r E. Przewoski.

(*Jahrbuch für Kinderheilkunde, XVI Band. 3 u. 4 Heft.*)

144. Herman Krause. Dwa wyniki sekcji przy czystej ozenie. (*Zwei Sektionsbefunde von reiner Ozaena. Aus der Prosectur des Herrn Prosector D-r Chiari in Wien.*)

Ozeną, w ścisłym znaczeniu, autor nazywa przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa, z rozkładającą się, cuchnącą wydzieliną, bez owrzodzeń i bez próchnienia lub zgorzeli kości nosa.

Z dwóch takich przypadków, które Krause'm u udało się badać, w jednym śmierć nastąpiła wskutek marskości wątroby, w drugim wskutek dyfterytu gardzieli i krtani.

Błona śluzowa jam nosowych, zatok klinowych i szczękowych (*antra Highmori*) w obu przypadkach była szaro-czerwonawa, miejscami zcieńczała, a miejscami zgrubiała, warstwa nabłonkowa części oddechowej bardzo gruba, rzadziej brak jej zupełnie; w części węchowej i w zatoce szczękowej jest nabłonek stożkowaty, rzęskowy, w reszcie błony śluzowej płaski, wielowarstwowy. Dolne i średnie muszle po obu stronach są małe, a ostatnia w przedniej swej części skręcona. Przewody nosowe, dolny i średni, szerokie, otwór zatoki Highmora bardzo wydatny. Na błonie śluzowej nie ma ani owrzodzeń, ani blizn. Kości cienkie, giętkie. W przewodach nosowych znajduje się obfita ilość mass szaro-brunatnych, gęstych, cuchnących.

Pod drobnowidzem powierzchnia warstwa błony śluzowej nosa prawie na całej przestrzeni jest napelniona ogromną ilością okrągłych, lub wrzecionowatych komórek, będących na drodze do rozpadu tłuszczowego; prócz tego znajduje się dość znaczna ilość swobodnych kropelek tłuszczu, już to rozsianych pojedynczo, już to ułożonych w małe grupy, kształtu wrzecionowatego, lub okrągłego, jakby były produktami zwyrodniałych komórek i zajmowały ich miejsce; zabarwienie ich żółto-zielonawe. Przy dalej posuniętem stłuszczeniu i rozpadzie, kropelki tłuszczu leżą już pomiędzy komórkami nabłonkowymi i wysuwają się nieraz na samą powierzchnię. Głębsze warstwy przedstawiają dość zbitą tkankę łączną, z rozrzuconemi gdziegdzie kropelkami tłuszczu, lub ziarnkami barwnika, w niektórych zaś miejscach błona śluzowa wraz z okostną są w całej grubości bliznowato zwyrodniałe. *Adventitia* naczyń (tętnic i żył) jest znacznie zgrubiała, *intima* pofałdowana, a światło naczyń przedstawia się tylko w kształcie szczeliny; w ogóle, ilość naczyń widocznie jest mniejszą, aniżeli w stanie normalnym. W około gruczołów z początku bywa znaczne nacieczenie komórkowe, nabłonek gruczołowy bywa to ziarnisty, to rozpadły zupełnie, w innych znów miejscach pęcherzyk gruczołu zapelniony massą śluzową; przewody wyprowadzające są często wąskie, uciśnięte, lub skręcone, z rozpadającym się nabłonkiem. Kości muszli i przegrody nosowej są bardzo cienkie, ze znacznie rozwiniętymi przestrzzeniami *Hovshippa*, zawierającymi dużo osteoklastów; komórki tkanki kostnej są powiększone, a w jądrach ich widoczny podział.

Zmiany takie były na całej przestrzeni błony śluzowej, wysięlającej jamy nosowe, z tą tylko różnicą, że w jednych częściach były bardzo daleko posunięte i błona śluzowa była przekształconą na cienką bliznowatą prawie tkankę łączną, zrosniętą z okostną również bliznowato zwyrodniałą — dotyczy to środkowych części muszli; w innych zaś przeważało jeszcze nacieczenie komórkowe ze zwyrodnieniem tłuszczowem i rozpadem pierwiastków anatomicznych — takim zmianom uległa pozostała błona śluzowa jam nosowych i zatok szczękowych, klinowych, czołowych, oraz przestrzeni nosogardzielowej.

Wydzielina błony śluzowej przedstawiała się to w kształcie dosyć gęstej,

kaszowatej massy, to strupów; składała się ze zwyrodniałego tłuszczowo nabłonka, kulek tłuszczowych i kryształów margaryny.

Proces ten, którego dążnością jest zwyrodnienie bliznowate błony śluzowej, ma wiele podobieństwa do: *Xerosis conjunctivae* i niektórych zwożeń cewki moczowej. Nawet Krause przypuszcza, że cierpienie to może powstać na skutek przeniesienia zarazka tryprowego na błonę śluzową nosa, jak to bardzo często jest przyczyną cierpienia łącznicy oka (*blenorrhoea conjunctivae*).

Jak już było wspomniane, w procesie tym bierze także udział okostna i naczynia. Okostna zmieniając swe własności i naczynia ze zwożeniem znacznie światłem nie mogą dostatecznie odżywiać kości, co powoduje ich *rarefakcyję*. Cierpienie więć kości, podług K., jest wtórne i nie nosi na sobie cechy próchnienia, lub zgorzeli.

Co się tyczy charakterystycznego zapachu wydzieliny błony śluzowej nosa, to Krause nie zgadza się ze zdaniem Frankel'a, żeby zapach ten wytwarzała rozkładająca się wydzielina ropna, której w rzeczywistości nie ma, bo znikająca błona śluzowa dostarczyć jej nie może, — ani ze zdaniem Michel'a, który utrzymuje, że zapach ozenie właściwy powstaje z rozkładającą się w zatokach nosowych ropy, gdyż zatoki zwykle najmniej są dotknięte. Podług Krause'go rozkładające się na powierzchni błony śluzowej komórki tłuszczowo zwyrodniałe i kropelki tłuszczu produkują kwasy tłuszczowe, mające ową woń charakterystyczną.

Przy leczeniu ozeny nie można nawet myśleć o przywróceniu zwyrodniałej błonie śluzowej jej własności normalnych. Należy tylko dążyć do ograniczenia lub zupełnego zniesienia rozkładającej się wydzieliny, czego można dopiąć przez przyspieszenie zbliznowacenia tych części błony śluzowej, które, znajdując się jeszcze w pierwszym okresie procesu, są źródłem wydzieliny. Zadosyćczynić temu wskazaniu może tylko bardzo energiczne przyżeganie odpowiednich części błony lapisem, a później stężonym roztworem chloranu potassu (*kali chloricum*), — lub też pędzlowanie mocnym roztworem lapisu (1:1), a następnie nalewką jodową i roztworem thymolu.

Antoni Elsenberg.

(*Virchow's Archiv. Band 85, pag. 325, 1881*).

WIADOMOŚCI ZAGRANICZNE.

— *Paryż.* Zmarł w dniu 22 Września r. b. w 72 roku życia D-r Schutzenberger były profesor kliniki lekarskiej w Strasburgu.

— *Lwów.* Jak donosi „Przegląd lekarski“ były profesor epizooecjologii w Szkole Głównej i w Uniwersytecie Warszawskim, były dyrektor szkoły weterynaryjnej w Warszawie i w Kazaniu, D-r Piotr Seifman, mianowany został profesorem kliniki lekarskiej i chirurgicznej w założyc się mającej we Lwowie szkole weterynaryi i kucia koni, tudzież dyrektorem tegoż zakładu; docentów zaś na wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego: D-ra Henryka Kadyiego i D-ra Antoniego Barańskiego mianowano profesorami zwyczajnymi, mianowicie: pierwszego—anatomii opisowej i patologicznej, drugiego — fizjologii i produkeyi zwierząt w pomienionym zakładzie.

NADEŚLANO DO REDAKCYI:

A. Schmidt. Nowiejszaja chirurgija w jeja primienienii k wojenno-polewoj praktiki. Po nabliudienijam i swiedienijam sobrannym wo wojnu 1877—1878 i w mirnoe wremia. Czaść obszczaja. Moskwa. 1881.

Malcz. O stosowaniu i działaniu środków przeciwnilnych (antyseptycznych) drogą wziewań w zboczeniach dróg oddechowych.

Na pomnik Mickiewicza złożyli: D-r W. Jodko-Narkiewicz, z Warszawy, rs. 5, — D-r Moczutkowski, z Odessy, rs. 10.— Razem z poprzednio zebranemi: **Rs. 555 kop. 30 i 10 franków w złocie.**

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою. Варшава 1 Октября 1881 г. Друк К. Ковалевського, Крólewska Nr. 23.