

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Patologija doświadczalna.

35. RIEGEL i EDINGER. **Poszukiwania doświadczalne nad astmą** (*Ztschr. f. kl. Med. Bd. 5. H. 3*).

Panujące obecnie teoryje o sposobie powstawania astmy dadzą się podzielić na 2 grupy:

1) Jedni przypisują jój powstawanie wyłącznie zmianom w błonie śluzowej (WEBER, UNGER); 2) Inni są zdania, iż najgłówniejszą rolę gra kurcz mięśni oddechowych (BAMBERGER, LEYDEN, FRAENTZEL, RIEGEL i inni). Ostatni ten pogląd rozpowszechnił się daleko bardziej, jakkolwiek nie zgodzono się jeszcze, czy kurcz dotyczy mięśni oskrzelowych, czy też wdechowych (głównie przepony).

Dla rozwiązania tych kwestyj, zajęto się zbadaniem; 1) kurczliwości drobniejszych oskrzeli i 2) unerwienia mięśni oskrzelowych. Co do pierwszego, przekonano się niewątpliwie o możności wywołania kurczu drobnych oskrzeli przez rozliczne wpływy drażniące. Natomiast badania doświadczalne nad unerwieniem mięśni oskrzelowych dały sprzeczne wyniki. LONGET, VOLKMANN, KNAUT, BERT stwierdzili wpływ nerwu błędnego na mięśnie oskrzelowe; WINTRICH, TOEPLITZ przeczą temu; RÜGENBERG wreszcie sądzi, iż zwiększenie ciśnienia w oskrzelach przy drażnieniu nerwu błędnego wcale nie zależy od skurczu mięśni oskrzelowych, lecz przelykowych, ponieważ po wycięciu przelyku ciśnienie w oskrzelach nie zwiększało się.

W obec tój niezgodności zdań autorowie postanowili przedsięwziąć nowy szereg doświadczeń, z uwzględnieniem prze-

ważnie danych klinicznych. Przedewszystkiem powtórzyli doświadczenia DONDERS'A, dowodzące istnienia napięcia życiowego w płucach (*vitaler Lungentonus*). W tym celu łączyli tchawicę świeżo zabitego zwierzęcia z manometrem wodnym. Ostatni natychmiast po otwarciu klatki piersiowej podnosił się, po krótkim zaś czasie opadał niżej pierwotnego poziomu.

Następnie autorowie przystąpili do powtórzenia doświadczeń GERLACH'A, przekonujących, iż drażnienie nerwu błędnego podnosi ciśnienie w płucach; wyniki tych doświadczeń wypadły zgodnie z twierdzeniem GERLACH'A.

Pomimo jednak wszystkich otrzymanych tu dodatnich rezultatów, zachodzi jeszcze pytanie, czy kurcz mięśni oskrzelowych w rzeczy samój jest ostateczną przyczyną astmy, czy znane jój przypadłości (krótkotrwała rozedma płuc i nadzwyczajna duszność) są bezpośrednim skutkiem owego skurczu. Najciekawszym objawem jest czasowa rozedma płuc, której istnienie niewątpliwie sprawdzono podczas całego napadu astmatycznego; wraz z ukończeniem się ostatniego płuca powracają do granic pierwotnych. Autorowie w doświadczeniach swych zdołali się przekonać, iż w samój rzeczy przez cały czas napadu astmatycznego objętość płuc bywa większą, niż w przestankach, wolnych od napadu. W tym celu oddzielali oni opłucną żebrową na takiej przestrzeni, aby można było obserwować rozszerzanie się płuca do *maximum*; otóż, dopóki drażniono nerw błędny, brzegi płuca znacznie się obniżały, po ukończeniu zaś drażnienia powracały stopniowo do granic pierwotnych. Z chwilą rozpoczęcia drażnienia (słabym prądem indukcyjnym)

zwierzę wykonywało jeden lub kilka głębokich wdechów, przyczem i brzeg płuca przesunął się ku dołowi; dalej następowała przerwa oddechowa, po której znowu było kilka szybszych powierzchownych oddechów. Dolny brzeg płuca znajdował nawet w końcu wydechu o 1—2 stał przestrzeni międzyżebrowych, niżej, niż w stanie normalnym. Wraz z ukończeniem drażnienia nerwu błędnego następował mocny wydech, dalszereg głębszych oddechów, a po każdym następującem wydechaniu brzeg płuca posuwał się coraz więcej ku górze, aż nakoniec w 2—10 m. po zaprzestaniu drażnienia płuco wracało do granic normalnych.

Na kilku zwierzętach autorowie obok drażnienia nerwu błędnego usiłowali wywoływać przekrwienie błony śluzowej oskrzeli za pomocą wziewań amoniaku. Wydech był w takich razach szczególnie utrudnionym, zanim zaś brzeg płuca powrócił, do granic normalnych upływało daleko więcej czasu, niż przy samém tylko drażnieniu prądem elektrycznym. U jednego królika, któremu po przecięciu obu dwu nerwów błędnych dano do wziewania amoniak, brzeg płuca nie okazywał powyżej opisanych objawów, lecz po każdym wdechu powracał do normalnej granicy. Przeciwnie, gdy królik wdechał amoniak bez poprzedniego przecinania lub drażnienia prądem nerwu błędnego, rozedma płuc pojawiała się tak samo, jak w poprzednich doświadczeniach. Tak więc rozedma, powstająca w następstwie wziewań amoniaku, nie jest wprost wynikiem zapalenia oskrzeli, lecz zależy od podrażnienia gałązek nerwu błędnego. Pomimo tych wszystkich doświadczeń, autorowie przekonali się dalej, iż rozedma wcale nie jest *bezpośredniem* następstwem drażnienia nerwu błędnego, u 17 bowiem zwierząt, u których przy drażnieniu nerwu na przebiegu (*in continuo*) otrzymywano rozedmę, także drażnienie obwodowego tylko odcinka nie powodowało żadnego rozszerzenia płuca, nawet w obec zachowania

wania w całości nerwu błędnego drugiej strony. Natomiast przy podrażnieniu odcinka ośrodkowego, występowała mniej lub więcej wyraźna rozedma, chociaż drugostronny nerw był przeciętym. Mamy tu więc pobudzenie odruchowe nie nerwu błędnego, lecz nerwów wdechowych (*resp.* N. przeponowego).

Nakoniec autorowie wykonali jeszcze jeden rodzaj doświadczeń. Mianowicie po przecięciu obu dwu nerwów przeponowych (*NN. phrenici*) drażnienie nerwu błędnego nie wywierało żadnego wpływu na rozszerzenie płuc, pomimo, iż przed przecięciem rozedma następowała. Zatem zdawałoby się, iż kurcz przepony poczytywać należy za główny czynnik przy powstawaniu astmy. Tak jednak nie jest. Kurcz przepony sam przez się nie wystarcza do wyjaśnienia całego obrazu klinicznego astmy. Przeciwnie, znane spostrzeżenia, w których pomimo szybkiego powstawania rozedmy nie było duszności, dowodzą, iż oprócz kurczu, muszą istnieć inne jeszcze czynniki, przekrwienie błony śluzowej oskrzeli i tym podobne zaburzenia naczynioruchowe. P—i.

36. H: MARTIN. **Przeistoczenie zakaźnego gruźelka w ciało obojętne pod wpływem wysokiej ciepłoty i rozmaitych odczynników.** Sur la transformation du tubercule vrai ou infectieux en corps étranger inerte sous l'influence de hautes températures et de réactifs divers. (*Revue de Medecine* Nr. 11, r. 1882).

Niniejsza praca MARTIN'A jest wynikiem doświadczeń nad szczepieniem gruźlicy. W poprzedniej pracy umieszczonej w Rev. de Méd. Nr. 4 1882 r. i streszczonej w Kronice Lek. Nr. 11 1882 autor wykazał, że *tylko szczepienie gruźelka wywołuje ogólną gruźlicę*, szczepienie zaś innych ciał jak ropy, kawalków tkanek fizjologicznych i nowotworów, nigdy gruźlicy nie wywołuje, lecz co najwyżej zapalenie miejscowe. W tejże pracy autor wykazał, że gruźelki wzięte ze szczepionego zwierzęcia i przeniesione do

ustroju drugiego zwierzęcia zdrowego, wywołują ogólną gruźlicę u tego ostatniego. W ten sposób M. mógł przeszczepiać gruźleki z jednego zwierzęcia na drugie, z drugiego na trzecie itd., siedm razy, tj. iż udało mu się otrzymać 7 pokoleń gruźleki. Ta własność rozmnażania się gruźleki naprowadza na myśl, iż znajduje się w nim pewien twór zdolny do rozmnażania się. Tym tworem może być albo ferment, a bo jakiś pasorzyt. M. wykonał liczne doświadczenia w celu przekonania się, czy nie uda się za pomocą odpowiednich czynników zniszczyć specyficzny twór gruźleki t. j. czy nie uda się zamienić gruźleki na ciało nie zaraźliwe obojętne. Doświadczenia dały wynik dodatni. M. mianowicie przekonał się, że gruźleki poddany działaniu ciepłoty wyżej 85° C. lub moczony w absolutnym wysoku traci swoje zaraźliwe własności i nie może być zaszczipionym. Fakty te dowodzą iż w gruźleki znajduje się jakiś ferment lub pasorzyt. M. sądzi, iż nie można jeszcze określić przyrody zarazka tkwiącego w gruźleki, iż dalsze dokładne badania mogą dopiero rozstrzygnąć czy nim jest *Monadina* KLEBS'A, czy *Micrococcus tuberculi* SCHULLER'A, czy *Bacillus tuberculi* AUFRECHT'A lub KOCH'A, czy też jakikolwiek inny ferment lub pasorzyt. H. Goldblum.

37. ORTHMANN. **O przyczynach ropienia** (*Ueber die Ursachen der Eiterbildung* Virch. Arch. f. pat. anat. 90 Bd. 3 H).

W ciągu lat ostatnich coraz bardziej ustalało się w chirurgii przekonanie, iż ropienie jest objawem swoistego chemiczno-fizjologicznego procesu odbywającego się w tkankach, a będącego następstwem działania na zdrowe tkanki szkodliwości od zewnątrz przenikających; szkodliwości te okazały się być żywymi zarazkami. Do rozpowszechnienia tego zdania przyczyniła się bardzo chirurgija przeciwgnilna, której znakomite rezultaty dowiodły prawdziwości zasad, na których się oparła. Wkrótce też i badania drobnowidzowe potwierdziły to zdanie, OGSTON

w ostrych ropniach a ROSENBACH i KOCHER przy ropnem zapaleniu szpiku kostnego znaleźli bakteryje i uznali je za główną przyczynę ropienia. Przeciwnie USKOFF w pracy swój (Virch. Arch. 86 Bd.) wykonanej w laboratorium prof. PONFICKA przytacza cały szereg doświadczeń w których po wstrzyknięciu płynów zupełnie obojętnych (woda, mleko, oliwa w znaczniejszej ilości (mechaniczne drażnienie), występowało ropienie, nie mówiąc już o wstrzykiwaniu płynów drażniących jak np. terpentyna, która zwykle wywoływała rozlane zapalenie tkanki łącznej podskórnej i obfite ropienie. USKOFF na zasadzie swoich doświadczeń doszedł do przekonania, że ropienie może powstać pod wpływem li tylko mechanicznego działania, bez współdziałania istot organizowanych. Autor powtórzył doświadczenia USKOFFA w klinice prof. ROSENBACH'A w Gietyndze, przy czem postarał się o możliwie najdokładniejsze przeprowadzenie zasad metody przeciwgnilnej (dezynfekcja samego operatora, miejsca, w którym wykonywano doświadczenie; zwierzęcia, na którym je wykonywano; instrumentów użytych do operacji, a co najważniejsza dokładna sterylizacja obojętnego płynu użytego do iniekcji). O. wykonał 2 szeregi doświadczeń: 1) wstrzykiwanie płynów obojętnych. 2) wstrzykiwanie płynów drażniących. Do doświadczeń używał psów. Rezultaty uwidacznia tablica na stronicy 55—56:

Tak więc w pierwszym szeregu doświadczeń (wstrzykiwanie płynów obojętnych) autor uniknął zupełnie ropienia zastosowawszy odpowiednie środki przeciwgnilne. Dla tego też O. nie może się zgodzić z przypuszczeniem USKOFF'A, że przy pewnych warunkach i zmianach w tkankach, jak np. mechanicznem rozrywaniu włókien, w skład ich wchodzących, może powstać ropienie bez udziału istot organizowanych. Autor nie przeczy, że pod wpływem bodźców mechanicznych mogą wystąpić objawy podobne do zapalnych

## I. Szereg doświadczeń.

Nr.	Płyn zastrzyknięty	Ogólna Ilość	Wstrzyknięcie jednorazowe lub powtarzane	Dzień badania po ostatnim wstrzykiwaniu	Zmiany napotkane	Zejście
1	Woda destylow.	300 grm.	1-go dn. 120 grm. 2-go dn. 80 grm. 3-go dn. 100 grm.	4	Nieznaczne nacieczenie	Wyzdrowienie
2	Mleko	300 grm.	odrazu	6	Nieznaczne nacieczenie i resztki mleka	Wyzdrowienie
3	Mleko	245 grm.	1-go dn. 50 grm. 4-go dn. 120 grm. 6-go dn. 75 grm.	2	Małe nacieczenie i resztki mleka	Wyzdrowienie
4	Oliwa	220 grm.	odrazu	5	Niewielkie nacieczenie komórkowe, krople oliwy	Wyzdrowienie

## II. Szereg doświadczeń.

5	Olejek terpentynowy	5 grm.	odrazu	4	Ropień	Wyzdrowienie
6	ditto	8 grm.	ditto	3	Rozlane zapal. tkanki łącznej	Śmierć 6-go dnia
7	ditto	20 grm.	ditto	7	ditto	ditto
8	Rtęć	50 grm.	ditto	8	Nacieczenie i ropnie	Wyzdrowienie

jak: wysięk, wystąpienie białych ciałek i t. d. Leczą w takich razach, jeśli tkanki zupełnie utraciły zdolność do życia, następuje zgorzel aseptyczna a następnie rozpad i wessanie, nigdy jednak nie dochodzi do ropienia. Drugi za to szereg doświadczeń autora, przekonywa najdowodniej, że niektóre płyny drażniące jak: terpentyna, rtęć i t. d. mogą same przez się wywołać zapalenie i ropienie bez jakiegokolwiek współdziałania niższych organizmów.

W. Krajewski.

## II. Medycyna wewnętrzna.

38. Dr. E. GRUNMACH. O wpływie rozrzedzonego i zgęszczonego powietrza na oddychanie i krążenie. (*Zeitschrift f. klin. Medicin. B. V. H. 3*).

Autor używał do swych doświadczeń zwyczajnego aparatu WALDENBURGA, albo też zmieniał go w odpowiedni sposób tak, żeby dany stopień ciśnienia można było utrzymywać przez dłuższy przeciąg czasu.

Wyniki co do wpływu zmiany ciśnienia na oddychanie są też same co i WAL-

DENBURGA. Mianowicie, objętości wydechane w rozrzedzone powietrze lub wdechane ze zgęszczonego, przewyższają pojemność życiową (*capacitas vitalis*); przewyżka ta jest przy tem większą niż ilość powietrza odpowiadająca stopniowi rozrzedzenia lub zgęszczenia i wynosi średnio  $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{5}$  pojemności życiowej.

Przy wdechaniu rozrzedzonego powietrza i wydechaniu w zgęszczone, objętości powietrza są mniejsze niż pojemność życiowa i zmniejszenie to jest znacznie większe niż ilość powietrza, odpowiadająca stopniowi rozrzedzenia lub zgęszczenia.

Co do wpływu na krążenie, resp. ciśnienie tętnicze — autor zupełnie nie zgadza się z WALDENBURGIEM. Do mierzenia tego wpływu, spożytkował swoje uprzednie spostrzeżenia nad prędkością rozszerzania się fali tętna, która znajduje się w prostym stosunku do ciśnienia, może przeto służyć do śledzenia jego wahań. Sposób ten jest, według autora, lepszym niż zegar WALDENBURGA lub sfigmomanometr BASCH'A, ponieważ wahania ciśnienia, wywoływane przez oddychanie,

następują zbyt szybko i nie mogą być wydane przez powyższe przyrządy. Znając różnicę czasu pomiędzy uderzeniem wierzchołkowem i tętnem którejkolwiek z większych tętnic w punkcie przytwierdzenia sfigmografu, jako też odległość ostatniego punktu od początku aorty, można obliczyć szybkość rozszerzania się fali, a ztąd wyprowadzić pewne wnioski co do zachowywania się ciśnienia. Tym sposobem autor przekonał się, że podczas głębokiego wdechu ciśnienie się zwiększa, a podczas głębokiego wydechu zmniejsza. Przy doświadczeniu VALSALV'Y (silny wydech przy zamkniętych ustach i nosie) ciśnienie się zmniejsza. Przy doświadczeniu MÜLLER'A (głęboki wdech przy zamkniętych ustach i nosie) ciśnienie się zwiększa.

Tak samo rzecz się ma przy wydechaniu w przestrzeń o zgęszczonem powietrzu (modyfikacja dośw. WALSALV'Y) i wdechaniu rozrzedzonego powietrza (mod. dośw. M.) Na odwrót, przy wdechaniu zgęszczonego powietrza, pod koniec dawało się zauważyć zmniejszenie ciśnienia (choć nie tak znaczne jak przy wydechaniu w zgęszczone powietrze), a przy wydechaniu w rozrzedzone powietrze, ciśnienie pod koniec wzrastało, lecz również nie tak bardzo, jak przy wdechaniu rozrzedzonego powietrza. Najwyraźniej wzmagało się ciśnienie przy używaniu rozrzedzonego powietrza tak do wdechu jak i wydechu.

Opisane wahania tętniczego ciśnienia pojawiały się tylko podczas użycia zmienionego sposobu oddychania, po powrocie do normalnych warunków, ciśnienie wracało niebawem do zwykłych granic.

Wpływ rozrzedzonego i zgęszczonego powietrza na krążenie, przychodzi do skutku po części drogą mechaniczną, po części zaś i przez pośrednictwo nerwów.

Z doświadczeń HERING'A, SOMMERBRODT'A wiadomo, że zwiększenie ciśnienia wewnątrz oskrzeli, wywołuje przez pośrednictwo czuciowych nerwów płuc, drogą odruchową, pewien deprymujący wpływ

na ośrodki naczynio-ruchowe i hamujące nerwy serca, następstwem czego jest zmniejszenie tętniczego ciśnienia i przyspieszenie czynności serca.

Mechaniczny wpływ polega, — przy oddychaniu zgęszczonem powietrzem, — na powiększeniu ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej i zastojem w naczyniach zewnętrznych; przy oddychaniu rozrzedzonem powietrzem, na zmniejszeniu ciśnienia wewnątrz klatki p. i ułatwionym przyprywie z naczyń po za jej obrębem położonych, a może i na wpływach nerwowych antagonicznych opisanym przy zwiększeniu ciśnienia wewnątrz oskrzeli.

Można zatem przez oddychanie rozrzedzonem powietrzem zwiększać ciśnienie tętnicze i zmniejszać go przez użycie powietrza zgęszczonego.

Co do wskazówek leczniczych, wydechanie do rozrzedzonego powietrza ułatwia przewietrzanie płuca, zmniejszając objętość t. z. „residual air“. Pierwsze wskazanie następuje się tu zatem przy rozedmie płuc. Wdechanie zgęszczonego powietrza wprowadza do płuc objętość świeżego powietrza, również większą od pojemności życiowej i jest przeto wskazane przy zniekształceniach klatki piersiowej, zrostach opłucnej, habitus phtisicus.

Skombinowane użycie zgęszczonego i rozrzedzonego powietrza jest wskazane tam, gdzie z jednej strony chcemy osiągnąć lepsze przewietrzanie płuc, a z drugiej podnieść odżywianie mięśnia sercowego — jak przy przewlekłym zapaleniu oskrzeli, rozedmie z zapaleniem oskrzeli, astmie w chwilach wolnych od napadów, blednicy etc.

[HUTSCHINSON podaje następującą terminologję dla oznaczania różnych objętości powietrza, zużywanych w rozmaitych fazach oddychania:

- 1) *Capacitas vitalis*: objętość, którą po uprzednim głębokim wdechu zostaje wydalona na zewnątrz przez głęboki wydech.
- 2) *Complemental air*: ilość, która po zwy-

czajnym wdechu można jeszcze wciągnąć przez wzmoczenie czynności wdechowej.

3) *Reserve air*: ilość, którą po zwyczajnym wydechu można jeszcze wyprowadzić na zewnątrz przez wzmoczenie czynności wdechowej.

4) *Residual air*: ilość pozostająca w płucach nawet po największym wydechu. *Przyp. Refer.*] O. Hewelke.

39. W. I. JAKIMOW. **Przyczynek do nauki o ciepłych kąpielach.** (Къ учению о теплых ваннахъ. Врачъ Nr. 50 1882 r.)

Autor zajmował się badaniem wpływu ciepłych (28° do 30° R., czas trwania 15 minut) kąpeli na ludzi zdrowych, mianowicie na 1) ciepłotę, 2) serce, 3) oddychanie, 4) ciśnienie krwi, 5) siłę mięśniową, 6) promieniowanie ciepłota z powierzchni skóry i 7) parowanie wody z tejże powierzchni.

Wyniki są następujące:

1) Ciepłota w zewnętrznym przewodzie słuchowym wznosi się bezpośrednio po zanurzeniu się danego osobnika w wodzie, szczególniej podczas ostatnich 5 minut znajdowania się w kąpeli. Najwyższe podniesienie ciepłoty dochodziło do 0,9° C. w 2; do 0,4°—0,6° C. w 8, a 0,5—0,32° w 9 przypadkach. Zniżenie ciepłoty w uchu spostrzegano tylko w jednym przypadku. Po ukończonej kąpeli obserwowano szybkie opadanie ciepłoty, która po upływie 2 godzin była niższa niż przed kąpielą.

2) Po wyjściu badanego osobnika z kąpeli notowano prawie zawsze podniesienie ciepłoty pod pachą, poczem następowało powolne opadanie, tak że po upływie 2 godzin w większości przypadków ciepłota była jeszcze wyższą od mierzonej przed kąpielą. Maximum wzniesienia wynosiło w 1-ym przypadku 0,8° C., w 6-ciu przypadkach 0,4 do 0,7, w 10-ciu 0,5 do 0,35° C. Obniżenie ciepłoty zdarzyło się 3 razy.

3) W kiszce prostej ciepłota była również podniesioną po kąpeli — następnie opadała, lecz jeszcze wolniej jak pod pachą — po 2 godzinach zawsze jeszcze była wyższą od temperatury przed kąpielą.

Maximum wzniesienia: 0,9° C. raz 1, 0,8° raz 1; 0,02°—0,65° 15 razy; w 3 przypadkach nastąpiło obniżenie ciepłoty.

4) Ilość uderzeń pulsu powiększała się przeciętnie o 11,6 na minutę — maximum powiększenia o 30 uderzeń na minutę zdarzyło się raz jeden, minimum (o 3 uderzenia) także raz.

5) Ilość oddechów wzrastała przeciętnie o 7 wdechów na minutę; maximum przyspieszenia wynosiło 21 wdechów zdarzyło się raz jeden; minimum zaś dwa wdechy i zdarzyło się dwa razy. W siedmiu przypadkach nie było żadnej różnicy, a zmniejszenie ilości oddechów (o 3 na minutę) spostrzegł autor tylko w 1 przypadku.

6) Ciśnienie krwi opadało średnio na 3,34 mm. — maximum zniżenia wynosiło 20 mm. — minimum 0,5 mm.

7) Na siłę mięśniową ciepłe kąpiele działają niepomyślnie. Maximum zmniejszenia siły rąk wynosiło 16 podziałek siłomierza BURK'A, minimum 0,25. Powiększenie siły mięśniowej ręki dało się stwierdzić w 7-miu przypadkach. Dla nóg maximum zmniejszenia siły mięśniowej wynosiło 28,75 podziałek siłomierza RÉGNAULT'A, minimum 0,5. Odwrotny objaw spostrzegano 7 razy. W jednym zaś przypadku kąpiel ciepła nie wywarła żadnego wpływu na siłę mięśniową.

8) Co się tyczy promieniowania ciepłota z powierzchni skóry, to w ciągu pierwszych 20 sekund po kąpeli, wskazówka galwanometru szybko i znacznie się odchyłała, następnie odchylenie stawało się powolniejszem i prawidłowszem. U osób mało krwistych promieniowanie ciepłota było mniejsze. I tak: wskazówka galwanometru zbaczała przy badaniu okolicy śródbrzuszej na 52,2°, u zdrowych zaś na 52,5°; przy badaniu okolicy międzyłopatkowej u pierwszych 43,3°, u ostatnich 46,5°. W ogólne kąpiele mające + 28°—29° powodowały zmniejszenie promieniowania ciepłota, a mające temperaturę wyższą niż 29° powiększały promieniowanie. Pod wpły-

wem kąpeli od 28°—30° zmiany w promieniowaniu były następujące: z początku przez 15 do 20 minut promieniowanie mniejsze niż przed kąpielą, następnie zbliża się do normy, w końcu powiększa się. Przy kąpielach 30° i wyżej z początku promieniowanie znacznie się powiększa, potem opada, po upływie 1/2 godziny dochodzi do normy lub czasami się zwiększa. Oprócz tego autor zauważył, że promieniowanie ciepłika u ludzi zdrowych w wieku podeszłym mniejsze jest niż u młodych.

9) Wreszcie co się tyczy parowania wody, kąpiele ciepłe znacznie zwiększają utratę jej przez skórę. Im młodszy osobnik tém więcej traci wody przez parowanie skórne. *W. Mączewski.*

40. E. LÖRI (z Buda-Pesztu): **Zmiany chorobowe gardzieli, krtani i tchawicy przy niektórych ostrych zakaźnych chorobach.** (*Jahrbuch f. Kinderheil.* 1882 Bd. XIX Nr. 1.)

Autor opisuje z czysto praktycznego punktu widzenia zmiany, zachodzące w wyżej wymienionych narządach przy odrze, szkarlatynie, ospie, tyfusie, kokluszku i t. d., i przedstawia przebieg, rokowanie i leczenie. I tak: przy odrze zwykle na 24—36 godzin przed pojawieniem się wysypki na skórze, daje się zauważyć przekrwienie błony śluzowej gardzieli, krtani, tchawicy (również nosa, łącznicy i jamy ust); przekrwienie jest już to ogólne, już w kształcie plamek, które po 12 godzinach przemieniają się w drobne guziczki. Wkrótce na całej powierzchni powstaje obfite wydzielanie się śluzu i złuszczenie nabłonka. Drobne wynacznienia, a ztąd krwawe zabarwienie płwociny rzadko się zdarza przy odrze, natomiast często spostrzegamy nieżytowe owrzodzenia, dosyć nawet głębokie, a wokoło nich normalna błona śluzowa niekiedy do tego stopnia pęcznieje, że wywołuje zwężenie tchawicy, wymagające tracheotomii.

Oprócz tych nieżytych zmian, mamy nieraz przy odrze do czynienia z błonicą gardzieli, krtani i tchawicy; zdarza się to

częściej niż zwykle przypuszczają. Dyfteryt przyłącza się do odry już to w jej początkowym okresie, już podczas przebiegu, albo pod koniec choroby. Najczęściej krtani tylko jest zajęta przez sprawę dyfteryczną, rzadziej krtani i gardziel jednocześnie, a najrzadziej sama tylko gardziel. Nieraz błonica dochodzi aż do oskrzeli.

Co do rokowania, nieżytowe zmiany nie mają poważniejszego znaczenia, natomiast owrzodzenia krtaniowe są mali ominis, gdyż chorzy dotknięci niemi kończą zwykle na gruźlicę. Co się tyczy leczenia, autor jest zupełnym sceptykiem, poleca tylko ogólnie znane higieniczne przepisy i ostro napada na środki wykrztuśne (preparaty antymonu, Ipekę, Senegę, Scyllę i t. p.) wszystkie bowiem zawierają ostro działające substancje, które drażnią błonę śluzową i pogarszają sprawę. Tracheotomija jest wskazaną przy silnym zwężeniu, zagrażającym życiu.

Przeciwko błonicy, *bezwarunkowo nie posiadamy żadnego środka*: choroba, jeżeli jest lekka, przechodzi bez wszelkiego leczenia, a w razie przeciwnym bezwarunkowo jest zabójczą. Autor w ciągu przeszło 20 lat wypróbował *wszystkie* zalecane środki zewnętrzne, wewnętrzne, podskórne etc. bez żadnego skutku. Wszelkie smarowania, przyżegania, płukania, zimne i gorące okłady, wzięwania, tracheotomija i t. p. wszystko to nie pomaga. Wymiotne środki nie przerywają choroby, ale przez gwałtowne kurczenie się warstwy mięsnej krtani i gardzieli przyczyniają się do oddzielenia błon dyfterycznych, które w ten sposób mogą się na zewnątrz wydostać.

[Na mechaniczne działanie wymiotów przy krupie i dyfterycie zwraca uwagę KUPFFER w St.-Petersburg. med. Woch. 1882 Nr. 19 i 20 i poleca w tym celu ostrożne, co 1/2 godz. powtarzane łechtanie gardzieli pędzelkiem, umaczanym w roztworze kwasu karbolowego, gdyż wewnętrzne środki wymiotne przy dłuższym użyciu prędko osłabiają organizm dziecięcy. Przep. Spr.]

Przy szkarlatynie najczęściej jednocześnie z wysypką spotykamy zmiany w gardzieli, podczas gdy krtań i tchawica żadnych nie przedstawiają. W początku szkarlatyny przekrwienie i obrzmienie jest bardzo silne, lecz często znika w ciągu jednego dnia. W innych razach po zniknięciu ogólnego przekrwienia, pozostaje jeszcze kilka ograniczonych, ciemnoczerwonych lub niebieskich plam. Niekiedy obrzmienie jest tak twarde, że następuje zapalenie tkanki łącznej podśluzowej, które zwykle u dzieci bez śladu i skutków znika. Często na ogólnie czerwonym tle błony śluzowej powstają drobne guziczki, ropiejące w samym środku, a w ten sposób tworzą się drobne owrzodzenia (szczególniej na migdałach. Spr.), które zlewając się z sobą, przybierają pozór dyfterytycznej błony.

Oprócz powyższych zmian najczęstszą komplikacją szkarlatyny jest błonica gardzieli.

Wedle poważnych poszukiwań i spostrzeżeń KUPFFERA, który w Besarabii obserwował tysiące wypadków błonicy podczas pamiętnej ostatniej epidemii, dyfteryt przy szkarlatynie nic nie ma wspólnego z prawdziwym dyfterytem. [Ibidem. Przyp. Spraw].

Błonica przyłącza się do szkarlatyny pomiędzy 5 a 10 dniem trwania choroby, zarówno w lżejszych, jak i cięższych wypadkach; różni się zaś tém od dyfterytu przy odrze, że prawie nigdy nie przechodzi na krtań i tchawicę, natomiast bardzo często na podniebienie, język, dziąsła, policzki i wargi.

Rokowanie przy błonicy, wiktłającej szkarlatynę, jest zwykle groźne, gdyż połowa tego rodzaju chorych umiera. Miejscowe leczenie ogranicza autor do częstego przepłukiwania ust i gardzieli, aby je utrzymać w czystości.

Zgorzel błony śluzowej i gardzieli dosyć rzadko się zdarza podczas szkarlatyny, i bywa w większej części przypadków powodem zejścia śmiertelnego. Przy tej

sprawie pomocnemi są środki antyseptyczne w postaci płukań i przestrzykiwań; najlepsze pod tym względem są płyny wysokokowe.

Przy rubeoli błona śluzowa gardzieli, krtani i tchawicy jest jednostajnie różowo zabarwioną, albo też przekrwienie ma kształt drobnych plamek. Rzadko sprawa dochodzi aż do nieżyty.

Przy ospie w okresie, zwiastunów, nie widzimy żadnych zmian w owych organach, natomiast podczas tworzenia się pryszczów mamy do czynienia albo z przekrwieniem i nieżytem błony śluzowej jamy ust, podniebienia, gardzieli, krtani, tchawicy i oskrzeli, albo w rzadszych wypadkach, dostrzegamy także pryszczę, które zwykle prędkiej ustępuje i nigdy nie są tak wielkie jak na skórze.

Ropiejące zapalenia podniebieniowych łuków, języczka i migdałów, a nawet ropnie pozagardzielowe niekiedy wiktłają ospę. Oprócz tego daje się niekiedy zauważyć krwawienie z błon śluzowych i krwawa zawartość pryszczów, w tych mianowicie razach, gdy to samo jednocześnie dzieje się i na skórze.

Błonicę bardzo często napotykamy w gardzieli i drogach oddechowych podczas przebiegu ospy i wtedy zwykle rokowanie bywa niepomyślne. Do następczych chorób ospy zaliczyć wypada *Perichondritis* i *oedema laryngis* jako ciężkie, a porażenie jednego lub kilku krtaniowych mięśni, jako lżejsze cierpienie. Pierwsze dwa wymagają raczej chirurgicznej pomocy a nieraz nawet tracheotomii, podczas gdy porażenie wkrótce samo przechodzi. *Oedema laryngis* najczęściej zdarza się w okresie łuszczenia. Przy owrzodzeniach w krtani poleca autor środki ściągające i żegania. Przy krwawej zawartości pryszczów—lodowe okłady na szyję, połykanie kawałków lodu i garbnik do wewnątrz.

*Varicella* prawie nie wywołuje zmian w powyższych organach; niekiedy lekki nieżyt, a bardzo rzadko 1—3 pryszczów,



nie więcej, rozwija się na błonie śluzowej gardzieli, lub dróg oddechowych.

*Tyfusowi*, zarówno wysypkowemu, jak brzuszemu towarzyszy zwykle w początkowym okresie ostry nieżyt gardzieli, krtani i tchawicy; najczęściej tylko krtani bywa zajęta. Chorzy mają chrypkę, tracą głos, nie mogą łykać i doznają bólu w okolicy krtani. Ten nieżyt krtani przy tyfusie trwa zwykle bardzo długo i często wytwarzają się przytem owrzodzenia uporczywe pozostawiające po sobie zwykle blizny i zwężenia.

Niekiedy i przy tyfusie spotykamy obrzęk krtani, a dosyć często błonicę gardzieli, krtani i tchawicy. W ostatnich tygodniach tyfusu często spostrzegamy porażenie mięśni gardzieli i krtani; perichondritis także dosyć często się zdarza i jest bardzo niebezpieczną. Rokowanie powinno być bardzo ogłędne przy owrzodzeniach, które wymagają natychmiastowego zastosowania ściągających środków i wzmacniania sił chorego, gdyż łatwo dają początek zapałeni ochrzęstnej.

Obrzęk krtani podczas tyfusu zwykle lekko przebiega, natomiast błonica, jest prawie tak groźną tutaj, jak przy szkarlatynie (50% śmiertelności). Porażenia mięśni są tém niebezpieczniejsze i cięższe, im wcześniej powstały i im większa liczba mięśni uległa porażeniu. Najgorsze jednak rokowanie bywa przy zapaleniu ochrzęstnej, które wymaga natychmiastowego wykonania tracheotomii.

Podczas *koklusu* autor, który kilka set dzieci badał wziernikiem krtaniowym, zawsze dostrzegał mniej lub więcej rozprzestrzeniony nieżyt krtani, lub górnej części tchawicy, a niekiedy i gardzieli. Nieżyt ten utrzymuje się zwykle przez cały czas trwania koklusu, niekiedy jednak ginie i znów powraca, co nawet po kilkakroć się powtarza. Natężenie i rozprzestrzenianie się niezylu zależy od częstości i siły napadów i od trwania choroby. Dosyć często przy silnych napadach zdarzają się nieznaczne krwawienia z błony śluzowej

węj gardzieli i dróg oddechowych; również krwawe podbiegnięcia w gardzieli i krtani nie należą do rzadkości. Małe owrzodzenia zdarzają się w krtani podczas koklusu, lecz łatwo i prędko się goją; a gdy długo trwają, zwykle rozwijają się wkrótce u chorego suchoty.

Obrzęk i błonicę bardzo rzadko można napotkać podczas koklusu.

Nieżyt dróg oddechowych przy koklusu ma skłonność do szerzenia się i przechodzi na najdrobniejsze oskrzela, wywołując następczą bronchopneumonję. Koklusz leczyć należy środkami miejscowymi; autor używa wdmuchiwań proszku z Morph. muriat. skr. 1, Zinc. sulf. skr. 2, Alumin. pół uncji, raz dziennie w ilości 2—20 gran.

L. Wolberg.

41. Dr. LEWIN. **Jedna z przyczyn krwotoków płucnych.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 51, 1882).

Autor stara się wykazać związek zachodzący między hemoroidami a krwotokami płucnymi. Przytacza zapytowania się na tę kwestyję rozmaitych badaczy, mianowicie: HERTZ uważa zależność krwotoków płucnych od hemoroidów za moment etiologiczny, wytworzony tylko w bujnej wyobraźni niektórych lekarzy. RÜHLE przypuszcza możebność tej przyczyny u osób ze zmianami patologicznymi w organach oddechania.

Według SEITZ'A, krwotoki płucne, jako następstwo zatrzymania odpływów hemoroidalnych lub miesięcznych, mogą się zdarzyć u ludzi nie posiadających żadnych zmian w płucach.

Autor podziela w zupełności zdanie SEITZ'A, przytaczając dwa przypadki z własnej praktyki:

Pierwszy tyczy się młodego człowieka, 27-letniego, posiadającego rozwinięte hemorojdy, który przebył silny krwotok płucny, poczem cieszył się zupełnym zdrowiem i najdokładniejsze badanie nie wykazało żadnych zmian w narządzie oddychania.

W drugim przypadku, kupiec wieku lat 27, cierpiący na hemorojdy, przedtém zu-

pełnie zdrow, uległ gwałtownemu krwotokowi płucnemu, utrzymującemu się kilka dni, po ustąpieniu którego nie wykazano żadnych zmian w płucach i chory szybko powrócił do zdrowia.

W końcu autor popiera swoją obserwacją doświadczeniami RÜHLE'GO, który zauważył, iż krwotoki płucne u ludzi hemoroidalnych powstrzymują się po przystawieniu pijawek do odbytnicy. Powstawanie tych krwotoków tłumaczy w sposób następujący: Układ naczyniowy przedstawia zamkniętą całość, która utrzymuje się w stanie normalnym przy jednostajnym rozdziale krwi; jeżeli zaś w pewnym miejscu nagromadzi się krew w większej ilości, wtedy organizm stara się utrzymać równowagę, pozbywając się nadmiaru krwi przez organ, przedstawiający najmniejszą odporność ścian naczyniowych.

#### C. Stiche.

42. Dr. BALMER. **Przyczynę do leczenia gruźlicy krtaniowej.** (*Ztsch. f. kl. M. Bd. 5 H. 3*).

Autor podaje wyniki swych spostrzeżeń nad działaniem jodoformu oraz rozтворów kreozotu i sublimatu przy gruźlicy krtani.

Co się tyczy *kreozotu*, autor zachęcony został doużycia go pomyślnymi rezultatami otrzymywanymi przez FRAENTZEL'A w początkowym okresie suchot płucnych. Do pędzlowań krtani używa następującej mieszaniny: *Rp.* kreosoti purissim. 1,5, Spir. vini rectificatissim. 40,0, Glycerini 60,0; pędzlować raz na dzień. Chorzy znosili ten środek po największej części dobrze. Na 15 przypadków w sześciu nastąpiła szybka poprawa: ból i trudność przy polykaniu zmniejszyły się, wrzody oczyszczały, lecz nigdy nie dochodziło do zupełnego zablźnienia.

*Jodoform* stosowano w 26 ciężkich przypadkach gruźlicy krtaniowej. Leczenie w żadnym z nich dłużej nad miesiąc nie trwało. Jeśli po upływie tego czasu nie było polepszenia, wówczas wybierano jakiś inny środek. Autor zaleca dodawanie

do jodoformu nieco eteru, następnie do otrzymanego w ten sposób bardzo miałkiego proszku dodaje kilka kropli olejku miętowego dla zniesienia przykrego zapachu. Wdmuchiwanie robiono 2 razy dziennie, po 8—10 gr. Jodoform wywoływał bardzo nieznaczne drażnienie błony śluzowej, tak iż kaszel pojawiał się rzadko. Jednakże chorzy tracili przy tem leczeniu apetyt, u niektórych zaś występowały mdłości i wymioty. Na 26 chorych u 9 nastąpiło polepszenie, u 3 zupełne zagojenie wrzodów. Ci ostatni okazywali w początku bardzo ciężkie przypadłości krtaniowe.

Ze swych spostrzeżeń nad działaniem jodoformu B. wnosi:

1) Jodoform oczyszcza wszelkie wrzody krtaniowe; 2) zmniejsza obrzmienie błony śluzowej krtani; 3) przyczynia się do zagojenia wrzodów, lecz tylko wówczas, gdy sprawa rozpadowa w płucach na pewien czas ustaje; 4) jest doskonałym środkiem przeciwnilnym, ale nie powstrzymuje rozwijającej się sprawy gruźliczej; 5) z powodu niektórych przykrych wpływów pobocznych należy go stosować jedynie po bezskutecznym używaniu innych środków.

Do użycia *sublimatu* zachęciło autora najnowsze odkrycie lasecznika gruźliczego KOCH'A. Sublimat, znany jako najlepszy środek niszczący bakterye, użytym był w rozcieńczeniu 1:1000 u 12 suchotników, w postaci pędzlowania krtani 2 razy dziennie. Zawiódł on jednak pokładane w nim nadzieje, gdyż nie spostrzeżono ani razu poprawy, ani razu wrzody nie oczyszczały się. Natomiast rozpad tkanki postępował w kilku przypadkach nader szybko. Szczególnego działania pobocznego nie zauważono.

P—i.

43. Dr. ASCH. **Tyfus brzuszny z następczém ropnym zapaleniem wątroby u dzieci.** (*Berliner klinische Wochenschrift Nr. 51*).

Jeden przypadek ropni wątrobowych przy tyfusie brzuszny u 10cioletniego dziecka był już opisany w roku 1875 przez

Dr. SIDLO, że jednak choroba zakończyła się wyzdrowieniem, rozpoznanie jej nie zostało stwierdzone na stole sekcyjnym.

Drugi przypadek obserwowany był przez Dr. TÜNGEL'A u mężczyzny 26-letniego. Obserwacja autora tyczy się 12-letniego chłopca, przedtem zupełnie zdrowego i silnego, który został przyniesionym na klinikę prof. KOHRT'A w Strasburgu wśród objawów gorączki, osłabienia i upadku sił.

Ósmego dnia choroby rozpoznano tyfus brzuszny. Gorączka ciągła 40,9 °C.; po podaniu salicylanu sodowego na krótki przeciąg czasu temperatura nieco spadła.

19-go dnia gorączka zaczęła stopniowo się zmniejszać.

21-go dnia zapalenie gardzieli, chory kilka razy wymiotował.

27-go dnia choroby po silnym dreszczu, ciepłota podniosła się do 41,1 i wystąpiły gwałtowne bóle w okolicy wątroby. Przy badaniu znaleziono w prawém podżebrzu guz sięgający do linii pępkowej, bolesny, elastyczny, nie dający się odgraniczyć od wątroby. Nie dostrzeżono żółtaczk, powiększenia śledziony, ani też rozszerzenia żył skórnych w okolicy pępka. Gorączka od tego czasu przybrała charakter przepuszczający.

35-go dnia choroby pacjent zakończył życie wśród objawów wycieńczenia i upadku sił.

W opisanym przypadku zachodziła wątpliwość w rozpoznaniu choroby; czy guz należało uważać za ograniczone zapalenie, czy też za ropień, kwestyja ta za życia nie została stanowczo rozstrzygniętą.

Przy sekcji znaleziono w kiszkiach bliźny po owrzodzeniach tyfusowych, ropnie w wątrobie i zropiałe gruczoły krezki biodro-kątniczj.

Autor kończy swój artykuł uwagą o leczeniu tyfusu brzuszego u dzieci, polecając letnie kąpiele, chinininę i salicylan sodowy.

C. Stiche.

44. Dr. WAGNER. **O zależności przebiegu tyfusu brzuszego od indywidualności chorego** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 32 H. III u. IV, s. 285*).

Wiadomo powszechnie, jak różnym bywa przebieg tyfusu nie tylko pod względem natężenia objawów lub charakteru pojedynczej epidemii, lecz także pod względem warunków osobistych chorego i jego otoczenia. Autor zwrócił uwagę na sposób pojawiania się tyfusu u ludzi bądź połączonych związkami pokrewieństwa, bądź obcych lecz będących w jednakowych warunkach otoczenia; spostrzeżenia swe podzielił na 3 kategorie:

1) Do pierwszej zaliczył przypadki, gdzie krewni, mieszkający razem, chorowali na tyfus mniej więcej jednocześnie. Tu należy 11 grup, z których jednak przytoczymy tylko najciekawsze: a) U dzieci jednej rodziny, krzywizny ciepłoty były prawie zupełnie identyczne pod każdym względem; wszystkie dzieci podczas całego trwania choroby objawiały skłonność do zaparcia stolca. b) U 2 siostr, z których jedna umarła, 12-go dnia tętno wynosiło po 140; ilość oddechów po 30 na minutę; u obu zauważono lekkie wzdęcie brzucha, znaczną sinicę obok niewielkiego nieżytu oskrzelowego, nieprzytomność i majaczenie, drżenie dolnych szczęk i rąk oraz przytępienie słuchu. a) Dwaj bracia i jedna siostra,—wszyscy podczas choroby mieli zaparcie stolca z umiarkowanym wzdęciem. d) Z członków rodziny (matka, syn i córka) dwoje zmarło skutkiem przedziurawienia jelita. e) Chorowali brat i siostra: pierwszy między 11 — 18 dniem choroby okazywał pewne zaburzenia nerwowe, polegające na częstem zgięciu głowy w tył i na bok lub marszczeniu czoła; siostra miała 10 dnia kilkakrotne krótkie napady drgawek klonicznych w przednich mięśniach szyi.

2) W drugiej kategorii autor umieścił przypadki jednoczesnego tyfusu u mieszkańców jednego domu, lecz nie spokrewnionych z sobą. Z 10 grup przytoczymy

tylko dwie: a) Z pomiędzy 4 chorych, u których tyfus ciężko przebiegał, trzech dostało recydywy. b) Dwoje narzeczonych przechodziło tyfus, u obojga były krwotoki kiszkowe.

3) Trzecią kategorię stanowią chorzy zarówno krewni, jak i obcy mieszkający razem. Tu należy 8 grup, z których tylko dwie zasługują na wzmiankę: a) Z liczby 5 chorych, dwóch (nie spokrewnionych) miały recydywę. b) 5 osób (rodzeństwo) przebyło bardzo ciężki tyfus; u 3 z nich spostrzeżono wyraźną skłonność do krwotoków (krwawienia z nosa, dziąseł, krwawy mocz i także wypróżnienia). *P-i.*

### III. Chirurgija i Dentystyka.

45. N. MAAS. **Krażenie krwi w kończynach dolnych.** *Die Circulation der unteren Extremität (Deut. Zeitsch. f. Chir. 17 Bd. 3 i 4 Heft.).*

46 H. BRAUN. **Podwiązanie żyły udowej tuż pod więzem POUPART'A.** *Die Unterbindung der Schenkelvene am Poupert'schen Bande. — (Arch. f. klin. Chir. v. Lang, 28 Bd. 3 H. 610 s.).*

47 H. BRAUN. **O zastosowaniu bocznej ligatury przy ranach żył** (*Ueber den seitlichen Verschluss von Venenwunden. Arch. f. klin. Chir. v. Lang. 28 Bd. 3 N. 654 s.).*

Rany żyły udowej powyżej ujścia żyły zaskórnej golenio-udowej (V. saphena niedawno jeszcze zaliczano do najcięższych obrażeń, w obec których wszelka pomoc chirurgiczna stawała się bezsilną. Sławne wypadki ROUX i LINHART'A, w których po podwiązaniu zranionej żyły udowej nastąpiła zgorzel kończyny i śmierć chorego, przejęły taką paniką ówczesnych chirurgów, że większość pierwszorzędnych powag odradzała stanowczo podwiązanie tej żyły; probowano zatrzymać krwotok uciskiem, a jeśli ten okazał się niedostatecznym, przystępowano za przykładem LANGENBECK'A, do podwiązania odpowiedniej tętnicy (Art. femor. comm. lub też Art. iliaca ext.). W roku

1871 pojawiła się praca BRAUNE'GO o żyłe udowej u człowieka („Ueber die Oberschenkel vene des Menschen“—Leipzig.—Veit et Comp.) w której to pracy B. na zasadzie licznych poszukiwań doszedł do przekonania, że żyła udowa jest jedynym naczyniem odprowadzającym krew kończyny dolnej—że wszystkie żyły, uważane dotychczas za anastomozy między żyłami kończyny dolnej i miednicy, są opatrzone zastawkami uniemożliwiającymi bezpośredni związek, że zatem podwiązanie żyły udowej musi koniecznie powodować zgorzel kończyny. W ten sposób naukowe badania potwierdziły istniejącą od dawna już empiryczną maxymę, a żyła udowa stała się prawdziwym *noli me tangere* dla chirurgów. W ostatnich jednak czasach pojawiły się pojedyncze obserwacje (jak np. ROSER'A, BERGMANN'A i t. d.), przemawiające za możebnością podwiązania żyły udowej powyżej ujścia żyły zaskórnej. Obecnie zaś prawie jednocześnie pojawiły się 3 prace, wyżej przytoczone, które o ile nam się zdaje rozstrzygają stanowczo kwestję na korzyść podwiązania samej żyły udowej. Ponieważ zaś każdy bez wyjątku lekarz, nie tylko specjalista chirurg, może się znaleźć w konieczności niesienia pomocy w razie przypadkowego zranienia żyły udowej, nie zdaje nam się więc rzeczą zbyteczną obnażać czytelników „Kroniki“ z metodą postępowania jaka jest w obecnej chwili najodpowiedniejszą.

MAAS opisuje 2 przypadki w których musiał podwiązać żyłę udową powyżej żyły zaskórnej wielkiej, z powodu rany powstałej przy wyłuszczeniu gruczołów limfatycznych pachwinowych, które w jednym przypadku podległy rakowatemu zwyrodnieniu (pierwotny rak prącia), w drugim zaś wyłuszczał gruczoły limfatyczne powiększone w skutek chronicznego zapalenia. W obu przypadkach bezpośrednio następstwem podwiązania była sinica odpowiedniej kończyny, która stopniowo znikala, tak, że w godzinę po podwiązaniu, żadnej już różnicy

w zabarwieniu obu kończyn nie było. Temperatura mierzona w symetrycznych miejscach obu kończyn wykazała nieznaczne wzniesienie ciepłoty po stronie choréj, do wieczora jednak różnica i pod tym względem zupełnie znikła. Co się tycze zejścia, w jednym przypadku (rak) nastąpiła śmierć w skutek powtarzających się wtórnych krwotoków tętnicznych (przy wyluszczeniu przecięto kilka tętniczek, udających się guza, tuż przy odejściu od tętnicy udowéj i te prawdopodobnie były źródłem wtórnego krwotoku), które zmusiły do podwiązania tętnicy udowéj (w 12 dni po pierwszej operacji); to drugie podwiązanie spowodowało dopiero wystąpienie zgorzeli. Drugi za to wypadek zakończył się zupełnem wyzdrowieniem.

Chociaż BRAUNE w pracy swéj zwracał uwagę, że szczęśliwe zejście podwiązania żyły udowéj przy ranach powstałych podczas wyluszczenia guzów, niczego nie dowodzi, albowiem podczas powolnego wzrostu guzów i stopniowego wzmaganie się ucisku na żyłę, może się wytworzyć krwobieg oboczny, który normalnie nie istnieje; to jednak M. przypuszcza, że oba opisane przez niego przypadki dają się zużytkować dla rozstrzygnięcia pytania o możebności podwiązania żyły udowéj, dla tego, że w obu żyła sama nie była uciśniętą, lecz przeciwnie oddzieloną od guza przez powięź szeroką uda uniemożliwiającą wszelki nacisk. Szczególniej drugi przypadek jest przekonywającym, ponieważ guz nie dochodził wielkich rozmiarów i rozwinął się zbyt szybko, aby przez ten czas mogło się rozwinąć jakie bądź krążenie oboczne. Jak to już wyżej powiedzieliśmy, M. zauważył w obu opisanych przypadkach wyraźne objawy zastójny żylny przed wyrównaniem krążenia, tymczasem przeglądając uważnie obserwacje podwiązania żyły udowéj z zejściem w zgorzel, nigdzie nie znajdujemy zanotowanych objawów zastójny. Jeśliby od nich zależeć miała zgorzel, musiałyby one jednak wystąpić je-

szcze widoczniej jak w przypadkach M., tak, że nie podobna przypuścić aby zostały pominięte w obserwacjach mających wszelkie cechy staranności. W przypadkach KÜSTER'A, GUSSENBAUER'A, LINHART'A, KRASKE'GO i t. d. nie napotykamy jednak żadnej wzmianki o zastójny, przeciwnie, z objawów opisanych wywnioskować by prędjéj można, że autorowie mieli do czynienia ze zgorzelą będącą następstwem bezkrwistości miejscowéj w połączeniu z gnilnem zakażeniem krwi.

Autor powtarzając wstrzykiwania BRAUNE'GO stwierdził istnienie zastawek wzmiankowanych przez tego ostatniego, z drugiejj jednak strony przekonał się, że ciśnienie tętnicze jest zupełnie wystarczające do ich przezwyciężenia, że zatem niepodwiązanie tętnicy jest jednym z koniecznych warunków wytworzenia krwobiegu oboczny po podwiązaniu żyły. Wnioski M.: 1) Trzeba przyjąć, że podwiązanie żyły udowéj nie jest niebezpieczne, jeśli ciśnienie w tętnicach nie uległo żadnej zmianie; 2) Zwiększające się po podwiązaniu ciśnienie w żyłach przezwycięża zastawki BRAUNE'GO i wytwarza krążenie oboczne przez żyły miednicy (circumflexa femoris interna et externa z jednéj, a obturatoria i glutea inferior z drugiejj strony); 3) Odptywowi krwi żylnéj można dopomóc przez zawieszenie kończyny i unikanie wszelkiego ucisku na okolice pośladkową; 4) Ciśnienie w żyłe udowéj może się tak zwiększyć, że żyła pęknąć może, w takich razach trzeba się uciec do podwiązania tętnicy.

Daleko bardziej wyczerpująca i rozstrzygająca kwestyję, rzec można, stanowczo, jest praca BRAUN'A. Zebrał on przede wszystkim możliwie dokładną statystykę ran żyły udowéj, i podzielił ze względu na sposób interwencyi chirurgicznéj na następujące działy:

1) *Podwiązanie jednéj tylko żyły po jej zranieniu*: ogółem 17 przypadków, 11 wyzdrowień, 6 śmierci (zgorzel pojawiła się u 2-ch chorych). Z téj liczby w 11 przy-

padkach zranienie nastąpiło przy wyluszczeniu guzów w okolicy pachwinowej— 8 wyzdrowień, 3 śmierci (ani razu nie było zgorzeli) u 6-ciu zaś rany były skutkiem innych obrażeń— 3 wyzdrowienia, 3 śmierci (2 razy powstała zgorzel).

2) *Podwiązanie jednej tylko tętnicy* (Art. fem. v. iliaca extr.) *po zranieniu żyły, lub też po zranieniu żyły i tętnicy jednocześnie*: ogółem 5 przypadków, 1 wyzdrowienie, 4 śmierci (2 razy wystąpiła zgorzel). Przy wyluszczeniu guzów: 3 przypadki, 1 wyzdrowienie, 2 śmierci (1 zgorzel); rany przypadkowe: 2 przypadki, 2 śmierci (1 zgorzel).

3) *Podwiązanie jednoczesne tętnicy i żyły*: ogółem 15 przypadków, 4 wyzdrowienia, 11 śmierci (7 razy zgorzel). Przy wyluszczeniu guzów 9 przypadków, 1 wyzdrowienie, 8 śmierci (4 razy zgorzel); z innych przyczyn 6 przypadków, 3 wyzdrowienia, 3 śmierci (3 razy zgorzel).—Już same te cyfry przemawiają za podwiązaniem jednej tylko zranionej żyły udowej; najbardziej uderzającą jest różnica zachodząca między rezultatami otrzymanym po podwiązaniu samej tętnicy lub obu naczyń w tych samych warunkach, i tak: kiedy w pierwszym razie na 11 przypadków ani razu nie wystąpiła zgorzel, w drugim na 9 obserwacji w 4-ch zanotowano zgorzel. Toż samo ma miejsce w przypadkach, w których rana żyły powstała z innych przyczyn, z 6-ciu przypadków leczonych podwiązaniem tętnicy lub obu naczyń, zgorzel wystąpiła w 3-ch przypadkach. Podług B. pojedyncze szczęśliwe zejścia, otrzymane po podwiązaniu obu głównych naczyń kończyny dolnej, dowodzą tylko, że zranienie tętnicy i żyły w przegubie pachwinowym nie może już być obecnie uważane za niewzruszone wskazanie do wyluszczenia uda, jak tego żądali NELATON, GÜNTHER, STROMEYER i inni, przeciwnie powinniśmy w takich razach zawsze zacząć od podwiązania obu naczyń i wyczekiwać; przyznać jednak

należy, że często będziemy zmuszeni wykonać wtórną amputację.

Autor zadaje sobie pytanie jaki właściwie cel chcieli osiągnąć chirurgowie radzący podwiązanie tętnicy przy ranie żyły udowej i przychodzi do przekonania, że: 1) spodziewali się za pomocą podwiązania tętnicy na tyle zmniejszyć siłę krwotoku, żeby do ostatecznego jego zatrzymania wystarczył słaby ucisk nie zamykający w zupełności światła żyły; 2) mieli nadzieję, że przez podwiązanie tętnicy polepszą warunki krążenia w kończynie, że spowodują do równowagi przyływ i odpływ krwi. Czy się te nadzieje ziściły?... Wcale nie. I tak: co do pierwszego: już obserwacje BUSCH'A, SCHINZINGER'A i LANGENBECK'A dowiodły, że podwiązanie tętnicy wcale nie jest dostatecznym do powstrzymania krwotoku żylnego, i że potem trzeba się było uciekać do podwiązania ciągle jeszcze krwawiącej żyły.—Co do drugiego: przyjąwszy istnienie zastawek BRAUNE'GO we wszystkich żyłach obocznych, trzeba też przypuścić, że dla wyrównania krążenia potrzeba pewnej siły, której właśnie będzie brakować jeśli podwiążemy tętnicę. Cały błąd jaki popełnił BRAUNE w swych doświadczeniach polegał na tém, że używał bardzo małego ciśnienia niezwróciwszy uwagi na to, że po podwiązaniu żyły ciśnienie w niej wyrówna ciśnieniu w tętnicy, i wtedy będzie dostateczne do wywołania niedomykalności opisanych przez niego zastawek. Autor stanowczo twierdzi że podwiązanie tętnicy przy istniejącej ranie, jest właśnie przyczyną zgorzeli, gdyż tak dalece obniża ciśnienie w żyłach, że to ostatnie nie wystarcza do przewyciężenia zastawek BRAUNE'GO.—Doświadczenia na trupach (których wiek był bardzo rozmaity od 3 miesięcy do 72 lat) potwierdziły w zupełności to zapatrywanie się autora. B. podwiązywał żyłę udową w samym przegubie, wstrzykiwał poniżej podwiązki płyn i określał za każdym razem ciśnienie, przy którym płyn wypływał z żył miednicy. *Wyniki*: wszystkich do-

świadczeń wykonał 40: w 8-miu przypadkach wystarczyło ciśnienie 10 do 20 mm. rtęci do przewyciężenia zastawek BRAUNE'GO; w innych 8-miu potrzeba było ciśnienia 50 — 70 mm. rtęci; w następnych 8-miu 70—120 mm.; znów w 8-miu 120—150 mm.; w 2-ch 150—180 mm.; nakoniec w 6-iu ostatnich przy ciśnieniu 200—300 mm. ani kropla płynu nie przechodziła do żył miednicy. Z doświadczeń tych wypływa że na 100 przypadków, w 85 zastawki BRAUNE'GO dają się przewyciężyć ciśnieniem 180 mm. rtęci, to jest właśnie takim do jakiego dojść może ciśnienie w podwiązanej żyłce udowej, jeśli tętnica nie była podwiązana; 15% wszystkich przypadków jest jednak takich, w których ciśnienie to nie wystarczy do przewyciężenia zastawek. Zwracając się do kliniki, zmuszeni będziemy twierdzić na zasadzie tych doświadczeń że: 1-o Jest pewna liczba przypadków w których po podwiązaniu żyły udowej krew bardzo łatwo odpływa przez anastomozy; wtedy krążenie w kończynie będzie zawsze zachowane czy podwiążemy samą żyłę czy też wraz z nią i odpowiednią tętnicę. 2-o Są przypadki w których zastawki BRAUNE'GO, w anastomozach między żyłami kończyny dolnej i miednicy, mogą być uczynione niedomykalnymi tylko za pomocą zwiększenia ciśnienia w żyłce udowej, co jest możebnem wtedy, jeśli tętnica nie będzie podwiązana, w przeciwnym razie zgorzel musi bezwarunkowo wystąpić. 3-o Pozostaje nakoniec pewna liczba przypadków, w których zastawki BRAUNE'GO nie dają się przewyciężyć, a wtedy musi nastąpić zgorzel po ligaturze żyły udowej, i nawet jednoczesne podwiązanie tętnicy nie uchroni od zgorzeli.

Rozumie się, że w każdym pojedyńczym wypadku, pojawienie się lub nie zgorzeli zależeć będzie nie tylko od mniejszej lub większej domykalności zastawek BRAUNE'GO, lecz od innych jeszcze warunków jak np. osłabienia działalności serca, nacieczenia krwią przestrzeni zawarty

między niepodatnymi powięziami, co może spowodować zaciśnięcie dróg obocznych i t. d.

Co się tycze niedomykalności zastawek BRAUNE'GO, nigdy nie można rozpoznać czy w danym przypadku dadzą się one przewyciężyć, czy też nie; ani wiek, ani płeć, ani usposobienie chorego nie dają nam pod tym względem żadnych wskazówek. Ten to wzgląd właśnie powinniśmy ciągle mieć na uwadze i starać się wszędzie, gdzie się to okaże możebnem, zatrzymać krwotok z zachowaniem choć w części światła żyły. Jako środki do osiągnięcia tego celu autor proponuje: ucisk, tamponadę lub *boczną ligaturę*. Ucisk daje się zastosować tylko przy niewielkich ranach klutych ale nigdy przy zranieniu żyły podczas operacji; w takich razach autor radzi *boczną ligaturę* (patrz niżej). Co się tycze położenia jakie trzeba nadać kończynie po zranieniu żyły udowej, takowe zależy od kierunku rany i metody użytej dla zatrzymania krwotoku i tak: jeśli ucisk wystarcza do powstrzymania krwotoku, to przy ranach poprzecznych trzeba zachować pozycję zgiętą, a przy podłużnych wyprostną; jeśli zaś wykonano ligaturę, to najlepiej utrzymać kończynę zawieszoną (Bergmann).

*Ostateczne wyniki.* 1-o Przy krwotokach z ran żyły udowej, powstałych przy wyłuszczeniu nowotworów lub też z innych przyczyn, a nie dających się powstrzymać uciskiem lub ligaturą boczną, trzeba zaraz wykonać podwójne podwiązanie samej żyły bez względu na wiek, płeć albo usposobienie chorego. 2-o Podwiązanie tętnicy ma zawsze szkodliwy wpływ na wyrównanie krążenia w kończynie, i może być chyba wtedy zastosowane przy ranach żyły udowej, jeśli podwiązanie tej ostatniej nie powstrzymało krwotoku.

W tym samym zeszytcie Archiwu Langenb. znajduje się druga praca tegoż autora o *ligaturze bocznej* przy ranach żył; jest ona w bezpośrednim związku z po-

przednią i dla tego przytaczamy ją tutaj w streszczeniu. Dawniejsi autorowie odrzucali stanowczo boczną podwiązkę zranionej żyły, opierając się na następującem rozumowaniu: 1-o boczna podwiązka nie powstrzyma krwotoku, gdyż elastyczne ściany żyły wysuną się pod naciskiem krwi; 1-o Faldy powstające na wewnętrznej powierzchni żyły sprzyjają wytworzeniu się zakrzepu, który właśnie przy ligaturze bocznej łatwo do zatoru doprowadzić może; 3-o nakoniec, krwotoki wtórne są bardzo częste, gdyż błona wewnętrzna przy bocznej ligaturze nie zostaje przeciętą, a do bezpośredniego sklejenia się nie jest zdolną. Autor analizuje znane dotąd w literaturze przypadki bocznej ligatury żył, wszystkich przypadków bez względu na metodę opatrunku zebrał B. 27, (24 ligatury, 3 zaciśnięcia otworu szczypczykami), z tych 17 zakończyło się wyzdrowieniem, 9 śmiercią w skutek ropnicy, w 1-nym zaś przypadku musiano się uciec do innego środka dla powstrzymania wtórnego krwotoku po zsunieniu się ligatury. Najlepszy rezultat dało boczne podwiązanie żyły pachowej (axillaris): wszystkie wyzdrowienia (5), potem żyła szyjowa wewnętrzna — 10 wyzdrowień, 3 śmierci, najgorszy zaś rezultat dała żyła udowa — 1 wyzdrowienie, 6 śmierci. Jeśli oddzielimy te przypadki, przy których zastosowano metodę LISTER'A, przekonamy się że na 11 przypadków było 8 wyzdrowień a tylko 3 śmierci. Czy przy zastosowaniu opatrunku przeciwnilnego światło żyły zostaje zachowane, na to pewnych danych nie mamy, i możemy wypowiadać tylko mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia. Dla rozstrzygnięcia tej kwestyi autor wykonał 12 doświadczeń na króliku (boczna ligatura żyły szyjowej zewnętrznej) i przekonał się, że krwotok następczy nie wystąpił ani razu, zakrzepu nigdy nie było, a zamknięcie rany następowało przez bezpośrednie sklejenie się błony wewnętrznej żyły. Tak więc na zasadzie danych klinicznych i do-

świadczalnych możemy twierdzić, że przy zastosowaniu ligatury bocznej może nastąpić zagojenie się rany żyłnej z zachowaniem światła naczynia.

Co się tycze przypadków, w których ligatura boczna jest wskazana, rozumie się, że należą tu rany wielkich żył jak: pachowa, biodrowa, szyjowa i t. d., lub też przypadki, w których jaką mniejszą żyłą obcięto tuż przy ujściu do żyły głównej. Pod względem wielkości rany, autor zwraca uwagę, że do podwiązania bocznego nadają się takie tylko rany, które nie są większe od  $\frac{1}{3}$  objętości żyły. W ogóle im rana jest mniejsza a żyła większa, tem rezultat po bocznem podwiązaniu powinien być lepszy. Trzeba unikać nakładania ligatury bocznej przy ranach większych i rozdzielających ściany naczynia w kierunku poprzecznym. Co się tycze sposobów wykonania bocznego zamknięcia zranionego naczynia, mamy do rozporządzenia: ligaturę, instrumenty zaciskające i szew. Pierwszy sposób najczęściej jest używany, autor przekłada jedwab nad katgut, gdyż pierwszy daje się lepiej wiązać, co przy ligaturze bocznej jest wielką zaletą. Ze wszystkich instrumentów zaciskających autor oddaje pierwszeństwo szczypczykom PEAN'A (pincés hemostatiques) lecz i tych nie radzi używać, gdyż już samo odejmowanie mogłoby być przyczyną nowego krwotoku. Nakoniec co się tycze szwu nakładanego na żyły, nic stanowczego dotąd o nim powiedzieć nie można; wprawdzie robiono kilka prób na zwierzętach np. GENSOUL, a CZERNY i SCHEDE wykonali go na ludziach, lecz z tych dwóch przypadków nie podobna jeszcze uczynić żadnych wniosków, tém bardziej, że przypadek CZERNEGO (szew żyły szyjowej wewnętrznej) zakończył się wtórnym krwotokiem, a tylko jeden przypadek SCHEDE'GO (szew nałożono na żyłę udową) zakończył się zupełnem wyzdrowieniem.

W końcu autor przypuszcza, że podwiązanie boczne zranionych żył, przy zastosowaniu ścisłego opatrunku przeciw-



gnilnego, wkrótce zyska sobie prawo obywatelstwa między metodami stosowanemi powszechnie przy ranach żył wielkich jak: szyjowa, pachowa, a szczególnie udowa powyżej ujścia zaskórnjej wielkiej.

*W. Krajewski.*

48. SCHMIDT. **Krzywicowe zniepodobnienie kości szczękowych i wpływ jego na ustawienie się szeregów zębowych.** (*Prager Zeitung* 1881).

VIRCHOW na zasadzie licznych drobnowidzowych poszukiwań wykazał, że zaburzenia w ogólnem odżywianiu, a przede wszystkim niedostateczne skostnienie chrząstek, wywołują zбочenia w budowie kośćca. Z zaburzeń ogólnego odżywiania krzywica ma bez zaprzeczenia największy wpływ na zбочenia kości. Wykazano, że krzywica kości głowy najprzód daje się zauważyć. WORONICHIN na 23,812 badanych dziecięcych czaszek, znalazł 10,086 krzywicowych.

S. przytacza, że trafiają się nieraz krzywicowe zбочenia szczęk u osobników, u których nie jesteśmy w stanie wykryć żadnej diatezy krzywicowej. Autor wypadki te objaśnia własnościami wrodzonymi, osobistą lub rasową.

Jako główną charakterystykę szczęk krzywicowych, należy przyjąć znaczną krótkość żuchwy i zgrubienie jej części bocznych jako też wyrostka zębodołowego; dla szczęki zaś górnej: wydłużenie samej kości szczękowej i zcieńczenie wyrostka zębodołowego.

W żuchwie, skutkiem zmniejszenia się jej w wymiarze podłużnym, przestrzeń zębodołowa jest znacznie krótsza, przez co zęby cisnąć wzajemnie na siebie podczas ząbkowania ustawiają się nienormalnie — osobliwie kły zwykle na zewnątrz zostają wypchnięte. Powierzchnie zaś gryzące zębów trzonowych małych i wielkich zwracają się ku wewnątrz w stronę języka.

W szczęce górnej wszystkie zęby zwykły kierować się na zewnątrz, przez co łuk zębowy traci swój normalny kształt eliptyczny. Przez takie ustawienie zębów w

szczęce górnej i żuchwie, żucie nie jest dokładne, gdyż zęby przeciwległych szeregów nie przylegają do siebie całą powierzchnią.

Autor usiłuje wyjaśnić przyczyny krzywicowego ustawienia zębów i przypuszcza, że główną rolę odgrywa tu działanie mięśni przy jednoczesnem zmięknieniu kości w skutek krzywicy. Mięśnie wywierające największy wpływ są: m. mylohyoideus, genioglossus i masseter.

Aby o ile możności zapobiedz wytworzeniu się krzywicowego zniepodobnienia szczęk, S. radzi oprócz przeciwkrzywicowego ogólnego leczenia, zagnać dziecko do dokładnego miażdżenia zębami twardszych pokarmów, aby tym sposobem wyćwiczyć głównie mięśnie żwacze, których działanie wpływa na oddalenie od siebie obu połów szczęki dolnej. Wreszcie S. radzi w takich razach ortopedyczne ćwiczenia za pomocą sztucznych aparatów, do danego wypadku zastosowanych.

*Kobyliński.*

#### IV. Akuszeryja i Pediatria.

49. **Z kliniki prof. C. Brauna.** (*Allg. Wien. med. Zeit. Nr. 51. 1882.*)

22-letnia pierwszy raz ciężarna, przybyła do kliniki w 8 miesiącu ciąży z objawami choroby BRIGHT'A. Znaczne obrzmienie części płciowych wywołało gangrenę warg mniejszych, szerzącą się coraz bardziej na zewnątrz. Ze względów higienicznych umieszczono ciężarną w oddzielnym pokoju z jedynie dla niej przeznaczoną opieką, oraz wyznaczono lekarza, który przez cały czas trwania kuracji, z resztą zakładu żadnych styczności nie miał.

Rokowanie było niepomyślne. W przypadkach podobnych zwykle następuje przedwczesny poród, rezultatem którego jest płód martwy lub niezdolny do życia, matka zaś najczęściej zmiera wskutek septycznych połogowych procesów.

Leczenie, przez pierwsze 3 dni, polegało na pilnie wykonywanem wstrzykiwa-

niu 3% wody karbolowej do pochwy, stosowaniu tymolowego opatrunku, oraz na dyjecie pożywniej. Czwartego dnia, temperatura dotąd normalna, podniosła się nagle do 40° C., poczem w kilkanaście godzin, dziecko żywe, wagi 2100 grm. dobrowolnie wydalonym zostało.

Dalsze szerzenie się gangreny, która już ogarnęła była uda, skłoniło do umieszczenia położnicy, natychmiast po jej rozwiązaniu, w kąpeli ciepłej. Piątego dnia ciągłego pozostawania w wodzie, stan położnicy nie przedstawiał nic do życzenia, normalna bowiem temperatura, dobry apetyt a nadto oczyszczanie się miejsc zgangrenowanych, nie budziły najmniejszej wątpliwości utrzymania jej przy życiu. Prof. B. to pomyślnie zejście przypisuje wyłącznie *kąpieli ciągłej*, nie stosowanej dotąd u położnic, a przeciw której, teoretycznie rzeczy biorąc, żadne przeciwskazanie nie istnieje.

J. E.

50. RICHARD POTT. **Specyficzna vulvovaginitis w dziecięcym wieku i jej leczenie.** (*Jahrbuch f. Kinderheilkunde* 1882. Bd. XIX. Hft. 1 pag. 71—82).

Cierpienie to wcale nie jest rzadkością; z pewnością częściej się zdarza, niż zazwyczaj sądzą, gdyż wiele wypadków nie dochodzi do wiadomości lekarza. Chorobę tę spotykamy już u nowonarodzonych dziewcząt, najczęściej jednak w pierwszych pięciu latach życia, w późniejszych latach ilość przypadków zmniejsza się, a w epoce dojrzałości płciowej znowu się powiększa. Z 3921 dziewcząt, ambulatoryjnie leczonych w Halli, 44 cierpiało na uporczywą vulvovaginitis, a mianowicie: do 5 lat, 27, od 5 do 10 lat, 13 i od 10—15 lat cztery dziewczynki. Wyptyw ropny, którego *zakaźny charakter nie podlega najmniejszej wątpliwości*, trwał po kilka tygodni, a nawet miesięcy. Napewno powiedzieć można, że jeżeli dziecko cierpi na „białe upławy“ to i matka jego (90 razy na 100 przypadków) cierpi na nie także. Przyczyną choroby jest w takim razie

*zakażenie rzerzączkowe, albo też utajony, lub wrodzony, nie zupełnie wyleczony przymiot.* Powstawanie zapalenia sromu i pochwy u nowonarodzonych tłómaczy się w ten sam sposób, jak Blenorhoea neonatorum, t. j. zarażeniem się śluzem matczynej pochwy podczas porodu. Oprócz tego zarażają się dzieci (starsze) wtedy, gdy śpią w jednym łóżku z zarażenymi rodzicami, co w biedniejszej klasie ludności tak często się zdarza. Chłopcy zarażają się rzadziej, jak dziewczęta, dla tego, że otwór napletka jest bardzo maleńki, a wewnętrzna jego blaszka silnie przylega do żołądki, co przeszkadza powstaniu Balano-postitidis.

Spółkowanie, obce ciała, samogwałt, przebyte ostre zakaźne wysypki, zołzy, a nadewszystko przymiot, bywają przyczyną tego cierpienia. Każdy wypadek powinien być dokładnie zbadany, ku czemu oprócz obejrzenia, służy badanie palcem i wzornikiem. Badanie małym palcem u dzieci, nie mających jeszcze 12 lat, nigdy nie obchodzi się bez przerwania błony dziewiczej, a prócz tego jest bardzo bolesnem; mniej bólu sprawia wprowadzenie wzornika pochwowego metalicznego, długiego na 10 ctm., szerokiego na 5—8 mm. (mniej więcej grubość katetera Nr. VIII—XII).

Cierpienie w mowie będące odznacza się takim samym ropnym wyptywem, jak u dorosłych, którego skład chemiczny nie przedstawia nic szczególnego. Najwięcej wydzieliny znajdujemy w pochwie, po za błoną dziewiczą. Wydzielina jest gryząca, tak że na udach spotykamy zwykle powierzchowne nadżarcia. Niekiedy powstają małe krwawienia z części płciowych, mające pozór przedwczesnej miesiączki.

Przebieg choroby jest długotrwały, co odbija się na ogólnym odżywianiu dziecka w sposób bardzo niekorzystny; oprócz tego następstwem choroby bywa nieraz zarośnięcie, zwężenie pochwy, bliźnowate przegródki itp.

Leczenie rozpoczynamy od przestrzy-

kiwań środkami ściągającymi (garbnikiem, alunem, cynkiem, lapišem); jeszcze lepsze są smarowania pochwy temi środkami za pomocą pędzelka. Również można polecić środki przeciwnilne: kwas borny, karboly, tymol i inne. W uporczywych wypadkach trzeba przerwać błonę dziewiczą. Obecnie jednak w *jodoformie* mamy doskonały środek przeciw temu cierpieniu i nie potrzebujemy się uciekać do wycięcia lub przedziurawienia błony dziewiczej. *Jodoformu* używamy w proszku, a jeszcze lepiej w postaci świeczek, które wprowadzamy do pochwy (świeczka ma pięć do ośm centymetrów, wprowadzamy ją głęboko, tak, by dolny koniec leżał po za błoną, nie wystając wcale na zewnątrz). W ten sposób zastosowany *jodoform*, od razu przerywa chorobę; w 12 wypadkach, tym sposobem leczonych, nigdy autor nie był zmuszonym po raz drugi wprowadzać świeczkę. Wyleczenie było zupełne, bez recydywy.

L. Wolberg.

51. M. HOFMEIER. **Zółtaczka noworodków.** Die Gelbsucht der Neugeborenen. (*Zeitschr. f. Geburtshilfe und Gynaekologie. Tom 8, r. 1882*).

Od bardzo wielu lat toczy się w medycynie dość ożywiony spór o naturę żółtaczki u noworodków, którą jedni uważają za następstwo zmian zachodzących w krwi (haematogen), drudzy zaś za następstwo przenikania żółci do krwi (hepatogen). Spór ten dotychczas nie został rozstrzygnięty.

HOFMEIER przez trzy ostatnie lata pilnie studyjował patogenezę żółtaczki u noworodków. Już od dawnego czasu zwrócił uwagę na fakt, że żółtaczka bardzo wczesnie występuje u noworodków, u których jednocześnie nie dają się spostrzec objawy, zależne od całkiem odrębnej przemiany materji, odbywającej się w pierwszych trzech dniach życia pozamacicznego, tak że mimowoli autor zadał sobie pytanie, czy żółtaczka nie jest w związku z ową przemianą materji.

Udowodnienie tego związku nie jest

łatwe, ponieważ przemiana materji u noworodków bardzo niedokładnie jest znaną. Autor w tym celu skrupulatnie i często ważył dzieci nowonarodzone i badał też moc. Badania te pokazały, że w pierwszych trzech dniach waga ciała szybko się zmniejsza; ilość moczu natomiast się powiększa stale do 10-go dnia, poczem znów się zmniejszać poczyna. Mocz zawiera znaczną ilość mocznika, kwasu moczowego, białka i kwasu fosforowego. Objawy te H. znalazł u wszystkich dzieci nowonarodzonych i w pracy swój, wydanej przed kilkoma laty (w 86 tomie archiwu VIRCHOW'A) wypowiedział zdanie, że zmiany powyższe należy uważać jako następstwo przyspieszenia przemiany materji pojawiającego się u dzieci nowonarodzonych wraz z rozpoczęciem się nowych, resp. wzmocnionych funkcj organów przy niedostatecznem odżywianiu. Nadto autor wówczas doszedł do wniosku, że im wczesniej dziecko zaczyna być dostatecznie pod względem ilościowym i jakościowym odżywiane, tém słabsze będą objawy zależne od przyspieszonej przemiany materji, t. j. tém mniej dziecko tracić będzie na wadze i tém mniej mocz zawierać będzie produktów rozszczepienia się białka.

W dalszym ciągu H., mając pod ręką liczny materiał, złożony z dzieci, dotkniętych żółtaczką, przekonał się, że zmiany powyższe, zależne od przyspieszonej przemiany materji (ubytek na wadze ciała i mocz bogaty w produkty rozpadu białka) znaleźć można stale i to w daleko wyższym stopniu przy cięższych formach żółtaczki, w lżejszych dzieci straciły na wadze w przeciągu 3 pierwszych dni 93% w 5,60% ogólnej wagi.

Ten ubytek na wadze, zdaniem WINCKEL'A, pochodzi z trzech przyczyn: 1) skutkiem oddania smołki i moczu, 2) skutkiem rozpoczynającej się funkcji skóry i wreszcie 3) skutkiem utraty tłuszczu. Z obliczeń MARTIN-RUGES'A, HOFMEIER'A i VIERORDTA wypada, że dziecko przez pierwsze 3 dni traci na wadze 265 grm., a ponieważ według

ściślych obliczeń KRUEGERA, BOUCHANEA, BARTSCHA i innych, w tymże czasie przyjęty pokarm (mleko) może być oceniony na 180 grm., przeto na czysto dziecko traci jeszcze 85 grm. Ta strata nie pochodzi z tłuszczu, jak utrzymuje WINCKEL, ale z *własnego białka*, o czém autor przekonał się, badając mocz. Mocz ten zawiera jak to już było powiedzianém, produkty rozpadu białka w tém większej ilości, im natężenie żółtaczki jest większe.

Autorowi oprócz tego udało się po licznych próbach odkryć w moczu dzieci cierpiących na żółtaczkę barwnik żółciowy. Na zasadzie powyższych danych autor wyprowadza wniosek, że 1) *żółtaczka u noworodków jest bardzo ściśle związana: a) ze zmniejszeniem się wagi ciała podczas pierwszych 3 dni i b) ze wzmożoném w tymże czasie wydzielaniem się mocznika, kwasu moczowego i białka.*

2. *Stałym zjawiskiem żółtaczki u noworodków jest obecność żółtego barwnika w moczu.*

Źródłem ubytku białka u dzieci w pierwszych kilku dniach są zdaniem autora, rozpadające się ciała czerwone krwi. Uwolniony zaś skutkiem tego barwnik krwi jest przyczyną żółtaczki. Że ta ostatnia jest w związku z utratą ciałek czerwonych krwi, na to mamy liczne dowody: Wstrzykiwania w krew kwasów żółciowych (FRERICHS), wody (HERMANN), wziewania chloroformu i eteru (NOTHNAGEL, BERNSTEIN), rozrzedzając lub zmieniając krew, sprowadzają żółtaczkę i barwnik żółciowy w moczu. Oprócz tego wiadomo, że żółtaczka stale towarzyszy chorobom ropnicowym i zakaźnym. Wreszcie można doświadczeniami stwierdzić zależność żółtaczki od rozpadania się ciałek czerwonych krwi: Dowiedzioną jest rzeczą, że wdychania chloroformu i eteru przyspieszają rozpad ciałek czerwonych; nadto wiadomo, że chloroform i eter dostają się do naczyń łożyskowych. Otóż H. przekonał się, że z 22 dzieci, które przyszły na świat po zachloroformowa-

niu matek, 16 dotkniętych zostało silną żółtaczką. Oprócz tego H., obliczając ilość ciałek czerwonych w pierwszych 4 dniach życia pozamacicznego również się przekonał, że znaczna ich ilość ginie; u dzieci zaś, dotkniętych żółtaczką, ginie ich daleko więcej.

Na tej zasadzie H. wnioskuje, że *powstawanie żółtaczki przypisać należy zmianom, zachodzącym w samej krwi.*

Pozostaje wykazać związek przyczynowy pomiędzy rozpadaniem się ciałek czerwonych krwi a występowaniem żółtaczki. H. w ten sposób rozumuje: Ponieważ rozpadanie się ciałek czerwonych krwi odbywa się głównie w wątrobie (LANDOIS, HERMANN, FUNK, HEIDENHAIN) a jednym z ważniejszych ostatecznych produktów rozkładu barwnika krwi jest barwnik żółciowy, przeto następstwem rozpadania się wielkiej ilości ciałek czerwonych, będzie niezwykła obfitość barwników w żółci. Żółć ta, której wydzielanie w pierwszych dniach jest bardzo znaczne skutkiem rozpoczęcia się funkcji kiszek, dostaje się do krwi, (do czego prawdopodobnie przyczynia się wąskość przewodu żółciowego i wspólnego) wywołuje żółtaczkę. Zapatrywania autora w ten sposób streścić się dają:

1. U każdego noworodka skutkiem rozpoczęcia się nowych, a po części wzmożenia poprzednich funkcji, przy niedostatecznym z początku odżywianiu, następuje okres, podczas którego noworodek zużywa część własnego ustroju.

2. Zużytem zostaje białko obiegowe tj. ciała czerwone krwi.

3. Uwolniony barwnik krwi zostaje w wątrobie zamieniony na barwnik żółciowy.

4. Ponieważ skutkiem rozpoczynającej się funkcji kiszek, wydzielanie się żółci w pierwszych dniach jest bardzo obfite, przeto część jej, bogata w barwnik, przechodzi w krew, wywołując żółtaczkę.

Nieprzerwany ten łańcuch zjawisk czyli żółtaczkę wprost zależną od stosunków

odżywiania, pojętego zarówno w znaczeniu ilościowym, jako też i jakościowym.

Pogląd autora godzi dotychczasowe teorie żółtaczk u noworodków, gdyż przypuszcza i zmiany w samej krwi i przedostanie się żółci do krwi.

Ponieważ powyższe zmiany powstają we krwi każdego nowonarodzonego dziecka, przeto u każdego znaleźć można lekki stopień żółtaczki, która może być tak nieznaczną, że łatwo zostaje przeoczoną. Wyrażna tylko żółtaczka jest zjawiskiem patologicznym, tém bardziej, że dowodzi nieprawidłowego odżywiania dziecka. W końcu autor podaje 6 spostrzeżeń wykazujących wpływ odżywiania na powstawanie żółtaczki. W 3 pierwszych przypadkach dzieci od początku były karmione piersią matki, przyczem żółtaczki nie dostrzeżono. W ostatnich 3 przypadkach dzieci od pierwszej chwili były sztucznie karmione, *wystąpiła bardzo silna żółtaczka.* *H. Goldblum.*

## MISCELLANEA.

52. **Teoryja pasorzytowa** w tych czasach ustawnie zdobywa wawrzyny. Jeżeli nie przypiszemy zbyt wielkiego znaczenia wykrytym przez profesora LEYDEK'A bakterjom zapalenia płuc, które wy dobył z żywego osobnika za pomocą strzykawki PRAVAZ'A, przyznać musimy, że świeże publikacje BOCKHART'A z Würzburga, jakkolwiek jedne dotychczas, na największą zasługują uwagę i jak najstaranniejszego wymagają sprawdzenia. B. mianowicie powiada, że FEHLEIZEN szczepił ze skutkiem bakterje otrzymane z róży (erisypelas) i wywołał prawdziwą różę (przy fibroma molluscum i przy raku sutki). BOCKHART sam zaszczepił mikroby rzeżączkowe (w czwartym pokoleniu) 46-letniemu mężczyźnie, wstrzyknąwszy je do cewki; trzeciego dnia nastąpił wypływ ropy, *(Révue d'hyg. et de pol. san. Dec. 1882).*

53. **Mikroorganizm nosaczny.** Drowie SCHÜTZ i LÖFFER odkryli organizm mający być przyczyną tej choroby. Szczepienie hodowanych żyjatek wydało rezultat dodatni. *(Wien. med. Blätter 51/82).*

54. **Pasteur** zajmuje się obecnie szczepieniem choroby wieprzów zwaną „le rouget“ albo „mal rouge du porc“, która poczyniła znaczne spustoszenie w nierogaciznie departamentu Vaucluse. P. szukał i znalazł bakterję tej choroby przedstawiającą się w postaci delikatnego błyszczącego ciała. Zaszczepił

pił limfę zawierającą te bakterje czterem wieprzom, poczem groźnych objawów nie obserwował. Wieprze przewiezione do miejscowości, w której panowała epizooja nie uległy chorobie, podczas gdy inne dwa przywiezione dla porównania zachorowały i zdechły. *(Le Praticien 51/92).*

55. **Ehrlich** na posiedzeniu towarzystwa lekarzy szpitala Charité w Berlinie podaje, że mocz choroby na gruźlicę i tyfus przyjmuje pod wpływem roztworu kwasu sulfanilinowego i amoniaku barwę mocno czerwoną; gdy tymczasem w moczu cierpiących na choroby zapalne i inne gorączkowe zabarwienie to nie występuje.

*(Berl. klin. Woch. Nr. 1 1883)*

56. **Polemika Kocha w Pasteurem.** Uwaga niemieckiej prasy lekarskiej zwróconą została obecnie na odpowiedź KOCHA PASTEUR'OWI, względem zarzutów poczynionych przez tego ostatniego na kongresie gienewskim pierwszemu. Odpowiedź wydana w postaci broszury, około dwóch arkuszy druku obejmującej, nosi tytuł „Über die Milzbrandimpfung. Eine Entgegnung auf den von Pasteur in Genf gehaltenen Vortrag von Dr. K. Koch, geh. Regierungsrath. Kassel und Berlin, Verlag von P. Fischer i wychodzi jednocześnie we francuskim przekładzie. Obszerną wzmiankę o tej odpowiedzi podaje „Wiener med. Blätter“. Broszura przedstawia szereg wybuchów sarkazmu roznamiętnionego bakterjologa i odznacza się równie nieparlamentarnym stylem jak frazesa wypowiedziane przez autora na kongresie. Przytaczamy dla charakterystyki tej „niemożliwej polemiki“ parę ustępów z niej:

„W przedsiębiorstwach przemysłowych może być dozwolone, a nawet niekiedy bywa wskazane utrzymywanie w tajemnicy okoliczności, które towarzyszyły pewnemu odkryciu; w nauce jednak istnieje inny zwyczaj. Kto ma pretensję do zaufania w świecie naukowym, ten obowiązany jest ogłaszać w ten sposób poszukiwania swoje, ażeby każdy mógł sprawdzić take, PASTEUR nie stosował się do tej reguły;“ albo:

„PASTEUR komunikuje z doświadczeń swych tyle tylko, ile na korzyść jego teorii przemawia, co zaś jest mu nie po myśli, o tem milczy nawet wówczas, gdy stanowi to główną treść doświadczenia. Postępowanie takie byłoby stosowne dla reklamy kupieckiej“ i t. p.

Przy tego rodzaju frazesach w istocie nie zbyt czynnymi są słowa autora: „nie odmawiam jednak z drugiej strony uznania swego zasługom jego dla nauki“.

Nie ulega wątpliwości, że zasłużona i oparta na trwałych podstawach wielonych już oddawna do nauki sława PASTEUR'A bynajmniej nie ucierpi na tego rodzaju krytyce, lecz z drugiej strony mało znajdzie się światłych czytelników, którzy nie wezmą jej za złe autorowi.

57. G. JOHNSON—**Nowa próba na białko.**—*A new test for albumen (The Lancet Tom II Nr. 18; r. 1882).* W roku 1874 S. JOHNSON odkrył, że kwas pikrynowy (acidum picricum) strąca białko. Robiąc w przeciągu kilku ostatnich miesięcy liczne próby, autor przekonał się, że nasycony roztwór kwasu pikrynowego istotnie jest bardzo dobrą próbą na białko, znajdujące się w moczu: Kwas pikrynowy, dodany do moczu prawidłowego, nie wywołuje w nim, oprócz lekko żółtawego zabarwienia, żadnych zmian. Jeżeli zaś mocz zawierał białko, kwas ten uadzwyczaj szybko wytwarza osad tym większy, im więcej jest białka w moczu. Zdaniem JOHNSONA, próba ta jest daleko lepsza, aniżeli próba z kwasem azotnym, który dodany do moczu zawierającego tylko ślady białka, dopiero po pewnym czasie wywołuje lekkie zmętnienie; w tych samych warunkach dodanie pewnej ilości nasyconego roztworu kwasu pikrynowego bardzo szybko tworzy osad. Osad tą drogą wytworzony z trudnością rozpuszcza się w większej ilości wody; łatwo się rozpuszcza w kali causticum i ammonium.

Autor dodaje, że ponieważ kryształy lub sproszkowany kwas pikrynowy szybko rozpuszcza się w moczu, przeto zamiast roztworu można wprost dodać suchy kwas pikrynowy. Ma to bardzo ważne znaczenie w prywatnej praktyce, gdyż łatwo mieć przy sobie kwas, który przez długi czas nie traci swych własności. Próbę więc na białko można zaraz przy łóżku chorego wykonać. Sproszkowany kwas pikrynowy szybciej się rozpuszcza w moczu, aniżeli kryształiczny.

W następnym (19) N. Lancetu F. W. PAVY donosi, że *kwas metafosforyny* w formie suchej również jest b. czułą próbą na białko. H. G.

58. Ehrlich podaje nowy sposób barwienia laseczników gruźliczych, używa mianowicie wody anilinowej (woda nasycona olejkami anilinowymi i prze-filtrowana), do której dolewa po kropli spirytusowego roztworu Methylviolettu lub Fuchsyny aż do opalescency. Do tak przygotowanego płynu wkłada szkiełka przykrywkowe, na których zasuszono płowociny badane i pozostawia je w nim kwadrans lub 1/2 godziny. Następnie wyjmuje preparaty i traktuje kwasem azotnym rozcieńczonym wodą (1:2), pod wpływem kwasu cały preparat się odbarwia, a tylko laseczniki zatrzymują barwnik. Koch przyznaje wyższość metodzie EHRlich'a.

59. Prof. Vachetta w Pizie w liście do prof. FISHER'a poleca gorąco swą metodę znieczulania, polegającą na podaniu operowanemu na kwadrans lub pół godziny przed chloroformowaniem pewnej ilości wina (60 do 100 ctm. sześciennych zależnie od przyzwyczajenia lub konstytucji chorego). Wino działa pobudzająco, chory odważniej poddaje się operacji, znieczulenie następuje bardzo szybko, puls przez cały ciąg operacji nie traci nic na pełności, czasem tylko wolniej. Dwuletnie stosowanie tego sposobu na klinice chi-

rurgicznej prof. LAUDI w Pizie nie potwierdziło obaw wygłoszonych przez H. FISHER'a w jego Podręczniku chirurgii połowej (17 zeszyt Deutsch. Chir. wydawaney pod redakcją Billroth'a i Lucke).

(Berl. klin. Woch. Nr. 1 1883).

60. **Nowy środek przeciwko przewlekłej dysenterji.** Dr J. JARDIN („Chinese Customs Rep“) uważa *koroniko* (z rośl. *Veronica parviflora*) jako wyborny środek przeciwko chronicznej dysenterji (trwającej od 6 tygodni do 4 lat i przy 20—40 wypróżnieniach dziennie). Po 15 dawkach nalewki *koroniko* ilość stolców zmniejsza się o połowę, następne 15 dawek redukują ilość stolców do 3—4 dziennie, wreszcie ostatnie 15 dawek sprowadzają zupełne wyleczenie. Nazwa *koroniko* pochodzi prawdopodobnie z Nowej Zelandji.

(The New-York Med. Record. 24 82).

61. **Alkaloid kotoina przeciwko bieguncie.** ALBERTONI („Annali Univers. di med. o chir.“ 29/82) stosował w 100 przypadkach biegunki, przeważnie u obłąkanych, kotoinę (alkaloid kory Coto odkryty przez JOBST'a) i zaleca środek ten jako nader skuteczny przy bieguncie u obłąkanych, przy katarze kiszki, przy bieguncie u chałacznych osobników, suchotników, starców i dzieci małych (ssawców). Dawka wynosi 0,15—0,20 gramów.

(Allg. Med. Centr. Zeitung. December 1882).

62. **Cascara** (Rhamnus purstiana) jako środek przeczyszczający przy obstrukcyi przewlekłej wypróbowaną została przez Dra. CERTER'a z Liverpoolu. Najlepiej jest zmieszać wyciąg z dwoma częściami gliceryny lub z syropem i zadawać trzy razy dziennie po łyżeczce.

(Medic. Rec. 24/82).

63. **Nowy przetwór kumysu.** Dra. LEHMANN'a, zyskuje coraz więcej zwolenników w Niemczech i w istocie, według krytyki miejscowej oddaje widoczne usługi w pewnych przypadkach chorób żołądka lub płuc. (Allg. med. Centr. Zeitung. December 1882).

64. **Vidal** radzi używać acidum pyrogallicum przy szankrze miękkim, szczególnie jeśli ten ostatni ma charakter fagiedeniczny. V. stosuje ten środek w maści (acid. pyrogallici 20,0 vaselini 80,0) lub w proszku (acid. pyrogall. 20,0 amyli pulv. 80,0).

(Progrès Medical Nr. 1 1883).

65. **Prof. Hoffmann** z Dorpatu donosi, że faradyzacja jest wybornym środkiem przeciw odmożeniu, 2 do 5 posiedzeń wystarczy do wyleczenia.

(Berl. klin. Woch. 2. 1882).

66. **Przeciwko bólowi porodowemu** zaleca LEBERT (Archives de toxicologie, Juni 1882) bromek etylu (bromure d'etyl'e). Środek ten użyty w podobny sposób jak chloroform usuwa bóle porodowe nie wpływając na kurczce macicy, a więc i na przebieg porodu; przytomność bywa zachowaną, niebezpieczeństwa nie ma nawet przy stosowaniu etylu przez ciąg kilku godzin.

(Allg. Med. Cent. Ztg. Dec. 1882)

67. **Częstość chorób narządów płciowych u kobiet obłąkanych.** W liczbie 200 kobiet obłąkanych wykrył Dr. DANILLO pomienione choroby u 162 (80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>). Z liczby zaś 140 miesięczkujących (w wieku 15—42 lat) tylko 20 było wolnych od chorób macicy. Najczęściej obserwowano ostre lub przewlekłe zapalenie macicy, rzadziej zmiany w położeniu, zaburzenia w miesięczkowaniu, zapalenia jajników itp.

68. **Nagła śmierć podczas porodu.** HEINRICHS (*Centr. für Gyn.*) opowiada o 38-letniej kobiecie, która nagle podczas porodu dostała kurczów w brzuchu i w kończynach dolnych, a wkrótce zmarła. Sekcja wykryła pęknięcie aorty.

69. **Wrodzony brak śledziony** wykrył profesor SCHEUTHAUER w Peszcie u 70cio-letniej wyrobnicy, zmarłej tamże w szpitalu św. Rocha. Krążą pogłoski, że rozpoznano u niej za życia przerost śledziony(!). (*Wien. med. Blätter.* 51/82).

70. **Albinismus artificialis.** BIDDER w Monachium wstrzykiwał królikom pod skórę 33 3<sup>0</sup>/<sub>0</sub> chlorku potasu. Po upływie około 2 miesięcy wyrastały w odpowiednich miejscach skóry kępki włosów białych 1—3 cent. kwadr. wielkości mające.

(*Wien. Med. Blätter.* 51/82).

71. **Przeciętna liczba osób mogących być hipnotyzowanymi.** Dr. LIÉBAULT (*Revue médicale de l'Est*) obliczył, że na 1014 osób, które próbował hipnotyzować, 27 nie doznało żadnego wrażenia, 33 czuły się zmęczone i śpiące, u pozostałych zaś doświadczenia wywołały sen, począwszy od lekkiego (100 osób) aż do najgłębszego.

72. **Przyczyny malarii.** SIGNOR TORELLI, który wydał mapę dowodzącą przewagi malarii we Włoszech, twierdzi, że najważniejszymi przyczynami tej choroby są: rozprzestrzenienie kolei i wytopienie lasów. Kolejowe nasypy przeszkadzają naturalnemu drenowaniu, a wyrąbanie lasów wywołuje długie susze, które sprawiają, że ziemia wysycha i staje się porowatą jak gąbka; gdy wtedy deszcz upadnie, woda zamiast spłynąć, pochłoniętą zostaje przez ziemię, która wskutek tego pozostaje długo wilgotną i wydaje zgubne wyziewy.

(*Med. Rec.* 23 XII 82).

## Wiadomości bieżące.

**Warszawskie towarzystwo lekarskie.** 2-go stycznia odbyło się posiedzenie wyborcze. Obrano na prezesa kol. Orłowskiego, na wice-prezesa kol. Gopnera, na sekretarza rocznego kol. Mayzla, do komisji mającej sporządzić regulamin dla komitetu sanitarnego: kol. Nenckiego, Markiewicza, Przewoskiego i Rogowicza; na pomocnika bibliotekarza kol. Peszke'go (kandydata przedstawionego przez biblio-

tekarza); do komitetu oceny rozprawy konkursowej imienia Heblicha: Dobrzyckiego, Dunina, Gajkiewicza, Grosssterna i Sokołowskiego. Nadto obrano kol. Lebedzińskiego i Kryżego do zarządu kasy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierót po lekarzach pozostałych; kolegów Brauna i Rogowicza dla wzmocnienia zarządu Towarzystwa. Wreszcie wybrano przez głosowanie na członka czynnego kol. Polaka. Na członków honorowych wybrano kol. Dawida Rosenthala i doc. Kopernickiego.

**Komisja sanitarna krakowska** odbyła w dniu 19 z. m. pod przewodnictwem Dra. WARSCHAUER'A posiedzenie, na którym Dr. BUSZEK (fizyk miasta) zawiadomił obecnych o ciągłym pomyślnym stanie sanitarnym miasta; obecnie brak wszelkich epidemii w mieście.

(*Przełg. lek.* 51/82)

**W Krakowie** 21-go grudnia został obranym na prezesa Tow. lek. docent OBALINSKI. Redaktorem „Przełgądu“ pozostał dr. BLUMENSTOK.

(*Przełg. lek.* 52/82).

**W Akademii medyko-chirurgicznej** w Petersburgu przystąpiło w tym roku do ostatecznego egzaminu przeszło 280 studentów, z których znaczna większość egzamin ukończyła.

(*St. Petersb. medic. Wchnschr.* 48 82).

**Ilość gości kąpielowych** u wód kaukaskich wynosiła w r. z. 4045; tak wielkiej liczby nie pamiętają zarządy. Najwięcej przybywa z Petersburga i z Moskwy. (*St. Pet. med. Wchnschr.* 48/82).

**Towarzystwo zwolenników homeopatii** znajduje wielu stronników w Rosji. P. Zibarowa ofiarowała jednorazowo 1000 rubli na rzecz towarzystwa. W ciągu 6 miesięcy 3008 chorych otrzymało poradę, a w tej liczbie 576 nawet i leki bezpłatne! Natomiast wielu znanych lekarzy BAUCHFUSS, BYSTROW, DITMANN, KRASOWSKI, CZUDNOWSKI i EICHWALD odmówiło pomocy swęj w kontrolowaniu leczenia homeopatycznego.

(*Wrucz* 49/82).

**W Pradze** odmówiono kwalifikacji lekarce Fr. KERK, która otrzymała stopień w Zürichu.

(*St. Petersburg med. Wchnschr.*)

**W sprawie** czeskiego wydziału lekarskiego, minister oświecenia poleca prof. LANGER'OWI, ażeby zajął się urządzeniem instytutu anatomicznego, który będzie już prawdopodobnie otwarty w roku 1883/84; wydział zaś przed rokiem 1884/5 otwartym być nie może.

(*Wien. med. Blätter* 51/82).

**W Jnnsbruck'u**, 7-go grudnia r. z. został uroczyście otwarty nowy wybudowany instytut patologiczno-anatomiczny.

**Komisja ministeryjalna**, złożona z dwóch znanych powag, Drów EULENBERG'A i SKRZECZK'I udała się do Koblency dla zbadania pod względem lekarsko-policyjnym miejscowości dotkniętych powodzią.

(*Allg. med. Cen. Ztg.* Dec. 1882).

**Protoktorat** wydziału austriackiego wystawy higienicznej w Berlinie przyjął na siebie arcyksiążę Rudolf. (*Wien. med. Presse.* 51—82).

**Farmakopea niemiecka.** Według obwieszczenia kanclerza państwa niemieckie wydanie *Pharmacopoeae Germanicae* (ed. II) zostało ukończone (nakładem K. Decker'a).

(*Berl. klin. Wochr.* 46—82).

**W Berlinie** w rb. czterech profesorów wykład da higienę: Wykład SKRZECZKI jest czysto teoretyczny, GUTTSTADT wyklada również teorię, ale pod jego kierunkiem odbywają się wycieczki do większych zakładów berlińskich. ZUELZER ma wykład praktyczny we własnej pracowni, a WOLFHÜGEL w „Reichsgesundheitsamt“. Nadto FALEK wyklada policję lekarską.

(*Révue d'hyg. et de pol. san. Déc.* 1882).

**W Berlinie** 10 marca rozpoczyna się nowy cykl tak zwanych kursów wakacyjnych (Ferienurse) dla praktycznych lekarzy; wykłady trwać będą do połowy kwietnia.

**Ósmy międzynarodowy kongres lekarski** odbędzie się w Kopenhadze w 1884 roku, posiedzenia trwać będą od 10 do 16 sierpnia. Prezesem komitetu gospodarczego jest prof. PANUM.

(*Berl. klin. Woch. Nr.* 1 1883).

**Prof. Tilden** w Washingtonie zbadał bukiet, który otrzymał Guiteau od swej siostry w wigilię egzekucyi. Znalazło się w bukiecie tym pięć granbiatego arsenu.

(*Brit. med. Journ. Octob.* 1882).

**Gwałciciele grobów w Richmond i Filadelfii.** Wykryto, że z cmentarza w pobliżu Richmond systematycznie wykradano ciała na użytek medycznego kolegium. Świeżo schwytano dwóch studentów przy wygrzebywaniu ciał do anatomicznych doświadczeń, skazano ich na sześć miesięcy więzienia. Aresztowania dokonane w Filadelfii za także przestępstwo zwróciły powszechną uwagę, niektóre powagi kolegium medycznego Jeffersona są w tę sprawę zamieszane. Smutny fakt gwałcenia grobów zdarza się jednak tylko w tych miastach Stanów Zjednoczonych, gdzie kolegia nie są dostatecznie zaopatrzone w materiał do badań naukowych.

(*Med. Rec.* 23 XII 82).

**Piec do palenia zwłok** ma być w bardzo krótkim czasie wybudowany w New-Yorku; znajdować się będzie za miastem.

(*Med. Rec. Decemb.* 9. 1882).

**W Waszyngtonie** 26 listopada r. z. spalono zwłoki zmarłego w Alleghany lekarza Dr. Ehrhart'a.

(*The Med. Rec.* 24 82.)

**Według doniesień z Kairu** użyte zostały zarówno przez rząd egipski jak przez radę sanitarną

najenergiczniejsze środki, ażeby zapobiedz przeniesieniu cholery do Egiptu. Statki rządowe El Chibin, Dil el Bahr i Dongola oddane zostały do rozporządzenia rady, liczba (300) żołnierzy przeznaczonych do posług sanitarnych została zwiększoną o 100, ażeby utworzyć jak najcisłszą kwarantannę. Ze względu na te środki, a nadto na małą ilość pielgrzymów (22000, z których tylko około 3000 przeszło kanał Suezki), wreszcie ze względu na pomyślne wiadomości otrzymane z miejsc świętych, wypada przypuszczać, że Egipt i Europa na ten raz zostaną zwolnione od epidemii.

(*Deutsche medic. Wochenschr.* 50—82).

„**Le Praticien**“ podaje następujący stosunek liczby lekarzy do ludności: na 1 milion mieszkańców przypada: w Austrii 610, Anglii 600, Francji 291, Niemczech 312, we Włoszech 610, w Szwajcaryi 706, w Stanach Zjednoczonych 1624.

**Statystyka służby zdrowia** w armjach pierwszorzędnych państw europejskich wykazuje, że w Rosyi przypada 1 lekarz na 400 żołnierzy, w Niemczech na 320, w Austrii na 426, we Francji na 512, we Włoszech na 786. (*Wien. med. Blätter.*)

**Porównanie chorób** przeważających w Londynie i w Paryżu, w październiku r. z.

Londyn:	Paryż:
ludność 3,893,272	ludność 2,231,928
ospa 13	25
durzyca brzuszna 130	801
plonica 304	3
odra 139	22
blonica 164	103
koklusz 95	22
choroby pęłogowe 21	15

(*Annales d'hyg. et de méd. lég. Dec.* 1882).

**Księgarnia Th. Fischer'a** (Berlin. Dorotheenstrasse, 8) ogłasza, iż na żądanie dostarcza preparaty mikroskopijne ustrojów patologicznych. Preparaty sprawdzone są przez prof. FLÜGGE'GO. Pierwsza serja składa się z 12 preparatów zawierających łasieczniki gruźlicy, obrzęku złośliwego, posocznicy, trądu, rzeżączki, złośliwego zapalenia wsierdza, gorączki powrotnej. Cena 40 franków; zbiory zupełne kosztują 70—100 franków.

## Nekrologija.

W Monachium 15 grudnia rz. umarł nagle prof. HESKKE, dyrektor instytutu położniczego, jeden z najznakomitszych akuszerów niemieckich. W Berlinie zmarł Dr. LOTTAR MEYER znany z działalności na polu policji lekarskiej.

Wydawca:

Dr. Bauerertz Adam.

Redaktor:

Dr. Kazimierz Filipowicz.