

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija doświadczalna.

73. STOLNIKOW. **Przyczynę do nauki o czynności trzustki podczas gorączki.** Beiträge zur Lehre von der Function des Pancreas im Fieber. (*Arch. Virch. T. XC. Z. 3. 1882*).

Dla zbadania wpływu gorączki na czynności trzustki autor postępował w dwojaki sposób. Najpierw robił u psów stałe przetoki trzustkowe i badał wpływ gorączki na wydzielanie soku trzustkowego; następnie inne psy, gorączkujące, zabijał w rozmaitych okresach trawienia, wyjmował trzustki, przygotowywał z nich wyciągi glicerynowe i badał siłę fermentów w tych ostatnich znajdujących się. Gorączkę u zwierząt wywoływał za pomocą podskórnego wstrzykiwania gnijącej krwi lub zgniłych drożdży.

Wnioski z bardzo licznych, nader sumiennych i ścisłych doświadczeń autora są następujące:

1. Wydzielanie soku trzustkowego pod wpływem sztucznie wywołanej gorączki najprzód się zwiększa (co trwa bardzo krótko — od kilku do kilkunastu godzin), następnie znacznie zmniejsza i nakoniec zupełnie ustaje.

2. Gdy wydzielanie soku trzustkowego ustaje, nowy bodziec (n. p. spożycie pokarmu) nie jest w stanie go wywołać.

3. Wpływ gorączki na wydzielanie soku trzustkowego przychodzi do skutku prawdopodobnie drogą działania wstrzykniętego gnijącego płynu na nerwy wydzielnicze. Z początku następuje pobudzenie tych nerwów a następnie depresyja, ztąd początkowe zwiększenie wydzielania z następczem zmniejszeniem.

4. Trzustki zwierząt zabitych wkrótce po wywołaniu u nich stanu gorączkowego, zawierają silniejsze fermenty niż w stanie prawidłowym. Trzustki zaś zwierząt zabitych po kilku dniach trwania gorączki zawierają fermenty daleko słabsze. Innemi słowy: wytwarzanie się fermentów w trzustce w początkach gorączki zostaje wzmożone, a w dalszym jój przebiegu znacznie osłabione.

5. Podczas gorączki, wahania w ilości trypsiny, zawartej w trzustce, są daleko mniejsze niż wahania w ilości fermentu emulsyjującego tłuszcze i dyjastazyjnego.

6. Wpływ gorączki na zawartość fermentów w trzustce przychodzi prawdopodobnie do skutku drogą działania wstrzykniętego gnijącego płynu na nerwy troficzne.

M. Rejchman.

II. Medycyna wewnętrzna.

74. Prof. W. EBSTEIN. **Natura i leczenie dny.** Die Natur und Behandlung der Gicht. (*Wiessbaden 1882, str. 160*).

Pod powyższym tytułem wyszła niedawno monografia, w której autor przedstawił całkowity obraz patologiczny, a w części i kliniczny dny.

Pierwsze wzmianki o dnie znajdujemy już u HIPPOKRATESA. Z innych autorów starożytnych SENEKA mówi o jój powstawaniu skutkiem zbyt rozwiązłego życia. CAELIUS AURELIANUS w III wieku po N. Chr. zwraca uwagę na dziedziczność dny. W 17 wieku SYDENHAM pierwszy opisał dnę dokładnie na zasadzie spostrzeżeń, na sobie samym czynionych. Po nim BOÉRHAVE oprócz znanych już przyczyn przytacza jeszcze zaraźliwość dny, ponieważ

kobiety, które wyszły za artrytyków, również dnie podlegały. Odkrycie WOLLASTONA, który w złogach dnawych (*Nodi arthritici*) znalazł kwas moczowy, nie wiele jeszcze przyczyniło się do wyjaśnienia patologii dny. Dopiero pierwszy GARROD wykazał, iż krew artrytyków zawiera moczian sodu w nadmiernej ilości. Jednakże twierdzenie jego, jakoby dna powstawała skutkiem zmniejszonej zdolności wydzielniczej kwasu moczowego w nerkach, oraz jakoby alkaliczność soków przy dnie była zmniejszoną, nie wystarczało wcale do wyjaśnienia objawów dnawych.

Odtąd fizjologia usiłowała wciąż wykryć siedlisko tworzenia się kwasu moczowego i sposób jego powstawania. Tak CHARCOT przypuszczał, iż obfitsze wytwarzanie się kwasu moczowego jest wynikiem czynnościowego zaburzenia wątroby; CANTANI poczytywał kwas moczowy jako następstwo zaburzeń odżywczych w chrząstkach stawowych, więzach i ścięgnach.

I. Anatomija patologiczna dny.

1. *Nerka dnawa.* Zmiany dnawe w nerkach polegają: 1. na marszczeniu się jej wskutek śródmiąższowego zapalenia i 2. na złogach krystalicznego moczanu sodu. Sprawa zapalna rozszerza się mniej więcej równomiernie po całej nerce, natomiast co do siedliska złogów soli moczowych pozostają jeszcze niejaki wątpliwości. CORNIL i RANVIER oraz LITTEN utrzymują, iż moczany nagromadzają się głównie w kanałkach prostych, z kąd przenikają do przestrzeni śródmiąższowych. LANCEREAUX jest tego samego zdania, dodając, iż nagromadzone masy soli moczowych powoli niszczą same kanaliki. Podług DICKINSONA moczian sodu nagromadza się przedewszystkiem w tkance łącznej śródmiąższowej, gdzie wywołuje zapalenie przewlekłe czyli tak zwaną nerkę ziarnistą.

EBSTEIN na zasadzie swych poszukiwań twierdzi, iż w nerkach dnawych, tak mączkowato zwyrodniałych, jako też i w tych, które nie podległy zwyrodnieniu, krystaliczne złogi moczanu sodu leżały w

pewnego rodzaju substancji jednolitej, w której za ledwo gdzieś można było wykazać pojedyncze zachowane jeszcze komórki. Substancja ta wystąpiła na miejscu zniszczonych zgorzelinowo kanalików moczowych. Dokoła tych ognisk rozpadowych tworzy się odczynowe zapalenie rozmaitego natężenia. Najwięcej takich ognisk autor znajdował w warstwie rdzeniowej, niekiedy jednak i kłębki obumierały w podobny sposób.

Co się tyczy mączkowato zwyrodniałych nerek dnawych, wokoło ognisk nekrotycznych ani w bezpośredniem ich otoczeniu nie następował właściwy odczyn zapalny, jakkolwiek w pozostałych częściach nerki można go było zauważyć.

Autor odróżnia 2 formy ognisk zgorzelinowych w nerkach dnawych, z których w pierwszej całkowicie, w drugiej zaś tylko częściowo ognisko bywa wypełnione krystalicznymi złogami moczanów. W tej ostatniej formie złogi zajmują niekiedy część środkową, obwód zaś bywa od nich wolnym. Ognisk bez złogów autor nie znajdował nigdy.

Możnaby przypuścić, że ogniska rozpadowe nie są niczem innym, jak rozszerzonymi kanalikami moczowymi, wypełnionymi bezkształtną masą, która zawiera złogi soli moczowych. Przypuszczenie to byłoby błędne, gdyż autor nigdy nie mógł wykazać bezpośredniego związku tych ognisk z kanalikami, a również nie znajdował w nich ani nabłonka, ani błony zasadniczej. Przeciwnie, kanaliki nie tylko nie ulegają rozszerzeniu, lecz obumierają i znikają.

Obecność ognisk zgorzelinowych nie jest jednak nieodzownym warunkiem przy każdej sprawie dnawej. Owszem istnieją przypadki, gdzie 1) nerki znajdowano zupełnie zdrowymi; 2) nerki mogą ulegać przewlekłemu zapaleniu, bez odkładania się moczanów; 3) gdzie znajdowano przewlekłe śródmiąższowe zapalenie nerek z kryształkami moczanów w kanalikach moczowych; 4) nakoniec mogą istnieć jedno-

częście ogniska rozpadowe z krystalicznymi złoгами moczanów oraz same kryształki moczanów w kanalikach moczowych.

2. Dna chrząstek stawowych szklistych.

Jak wygląda makroskopijnie chrząstka stawowa w cierpieniu dnawem, jest rzeczą powszechnie znaną i dla tego kwestyję tę pomijamy. Drobnowidzowe zmiany dotychczas niezupełnie dokładnie zostały jeszcze zbadane i przedstawiają pewne sprzeczności. Dwa następujące pytania pozostają do rozstrzygnięcia. 1) w której z części składowych chrząstki zjawiają się kryształy moczanów — czy w substancji międzykomórkowej, czy w samych komórkach lub też w obudwu razem? i 2) jaki wpływ wywierają złogi moczanów na tkankę chrzęstną?

Co do pierwszego: BIRCH-HIRSCHFELD znajdował złogi nieregularnie w chrząstce rozrzucone; BRAMSON, ROKITANSKY i FÖRSTER tylko w substancji międzykomórkowej; nakoniec GARROD tylko w komórkach chrząstkowych. CHARCOT wykazał obecność krystalicznych moczanów w komórkach za pomocą kwasu octowego. CORNIL i RANVIER znaleźli w początku dnawego cierpienia stawów tylko zwykłe zaburzenia odżywcze chrząstek, polegające na infiltracji komórek kryształkami moczanów sodu. Tym sposobem pierwotna sprawa chorobowa rozpoczyna się w komórkach biorących tém samém czynny w niej udział. Podług RINDFLEISCH'A komórki chrząstkowe stanowią punkt środkowy gwiazdowatych pęczków krystalicznych, infiltrujących chrząstkę; lecz same w tworzeniu się kryształów żadnego *czynnego* udziału nie przyjmują.

Co się tyczy wpływu złożeń soli moczowych na chrząstkę, zdania również są podzielone. Podczas gdy GARROD i CHARCOT oprócz zwykłej infiltracji moczanami znajdowali chrząstki zawsze nienaruszonemi, CORNIL i RANVIER widzieli to tylko w początkowym okresie dnawego cierpienia stawów. W późniejszym zaś o-

kresie sole wywierają wpływ drażniący na chrząstkę, powodując w niej zapalenie, które dla gołego oka przedstawia się w postaci błękitnawych punktów, a w których pod drobnowidzem znaleźć można bujanie komórek. W ten sposób chrząstka zostaje zniszczoną na drodze czysto mechanicznej, tracąc właściwą sobie sprężystość.

Własne poszukiwania EBSTEIN'A przekonały go, iż bezpośrednio pod swobodną powierzchnią chrząstki znajduje się cienka warstwa, wolna od moczanów. Dalej idzie warstwa, obfitująca najbardziej w sole moczowe, które jednak dosięgają pewnej tylko głębokości, a nie infiltrują chrząstki całkowicie. Kryształy moczowe składają się z igieł skrzywionych w jedną stronę lub esowato i ułożonych w kształcie szprychów lub pędzelka. To nasuwa autorowi myśl, czy kryształy te nie idą w kierunku włókienek, które TILLMAUS jako składową część substancji międzykomórkowej w chrząstkach szklistych wykazał.

Jaki jest stosunek kryształów soli moczowych do chrząstek? W górnych warstwach chrząstki, zawierających dużo soli, nie znajdujemy wcale komórek chrząstkowych, a prócz tego substancja zasadnicza chrząstki okazuje budowę w części włóknistą, w części ziarnistą lub zupełnie jednolitą. W tych miejscach tkanka chrząstkowa ma skłonność do rozpadu, jakkolwiek pozostaje jeszcze w pewnym dość ścisłym związku ze zdrowymi częściami otaczającymi. Zwyrodnienia mączkowatego w dotkniętych dną częściach chrząstki autor nie znalazł. Tak więc i tu mamy podobne ogniska zgorzelinowe, jak w nerkach, dokoła których istnieje także podrażnienie zapalne, uwydatniające się bujaniem komórek chrząstkowych. W świetle polaryzacyjném przy skrzyżowanych pryzmatach NICOL'A autor znalazł, iż każda grupa złożeń moczowych otoczona jest tkanką chrząstkową, łamiącą światło pojedynczo, gdy tymczasem części chrząstki, leżące poniżej, załamują promienie światła podwójnie.

3. *Zgorzelinowe ogniska dnawe w innych tworach łącznotkankowych* wydarzają się o wiele rzadziej.

a) W chrząstce włóknistej widać w miejscach najliczniejszego nagromadzenia moczanów, szczególniej w pobliżu wolnego brzegu, pojedyncze rozsiane ogniska rozpadowe, gdzie włóknistość jest zupełnie zatartą i brak komórek chrząstkowych.

b) *W ścięgnach* znajdują się zmiany, podobne do powyższych; występują one także głównie w miejscach licznego nagromadzenia kryształów soli moczowych, dokoła których istnieje obfita drobnokomórkowa infiltracja. Obok ognisk, w których tkanka ścięgna została zniszczoną i które barwią się mocno bismark-braunem, widać jeszcze pojedyncze jądra.

c) *Złogi dnawe w luźnej tkance łącznej podskórnej i między mięśniowej* podobniej się przedstawiają. Od dawna znanym jest fakt istnienia kwasu moczowego w pocie artytryków, nie wiadomo jednak dotąd, czy stanowi on coś typowego. Autor w każdym razie przypuszcza możność powstawania ognisk rozpadowych w skórze.

Sumując wszystkie opisane tu zmiany patologiczne, można powiedzieć, iż charakterystycznem dla dny jest powstawanie *zgorzeli tkanek w miejscach, gdzie się znajdują złogi krystaliczne soli moczowych*. Wytwarzanie się tych ognisk zgorzelinowych poprzedzanem bywa przez okres „rozpadania się“ t. j. gdzie obumarzenie nie jest jeszcze zupełnem i gdzie nie ma jeszcze moczanów w postaci *krystalicznej*. Pierwotną sprawą jest zaburzenie w odżywianiu tkanek, następczą — krystalizowanie moczanów.

Przyczyną zaś, wywołującą obumieranie tkanek, jest wedle autora pewna, trudno rozpuszczalna, zawierająca związki moczanów, substancja dnawa, powodująca w ograniczonych częściach tkanek, z którymi się styka, zniszczenie, podobnie jak mocne kwasy lub zasady.

II. *Dna u zwierząt oraz sztuczne wywo-*

tywanie złogów soli moczowych w ustroju zwierzęcym.

1. *Dna u zwierząt* jest zjawiskiem niesłychanie rzadkiem. Jeden tylko BRUCKMÜLLER mówi o dnie u ssących w postaci guzików wielkości orzecha leśnego, zawierających moczan sodu. VIRCHOW opisał dnę guaninową u świń. Więcej wzmianek w literaturze napotykamy o ptakach i gadach.

2. *Doświadczenia.* Pierwszy GALVANI, a w naszych czasach ZALESKI, CHRZĄSZCZEWSKI, PAWLINOFF, SCHRÜDER i COLASANTI podwiązywali bądź moczowody, bądź aortę lub żyłę czczą dolną i otrzymywali złogi soli moczowych w tkankach. EBSTEIN jednak nie zadowolnił się tém, lecz postanowił zbadać, czy da się wywołać zgorzel tkanek tam, gdzie są złogi, oraz czy dokoła tych ognisk jest zapalenie odczynowe? Doświadczenia robił na kogutach, którym zastrzykiwał podskórnie sole chromowe, aby podrażnić nerki i powstrzymać wydzielanie kwasu moczowego. Wtedy znajdował po pewnym czasie moczany w stawach oraz w pochwach ścięgien. Po podwiązaniu moczowodów było toż samo. Szczególną uwagę zwrócił E. na wątrobę kogutów, w której znajdował ograniczone ogniska, napelnione kryształami moczanów; komórki wątrobowe w ogniskach tych znikły prawie zupełnie; dokoła istniała infiltracja drobnokomórkowa. To samo w sercu i nerkach, lecz w ostatnich tylko po zastrzyknięciu chromianu potasu, po podwiązaniu zaś moczowodów nie. Z tego okazuje się, iż *można u zwierząt wywołać sztucznie zmiany podobne do dnawych u człowieka.*

III. *Działanie kwasu moczowego na narządy zwierzęcego ustroju.*

EBSTEIN, jak się zdaje, pierwszy dopiero zwrócił uwagę na ogniska zgorzelinowe przy dnie. Natomiast co się tyczy innego zaburzenia odżywczego t. j. zapalenia dnawych, jest faktem od dawna znanym, że dokoła złogów moczowych występuje sprawa zapalna. Ponieważ jednak

E. uważa zgorzel dnawą za coś specyficznego, przeto chce upatrywać ścisły związek pomiędzy owemi trzema wzmiankowanymi sprawami: a) zapaleniem, b) ogniskami, dopiero ulegającymi zgorzeli (*necrotisirend*) i c) ogniskami zgorzelinowymi (*necrotisch*); wiadomo bowiem, iż zgorzel bywa niekiedy następstwem zapalenia. Jeśli kwas moczowy jest przyczyną tych zmian, to trzeba dowieść tego doświadczeniami na zwierzętach. GARROD, RINDFLEISCH, CORNIL i RANVIER przypisują moczanom wpływ drażniący tkanki, jako ciałom obcym; lecz BRAUN, CANTANI, BARTELS, HAIDENHAIN nie widzieli szkodliwego wpływu po zastrzykiwaniu zwierzętom do krwi soli moczowych.

Asystent EBSTEINA DAMSCH wykonał szereg doświadczeń. W 20 minut po zastrzyknięciu królikowi słabo alkalicznego roztworu moczanu sodu do żyły szyjowej, znajdował tę sól gołym okiem w nerkach w postaci białych smug, równoległych do kanalików moczowych, szczególnie w warstwie rdzeniowej, a po części i w korze. Pod drobnowidzem smugi te składały się przeważnie z bezkształtnych mas, wewnątrz kanalików leżących; mniejszą zaś ich część stanowiły sferyczne masy, wypełniające kanaliki niemal zupełnie. Nabłonek kanalików był w tych miejscach spłaszczonym. Po dodaniu jakiegokolwiek alkalicznego roztworu do preparatu widać było, iż w miejscu sferycznych mas, złożonych z kryształów moczanów, istnieją komórki z wyraźnym jądrem, a na miejscu bezkształtnych mas znajduje się po rozpuszczeniu moczanów drobnoziarnistą substancję z okrągłemi jądrami, ale komórki napotykać się bardzo rzadko. Kłębki pozostają prawidłowemi.

Z tego widać, że oprócz wydzielania moczanów przez nabłonek nerkowy, występują jeszcze przy tém pewne inne zmiany mięszkowe w nerkach, będące w związku z zastrzykiwaniem moczanów do żyły szyjowej.

Własne doświadczenia autora pokaza-

ły: 1. że kwas moczowy wpływa upośledzająco na tkanki zwierzęce i 2. że nie wszystkie narządy jednakowo oddziałują na wpływ kwasu moczowego.

Aby się przekonać, czy i chemicznie czysty kwas moczowy lub jego połączenie z sodem istotnie działają toksycznie, autor wstrzykiwał je królikom do jamy otrzewnej, przedniej komórki oka, nerki, muszli usznej i rogówki. Najlepiej i najdogodniej badać rogówkę, w której autor niewątpliwie wykazał zmetnienie, a pod drobnowidzem nacieczenie drobnokomórkowe, więc podrażnienie istniało w rzeczy samej. Po dłuższym czasie z owego zmetnienia wytwarzała się na rogówce biała, prawdziwa blizna (t. zw. *Leukoma*). Zastrzykiwanie do mięszu rogówki ksantyny, guaniny, kreatyny, kreatyniny i kwasu hipurowego nie dało zmian powyższych.

IV. Dna ze stanowiska klinicznego.

GARROD dzieli dnę na 2 grupy: dnę prawidłową i nieprawidłową. *Prawidłowa*, która może być ostrą i przewlekłą, polega na specyficznym zapaleniu tkanek, należących do jednego lub kilku stawów; *nieprawidłową* nazywa G. postać, w której istnieją ciężkie zaburzenia ze strony narządów, nie będących w związku ze stawami.

Podział GARROD'A nie ma faktycznej wartości, gdyż i stawy i rozmaite inne narządy mogą jednocześnie ulegać działaniu kwasu moczowego. Natomiast EBSTEIN przyjmuje: 1) pierwotną dnę stawową i 2) pierwotną dnę nerkową. Pierwsza napotyka się częściej i bywa przeważnie udziałem klas zamożnych; drugą napotykamy daleko rzadziej a przebieg jej jest cięższym. W obudwu formach pierwotnych — stawowej czy nerkowej — występuje na pierwszy plan wpływ *kwasu moczowego*. Wszyscy prawie autorowie zgadzają się, iż *nagromadzenie i zastój kwasu moczowego w sokach skutkiem niedostatecznego wydzielania się tegoż jest nieodzownym warunkiem powstawania dny*. Czy przy tém kwas moczowy wytwarza się także w *nadmierniej*

ilości, jest to jeszcze pytanie niezupełnie rozwiązane. Zastój, o którym mowa, może podobnie jak każdy inny, być nietylko ogólnym, ale i miejscowym. *Ogólny* bywa wtedy, gdy narządy, wydzielające kwas moczowy, tj. nerki, działają niedostatecznie; *miejscowy* następuje wówczas, skoro istnieje przeszkoda w przedostawaniu się kwasu moczowego z jednego z miejsc, w których się tenże wytwarza, do soków krążących. Tym sposobem miejscowe przeszkody mogą istnieć nietylko w różnych punktach, ale i być wynikiem różnych przyczyn. W pierwszym razie t. j. przy *ogólnym* zastoju kwasu moczowego, cierpienie nerek jest zjawiskiem pierwotnym, a zastój kwasu moczowego w sokach i tkankach—wtórnym. W drugim razie, tj. przy zastoju *miejscowym*, nerki mogą długo pozostawać zdrowymi, natomiast skutki zastoju kwasu moczowego widnieją w innych narządach, z których na pierwszym miejscu pod względem ważności i częstotliwości stoi

1. *Pierwotna dna stawowa*. GARROD sądzi, iż nerki przyjmują poważny udział w cierpieniu, nawet przy łżejszych i wczesnych postaciach dny stawowej; SENATOR że nerki w przewlekłej, nietypowej formie dny ulegają wprawdzie cierpieniu, lecz bardzo rzadko w początku choroby. EBSTEIN sądzi, iż mogą istnieć przypadki pierwotnej dny stawowej, przy której nerki aż do śmierci pacyenta pozostają zdrowymi, podczas gdy stawy i inne narządy zostały dną dotknięte; z drugiej strony przy pierwotnej dnie nerkowej stawy pozostać mogą nienaruszonymi.

Nie wdając się w bliższe szczegóły tak odnośnie do tej, jak i do innych hipotez, autor zwraca uwagę na narządy, którym przypisują mniej lub więcej czynny udział przy tworzeniu się kwasu moczowego. Tu należy przedewszystkiem *śledziona*. Że powiększone wydzielanie kwasu moczowego pozostaje bez wpływu na powstawanie dny, dowodzi tego fakt, że nigdy nie zauważono istnienia u jednego i tego samego chorego

dny i białaczki (Leukaemia), jakkolwiek wytwarzanie się kwasu moczowego przy białaczce istotnie bywa wzmożonym.

Tak więc zdaniem autora przyczyny pierwotnej dny stawowej szukać należy w samych ulegających cierpieniu dnawemu kończynach, a mianowicie w mięśniach i kościach. Do tego poglądu skłania go doświadczenie kliniczne, anatomija oraz szereg spostrzeżeń chemicznych.

Pod względem *klinicznym* najwięcej znanymi objawami są: uczucie zmęczenia, bóle ciągnące w kończynach, osłabienie mięśniowe w czasie napadów z poprzedzającymi je kurczami w łydkach. *Chemicznie* nikt nie wykazał jeszcze kwasu moczowego w normalnych mięśniach, gdy tymczasem znaleziono go przy niektórych chorobach (tyfus, przymiot — NEUKOMM). W mięśniach i szpiku kostnym artrytyków nie znaleziono jeszcze wprawdzie kwasu moczowego, lecz autor wierzy (? — *spraw.*), iż to z czasem nastąpi. Natomiast E. przeczy zdaniu niektórych (CANTANI, SENATOR), jakoby tkanka łączna wogóle, a chrząstka w szczególności grały pierwszorzędną rolę przy tworzeniu się kwasu moczowego. Według E. kwas moczowy przenika do chrząstek stawowych wraz z materyjałem odżywczym z sąsiednich kości.

Rozbierając przypadłości, spostrzegane podczas typowego napadu dny, mianowicie: a) gwałtowny ból, b) połyskującą, napiętą wskutek obrzmienia skórę i c) następcze łuszczenie skóry po ustaniu obrzmienia i zapalenia; widzimy tu wielkie podobieństwo do *róży*. Musimy więc przypuścić nagromadzenie się w czasie *napadu* dny pewnej substancji drażniącej *in loco affecto*, którą to substancją jest kwas moczowy. Tym sposobem każde *ostre* (nagle) skupienie w okolicach stawowych, soków, zawierających mocznik, prowadzi nie do zwykłych obrzęków, lecz do istotnej sprawy zapalnej.

Przypuszczając tedy, iż w pierwotnej dnie stawowej kwas moczowy tworzy się

w układzie mięśniowym i kostnym (resp. szpiku), przy czém nagromadzenie i zastój tegoż kwasu daje objawy dny stawowej, autor stawia dwa pytania: 1) dla czego soki, zawierające mocznany, wogóle łatwiej się w daném miejscu nagromadzają, niż soki, które ich nie posiadają; i 2) dla czego nagromadzenie tychże soków umiejscawia się przedewszystkiém w najodleglejszych częściach ustroju?

Pierwsze zależy od fizykalnych właściwości wzmiankowanych soków, od własności tkanek, przez które przepływają, nakoniec od następczego cierpienia nerek i wskutek tego od utrudnienia krążenia i zastojów. Co do drugiego pytania, wiadomo, iż zastoje pojawiają się szczególnie w tych częściach, gdzie soki wogóle krążą wolniej, co osobliwie odnosi się do kończyn dolnych, resp. do dużego palca stopy. Nie jest to jednak prawidłem, dna bowiem powstawać może i w palcach rąk, i w muszli ucha, rzadziej w chrząstce nosa. Tak zwany „nos miedziany“ arttryków zależy od przewlekłego zapalenia skóry (*Dermatitis chr. phlegm. uratica*).

Co się tyczy ostrego, typowego *napadu* dny, pomimo wyraźnych objawów zapalnych, proces nigdy nie dochodzi do ropienia w stawach; przeciwnie po kilku dniach zapalenie bez dalszych następstw przemija.

Wszystko, co utrudnia krążenie soków (bezwład, wpływy traumatyczne i t. p.), przyśpiesza powstawanie objawów dnawych lub samego napadu. GARROD podaje, iż u arttryków, którzy przechodzili dawniej reumatyzm stawowy, przedewszystkiém dnie ulegają stawy, dotknięte poprzednio reumatyzmem. CHARCOT u kobiety z bezwładem połowicznym (*Hemiplegia*), widział dnę tylko w stawach strony porażonej.

Zmiany dnawe w stawach są zawsze dość znaczne i zależą od fizyologicznie już istniejącej trudności w krążeniu soków, uwarunkowanej wąskością kanalików sokowych. Dla tego najprędzej dnie ulegają stawy wielkiego palca stopy, dalej inne

drobne stawy stopy i dłoni; stawy: kolonowy, łokciowy, biodrowy, kręgowy itp. rzadziej. W następstwie powstają również ogniska dnawe w błonie maziowej, w otaczających ścięgnach, w tkance łącznej międzymięśniowej, podskórnej i w kościach, wraz z zapalnym odczynem dokoła. KÖNIG zwrócił uwagę na ogniska dnawe w pochewkach ścięgien.

Dla czego w niektórych typowych tylko punktach naszego ustroju osiadają związki moczanów (kwaśny mocznak sodu) w formie *krystalicznej*? EBSTEIN już powyżej dowiódł, iż krystaliczne formy moczanów pojawiają się jedynie w ogniskach, już uległych zgorzeli. Otóż mocznany krążą w sokach w postaci związków obojętnych. W złogach dnawych zaś krystalizują one jako związki *kwaśne*, do czego potrzeba *swobodnego kwasu*, który prawdopodobnie istnieje tylko w częściach zgorzeli nowych i jest tym sposobem następstwem zgorzeli; dowodem tego twierdzenia są martwe mięśnie oddziaływające kwaśno; błękitny papier lakumkowy, włożony między 2 powierzchnie świeżo rozciętej chrząstki trupa, barwi się na czerwono. Nakoniec każda zgorzel tkanek, nawet nie wskutek obecności moczanów powstająca, może być przyczyną krystalizowania moczanów.

W miarę rozwoju dny stawowej pewna część moczanów przechodzi też w krew, gdzie je można wykazać podczas napadu dnawego. Skutkiem tego powstają w niektórych narządach zaburzenia, znane pod nazwą dny *wnętrznosciowej* (*viscerale Gicht*). Zaburzenia dnawe błon śluzowych polegają na *nieżytach*, z których najczęstszym bywa nieżyt błony śluzowej żołądka (t. zw. niestrawność dnawa). Dalej idą: błona śluzowa kiszki, organów moczowych i oddechowych. Powstaje rozedma płuc i przypadłości dusznicowe (astmatyczne). Tak zwana *rzęzączka dnawa* polega na nieżycie dróg wyprowadzających gruczołu krokowego. Wiele mówiono o zaprzeczonych w ostatnim czasie *dnawych zapaleniach oka*. LEBER opisuje ostre zapalenie łącz-

nicy, które wystąpiło u pewnego chorego jednocześnie z napadem dnawym; MOOREN w 3 przypadkach obserwował wrodzone cierpienie oczu u dzieci, pochodzących od artrytyków. Również istnieją pewne rozlane cierpienia skóry, na tle dnawym oparte, które są daleko częstszymi od „ognisk dnawych“ skóry i tkanki podskórnej. Pomimo zaprzeczeń HEBRY cierpienia takie istnieją niewątpliwie. VIRCHOW stawia marskość wątroby w niektórych przypadkach w zależności od dny. CHARCOT i EBSTEIN spostrzegali kilka przypadków przerostowej marskości wątroby (*Cirrhosis hypertrophica*) i to nie u pijaków.

Daleko częściej ulegają cierpieniu nerki i narządy krążenia w następstwie pierwotnej dny stawowej. O zmianach w nerkach była mowa powyżej. Za następstwo dny poczytywać należy tylko zapalenie śródmiąższowe nerek w najbliższym otoczeniu ognisk zgorzelinowych, zatęmszczólniej w brodawkach nerkowych. Obraz kliniczny dnawego zapalenia nerek zależy nie tyle od warunków etiologicznych, ile od zmian anatomicznych i jest podobnym do obrazu przewlekłego śródmiąższowego zapalenia z następczym marszczeniem (*Schrumpfung*).

Udział serca w sprawie dnawej może być rozmaitym. Często napotykanne bicie serca STOKES uważa jako zaburzenie przemijające i tylko czynnościowe. Objaw ten u młodych ludzi bywa nieraz zwiastunem pierwszego lub drugiego napadu dnawego, po którym zazwyczaj przemija. Skoro jednak bicie serca powtarza się częściej, mianowicie u osobników starych, lekarz pamiętać powinien o zmianach anatomicznych w sercu. STOKES mówi o rozszerzeniu serca, w następstwie którego chory umrzeć może bądź podczas samego napadu, bądź skutkiem ogólnej puchliny wodnej; autor ten obwinia w tym względzie głównie metodę leczenia (nadmierne miejscowe upusty krwi). Wszelako wedle E. najważniejszą rolę gra tu zapewne wadliwe odżywianie serca krwią, przepel-

nioną moczanami. E. sądzi, iż włókniste ograniczone zwyrodnienie mięśnia sercowego może być wywołanem przez działanie soli moczowych. NEUKOMM znalazł kwas moczowy w mięśniu serca; LANCE-REAUX wykazał złogi kwasu moczowego w zastawkach sercowych. Ztąd możnaby przypuścić i zapalenie błony wewnętrznej tętnic (*Arteriitis uratica*), które OLLIVIER niesłusznie przypisuje wpływom alkoholu lub dawniej przebytego przymiotu u artrytyków. Nakoniec bywa i dnawe cierpienie żył, z kąd pochodzą częste żyłaki u artrytyków.

Wiele bardzo przypadłości mózgowych przypisać należy opisanym wyżej zmianom w sercu i naczyniach. Lecz mózg może i pierwotnie ulegać cierpieniu: najnowsze badania wykazały złogi moczanów w oponach mózgu i rdzenia. OLLIVIER opisuje pewnego artrytyka, skarżącego się na uczucie ściągania w mięśniach szyi, piersi i brzucha (*Zusammenschnüren*), oraz na błyskawiczne bóle w kończynach; sekcja wykazała drobne białawe ziarnka, z moczanów sodu złożone, na całej zewnętrznej powierzchni opony twardej rdzenia. HABERSHON przypuszcza możliwość kurczu żołądka pod wpływem dny; E. opisuje przypadek niedomykalności oddźwiernika (*Insuff. pylori*) jako nerwowe objawy dnawych zmian w mózgu.

Czysta sprawa dnawa przebiega zawsze bez ropienia. Ostatnie może nastąpić wtedy tylko, gdy: a) dnę wikła jakaś choroba, której towarzyszy ropienie; b) gdy dna występuje jako powikłanie obok zapalenia ropnego; i c) gdy powstaje zapalenie ropne przy otwierających się na zewnątrz ogniskach dnawych (*Nodi arthritici*) w pobliżu stawów. Podług CHARCOT choroby dnawi okazują szczególne usposobienie do spraw zapalnych złośliwych i do zgorzeli skóry; tu zalicza on węglík (*anthrax*), sprawy flegmoniczne i różycowe oraz zgorzel suchą. Na błonach śluzowych i surowicznych występują sprawy podobne: CRUVEILHIER widział je na błonie śluzo-

wój kiszki grubój, a autor obserwował przypadek złośliwego krwawego zapalenia opłucnej z ropnym zapaleniem osierdzia i ropniami w lewém płucu. Prawdopodobnie wszystkie takie sprawy zależą od zmniejszonej odporności tkanek pod wpływem usposobienia dnawego.

Częstemi powikłaniami dny stawowej bywają: *kamienie moczowe i reumatyzm*. Kamienie powstawać mogą z osadów soli moczowych w kanalikach nerkowych, miedniczkach lub moczowodach. Co do reumatyzmu, przypominam wyżej przytoczone spostrzeżenie GARRODA.

Etiologia pierwotnej dny stawowej. Wyżej już autor wypowiedział zdanie, iż kwas moczowy przy dnie tworzy się w mięśniach i kościach tj. w narządach, które w stanie normalnym kwasu moczowego nie zawierają. Wprawdzie i u tyfusowych NEUKOMM znalazł w mięśniach kwas moczowy, a jednak chorzy ci nie podlegają dnie w następstwie. Otóż taka anomalija wydzielnicza u chorych tyfusowych bywa tylko chwilową, przejściową, gdy tymczasem u artrytyków polega ona na pewnym *wrodzonym* usposobieniu do wytwarzania kwasu moczowego w mięśniach i kościach; podobne wrodzone usposobienie widzimy także n. p. przy *cystynurii*. Zdanie LANDOIS, który czyni dnie zależną od obfitości pokarmów azotowych, nadmiernego używania wysoko i nieruchliwego sposobu życia, nie jest oparte na doświadczeniu klinicznym. COHNHEIM przeciwnie dowiódł, iż ludzie, prowadzący jak najumiarkowańsze życie, ulegają mimo to jak najcięższym napadom dnawym. W Monachium konsumują daleko więcej piwa, niż w Londynie, a jednak statystyka wykazała w ostatniem mieście o 11 razy więcej przypadków dny.

Oprócz usposobienia wrodzonego wpływa na powstawanie dny niewątpliwie i *dziedziczność*.

Niektórzy autorowie (PROUT, RAYER, CLAUDE BERNARD, GRIESINGER, CORNIL) upatrują pewien związek dny z *cukromo-*

czem. CHARCOT u kilku członków jednej i téj samój rodziny obserwował na przemian to dnę, to moczówkę.

Usposobienie do dny objawia się dopiero około 30—40 roku życia; u mężczyzn częściej, niż u kobiet, wskutek zapewne częstszych pod każdym względem nadużyć. SENECA mówi, iż w czasie rozwiązłości obyczajów za cesarstwa rzymskiego kobiety równie często, jak mężczyźni, dnie podlegały.

Przebieg, rokowanie, rozpoznanie pierwotnej dny stawowej. Odróżniają: *ostrą i przewlekłą, typową* czyli prawidłową i *nietypową* czyli nieprawidłową dnę stawową. Dna jest niezaprzeczenie chorobą *przewlekłą*; usposobienie pozostaje na całe życie. *Ostremsią* tylko pojedyncze *napady* dnawe. Częstość napadów zależy w części od przyczyn zewnętrznych, przypadkowych. Im częściej takowe występują, im więcej stawów bierze w nich udział, tém więcej cierpi ogólny stan chorych. W przerwach między pojedynczemi napadami powstają zapalenia dnawe w najróżnorodniejszych narządach. Tym sposobem wolne przestanki stają się coraz mniej widocznemi. Najłatwiej ulegają dnie te narządy, które wskutek szczególnych przyczyn stanowią *locum minoris resistentiae*; tém się tłumaczy, dla czego różni autorowie nie zgadzają się co do częstości występowania dny w tym lub owym narządzie.

W rokowaniu najgłówniejsze znaczenie ma umiejscowienie choroby. Im wcześniej nerki i serce przyjmują udział w cierpieniu; tém gorzej. Usunąć usposobienie dnawe środkami leczniczymi lub dyjetetycznymi niepodobna.

Rozpoznanie może być pewnym tylko wówczas, gdy albo miały miejsce typowe napady dnawe, albo można znaleźć złogi krystaliczne moczanów w guzikach dnawych skóry lub muszli usznój, co się rzadziej udaje. Wykazywanie większej ilości moczanów we krwi nie jest pewną oznaką, jak tego dowiódł SALOMON. W przy-

padkach „dny utajonej“ należy uwzględnić warunki rodzinne.

Leczenie pierwotnej dny stawowej. Na pierwszym planie stoi regulowanie diety i sposobu życia u ludzi, którzy odziedziczyli usposobienie do dny lub u których istnienie tej ostatniej stało się niewątpliwym po wystąpieniu pierwszego napadu. Jeden szczególnie objaw skłaniać powinien lekarza do baczności, to jest wciąż wzrastająca otyłość chorego, ponieważ otyłość bardzo sprzyja występowaniu objawów dnawych. Otyłość radzi autor leczyć podawaniem mięsa i tłuszczów, a węglowodany ograniczyć do minimum ¹⁾. Zaleca więc: tłuste mięso, szpik, masło, rośliny strączkowe (bez łupin), szpinak, kalafior; chleba nie więcej nad 80 do 100 gramów dziennie. Używania kartofli, cukru zabrania zupełnie. MEISSNER i KOCH znaleźli przy podawaniu tłuszczów większą ilość moczanów i kwasu bursztynowego w moczu, i dla tego sądzą, iż usposobienie do dny przy pokarmach tłuszczowych wzrasta. Autor z tym poglądem się nie zgadza i szczupłym artrytykom radzi dawać tłuszcze.

Z napojów wysokowych E. zabrania pić piwa, lecz pozwala na 1—2 szklanek dobrego lekkiego wina. Chorzy nie powinni pić dużo wody, jak chce CANTANI; najwięcej jedną butelkę naturalnej wody selcerskiej dziennie. Również unika autor jakichkolwiek środków farmakologicznych (*kali iodatum*) jak można najdłużej, dopóki nie zajdzie jakieś specjalne wskazanie. TROUSSEAU bardzo słusznie ostrzega przed nadużywaniem wód alkalicznych. Natomiast E. zaleca dużo ruchu, zwłaszcza ludziom, wiodącym życie siedzące; dalej suche wycierania, a po niejakiem czasie i mokre (23—18° R.). Równie racjonalnym jest ugniatanie (*massage*).

Z wód mineralnych w powszechnym

użyciu są: *Vichy, Carlsbad*, (Mühlbrunn), szczególnie u pletoryków; nakoniec *Wiesbaden*. W ostatnim czasie proponowano użycie lityny (*Lithium*), towarzyszącej zwyczaj soli kuchennej. Celem częściowego wessania wysięków stawowych służą ciepłe kąpiele (*Wiesbaden, Toeplitz*); jako leczenie uzupełniające (*Nachkur*) zalecają kąpiele w *Schlungenbad, Landeck i Johannisbad*.

Leczenie typowego napadu dnawego winno być następującem: Aby usunąć kwas moczowy z cierpiącego członka, należy wysoko ułożyć daną kończynę i zwinąć ją w watę. Każdy artrytyk wie, iż wata i... cierpliwosć są najlepszymi środkami. Ze środków farmaceutycznych dają: *Colchicum, Lithium salicylicum i Natrum salicylicum*. Pierwszego używa się dziś daleko rzadziej, przetwory zaś salicylowe mają podług E. tę własność, iż zapalenie znika wprawdzie szybko z jednego stawu, lecz niebawem przenosi się na drugi.

2. *Pierwotna dna nerkowa.* O ile z jednej strony bywają przypadki dny stawowej, w których przy sekcji żadnych zmian w nerkach nie znajdujemy, o tyle znowu napotyka się przypadki dny nerkowej obok zupełnie zdrowych stawów. Taką formę E. nazywa *pierwotną*. Że dnawe zapalenie stawów może występować jako *następstwo* zapalenia nerek, o tém mówią liczni autorowie. LANCEREAUX upatruje w złogach moczanu sodu i wapnia w stawach przy starém, zanikowém zapaleniu nerek, podobieństwo do różnych spraw zapalnych błon surowicznych, oskrzeli i płuc, będących tak częstym następstwem zapalenia nerek. BUHL także uważa dnę stawową jako nierzadkie zjawisko przy chorobie BRIGHT'A. Czy pierwotny proces nerkowy powstaje istotnie na tle dnawym, niepodobna jeszcze dziś rozstrzygnąć; autor sądzi jednak, że każda sprawa chorobowa w nerkach, utrudniająca prawidłowe wydzielanie kwasu moczowego, może przyczynić się do powstania dny ner-

¹⁾ EBSTEIN „Fettleibigkeit und ihre Behandlung nach physiologischen Grundsätzen“ (Ref. „Kronika Lekarska“ Nr. 22. 1882 r.)

kowej. FRERICHs dowiódł, iż wydzielanie kwasu moczowego przy przewlekłym zapaleniu nerek bywa zmniejszonym.

Żaden z autorów nie przytacza etjologii pierwotnej dny nerkowej, któraby nie była opartą na usposobieniu wrodzonym lub dziedzicznym. Tylko jedną postać cierpienia nerek stawiano z dną w związku, mianowicie nerkę przy zatruciu ołowiem (*Bleischrumpfniere*). WAGNER na 15 przypadków takiej nerki znalazł tylko w jednym dnę stawową. Zachodzi jednak jeszcze pytanie, czy wogóle zatrucie ołowiem może wywołać zapalenie nerek? BOULLAUD, JACCOUD przeczą temu, a ROSENSTEIN widzi tu tylko zwykłe powikłanie, a nie ścisły związek. Tym sposobem upada również zdanie, jakoby zatrucie ołowiem miało pewien związek z pierwotną dną nerkową.

Rozpoznanie wtedy tylko może być pewnym, gdy przy istniejącym cierpieniu nerek po dłuższym czasie występują przypadłości ze strony stawów.

Leczenie winno być głównie wzmacniającym; co do innych szczegółów, w niczem się nie różni od opisanego przy dnie stawowej.

Pacanowski.

75. KISCH. **Dyspepsia uterina.** (*Prag. med. Wochschr. Nr. 50, 1882*).

Autor zwraca uwagę na częstość rozmaitych objawów dyspeptycznych przy chorobach organów płciowych u kobiet. Niestrawność w tych przypadkach jest bez wątpienia następstwem cierpienia macicy lub jajników, jako też otrzewnej pokrywającej te organy i rozwija się na drodze odruchowej, wskutek niedochodzącego do świadomości podrażnienia nerwów czuciowych rozgałęziających się w organach rodnych. Podrażnienie to wywiera wpływ na wydzielanie soku żołądkowego, na ruchy żołądka i na ruchy kiszek. Skutkiem tego trojakiemu wpływu powstają: 1. opóźnianie się trawienia żołądkowego, sprawdzone przez KRETSCHY'EGO i FLEISCHERA u miesiączkujących a przez K. u dotkniętych cierpienia-

mi macicy; 2. wymioty; 3. zaparcie stolca. Związek tego ostatniego z chorobami macicy znajduje niejakie potwierdzenie w doświadczeniach PLÜGERA, w których drażnienie dolnych części rdzenia (z kąd pochodzi pewna część nerwów macicy) i nn. trzewiowych wywoływało zaparcie stolca. Najczęściej niestrawność obserwować można przy: zmianach położenia macicy, powiększeniu tego organu (metritis chr., myoma), przy znacznych wysiękach w miednicy, przy głębokich i rakowatych owrzodzeniach szyjki, przy guzach jajników. Najczęstszą przyczynę niestrawności stanowi tyłopochylenie powiększonej macicy. Objawy niestrawności macicznej są następujące: zmienny apetyt, nieznaczne obłożenie języka, bóle w okolicy żołądkowej, głośnie odbijanie, zwracanie (regurgitatio), wymioty, zaparcie stolca, wzdęcie brzucha. Wymioty występują zwykle po jedzeniu, niekiedy też i na czczo. W masach wymiotnych spostrzegać się niekiedy daje znaczna ilość czworniaka żołądkowego (sarcina ventriculi). W jednym przypadku autor obserwował ciągłe ruchy żołądka, widzialne przez powłoki zewnętrzne. Obok objawów ze strony przewodu pokarmowego, często występują też zaburzenia nerwowe w innych organach: bicie serca, nerwobóle, melancholja itp.

Nieżyt przewlekły żołądka różni się od „niestrawności macicznej“ zupełną utratą apetytu, znacznym obłożeniem języka, znaczną zawartością śluzu w masach wymiotnych. Wrzód okrągły różni się: krwawymi wymiotami, peryjodycznym występowaniem bólów. Autor odróżnia „niestrawność maciczną“ od „niestrawności nerwowej“. Według niego, przy pierwszej, czas trawienia żołądkowego jest dłuższy niż w stanie normalnym, podczas gdy przy niestrawności nerwowej, czas trwania trawienia żołądkowego jest zupełnie prawidłowy.

Rokowanie zależy od jakości i natężenia cierpienia macicznego powodującego niestrawność. Leczenie powinno być gło-

wnie skierowane przeciwko chorobom organów rodnych. Z wyleczeniem tych ostatnich ustępuje też niestrawność. Na dowód tego autor przytacza opis dwóch przypadków, w których po wyprostowaniu macicy natychmiast ustąpiły wszystkie objawy niestrawności.

M. Rejchman.

III. Chirurgija.

76. L. LANDAU. **Uwagi nad operacją bąblowca jamy brzusznej — a w szczególności wątroby.** Zur Operation der Echinococccen der Bauchhöhle, besonders der Leber. (*Arch. f. klin. Chir. v. Langenb.* 28 Bd. 3 H.)

Autor przedstawił na ostatnim chirurgicznym kongresie w Berlinie dwie dziewczynki, u których operował bąblowca wątroby. Jedna z pacjentek była operowana przed dwoma laty; jeszcze teraz można badaniem stwierdzić ściśle połączenie wątroby ze ścianą brzuszną. Drugą dziewczynkę operował L. przed 8-miu tygodniami; przybyła ona na klinikę GRÜTERBOCK'A z objawami niedokrwistości, brakiem apetytu, rozwolnieniem, w stanie ogólnego upadku sił. Przy badaniu okazało się, że wątroba sięga z boku do grzebienia kości bezimiennych, a na linii środkowej do pępka, nadto przedstawia 2 zupełnie oddzielone od siebie, chęłboczące guzy. L. wykonał operację na jednym posiedzeniu za pomocą dwóch cięć, z których jedno było równoległe do brzeżu żebrowego prawego, drugie zaś odpowiadało linii środkowej; w 6 tygodni po operacji rany zupełnie się zabiłniły a stan ogólny chorób znakomicie się poprawił. Autor, poparty doświadczeniem zdobytym w dwóch operowanych przez siebie przypadkach, dochodzi do następujących wniosków: a) Tak jak przed trzema laty metoda VOLKMANN'A, polegająca na przecinaniu ścian brzusznych i otwieraniu torbieli bąblowcowych w dwóch posiedzeniach, wyrugowała metodę SIMON'A, po-

legającą na kilka razy powtarzaniem przekłuciu torbieli trójgrańcem, tak obecnie metodę VOLKMANN'A potrzeba zastąpić metodą zalecającą wykonanie całej operacji na jednym posiedzeniu, a to dla tego, że przy operowaniu sposobem VOLKMANN'A można bardzo łatwo istnienie drugiego bąblowca przeoczyć, a nawet gdyby się go spostrzegło, to po otrzymaniu wzrostów dostęp do niego znakomicie by był utrudniony. b) Wykonywanie całej operacji w 2 posiedzeniach było spowodowane obawą otwarcia jamy brzusznej i dostania się do niej zawartości torbieli; dla uniknięcia tego ostatniego powikłania autor podaje następującą metodę operacyjną: po przecięciu ścian brzusznych wraz z otrzewną przyścienną, przeprowadza się 4 szwy, po dwa w każdym kącie rany, przez odpowiednie brzegi rany ściany brzusznej i ścianę torbieli lub organ ją zawierający, prostopadle do kierunku cięcia. Nitki w ten sposób przeprowadzone powierza się asystentom, którzy, pociągając je w przeciwnie strony, wciągają w ten sposób torbiel lub organ, w którym ta ostatnia się znajduje, między brzegi rany; wtedy operator wydała część płynu znajdującego się w torbieli za pomocą aparatu DIEULAFOY zakończonego cienkim trójgrańcem i, dopiero gdy naprężone ściany zupełnie zwolnieją, przecina ścianę torbieli na przestrzeni cięcia ścian brzusznych; resztę płynu trzeba gąbką wymacać; brzegi otworu w torbieli wyrównać przez wycięcie większego lub mniejszego kawałka jej ścianą i zeszyć z brzegami rany ściany brzusznej a następnie założyć sączki i opatrunek. c) Zagojenie rany odbywa się zawsze przez wytworzenie ziarniny, czemu naturalnie towarzyszy ropienie, nigdy per primam intentionem. d) Co się tyczy wątroby, autor zwraca uwagę, że konsystencja jej u żywych ludzi jest zupełnie odmienna od tej jaką przyzwyczailiśmy się spotykać u trupów, jest ona miękką, prawie chęłboczącą jak torbiel, dla tego też autor radzi nie przedsiębrać nigdy operacji

przed wykonaniem punkcji próbnej. Tylko wtedy jeśli bąbłowiec leży powierzchownie można go rozpoznać po przecięciu ścian brzusznych z białego zabarwienia ścian torbieli. e) Wycięcie kawałków mięszu wątroby i przyszywanie grubszych nawet jej warstw do ścian brzusznych zupełnie nie jest niebezpieczne, krwotok nie jest wielki, a szwy nie wrzynają się w tkankę, gdyż ta ostatnia wcale nie jest kruchą. f) Co się tyczy wysokości i kierunku cięcia ścian brzusznych, powinno ono być równoległe i jak najbliższe brzegu żebrowego, chociażby nawet granica wątroby bardzo była obniżoną, a to dla tego, że po wyleczeniu, wątroba, która jest zawsze skłonna do zajęcia swego normalnego położenia, byłaby pociągana i szarpaną przez za nisko znajdującą się bliznę. g) Podczas gojenia się rany pojawia się często żółć w wydzielinie, czasem dopiero po upływie 14 dni, nie wpływa jednak w niczem na pogorszenie rokowania, toż samo da się powiedzieć o często napotykanym przenikliwym zapachu wydzieliny zależącym prawdopodobnie od przenikania gazów kiszkowych.

W. Krajewski.

77. A. ZELLER. **Doświadczenia nad wchłanianiem jodoformu.** Versuche über die Resorption des Jodoforms. (*Arch. f. klin. Chir. v. Lang. Bd. 28. H. 3*).

Badając rozpuszczalność jodoformu w płynach zwierzęcych, autor znalazł, że 1000 grm. surowicy krwi rozpuszcza 0,212 grm. jodoformu, jest to prawie ta sama ilość, która, podług doświadczeń RIGHINI, rozpuszcza się w wodzie (0,26 grm. w 1000 grm.)

Co się tyczy przeciwności własności jodoformu, próby autora nie stwierdziły zdania FISCHER'A, KOCHER'A i BOILLAT, jakoby jodoform był słabym środkiem przeciwności. Przeciwnie doświadczenia nad mieszaniną siekaną trzustki z jodoformem i wodą wykazały, że jodoform posiada własności przeciwności w wysokim stopniu, tylko dla uchronienia

takiej mieszaniny od gnicia, trzeba ją często i dokładnie klucić, aby jodoform był jednostajnie rozdzielony w całej mieszaninie.

Doświadczenia dotyczące wchłaniania jodoformu autor wykonywał na psach, którym wprowadzał jodoform do żołądka, lub też wsypywał oznaczoną ilość proszku wprost do jamy brzusznej (przez ranę w ścianach brzusznych). Rezultaty w obu razach były bardzo rozmaite, w pierwszym razie psy znosiły bezkarnie wielkie ilości jodoformu, w drugim zaś małe stosunkowo ilości śmierć sprowadzały. W tym ostatnim razie autor zauważył, że ilość wydzielanego z moczem jodu, była daleko mniejsza od ilości jodoformu wprowadzonego do jamy brzusznej. Tak więc niebezpiecznym jest brak odpowiedniego stosunku między wchłanianą i wydalaną ilością jodu. Autor przypuszcza, że gdybyśmy znaleźli środek przyspieszający wydalanie jodu z organizmu, tobyśmy usunęli niebezpieczeństwo zatrucia. Z. zadawał zatrutym psom wielkie dawki soli kuchennej, sądząc że wywoła ona silne pragnienie, które zmusi psa do picia wielkiej ilości wody, ta zaś działać będzie jako środek moczopędny i przyspieszy wydalanie jodu — próba ta nie wydała jednak pomyślnych rezultatów.

Wnioski do jakich doszedł autor są następujące:

1. *Wchłanianie jodoformu przez kiszki jest powolne i niezupełne.*

2. *Jodoform wchłonięty przez kiszki nie wywiera nigdy działania trującego, wydalanie jodu z moczem nie napotyka na żadne przeszkody i wkrótce się kończy.*

3. *Ilość jodoformu wchłanianego przez powierzchnie ran nie da się obliczyć. Przy śmiertelnych otruciach ilość jodu w moczu jest względnie mała, gdy tymczasem we krwi można wykazać masy jodu. Dla tego też nie trzeba nigdy używać jodoformu do zasypywania takich ran, z którychby go nie można było natychmiast usunąć przy pierwszych oznakach grożącego*

niebezpieczeństwa. Nagromadzenie się jodu we krwi objaśnia kumulacyjne działanie tego środka, opisane przez SCHEDE'GO.

4. Przy otruciu wywołanem u psów zasypywaniem jodoformu do jamy brzusznej, mocz zawiera wiele barwników żółciowych i nieznaczna ilość białka. Pomimo że w tych przypadkach barwniki żółciowe bez żadnej wątpliwości w krwi powstają, jednak analiza spektralna nie wykrywa w tej ostatniej żadnych zmian barwnika.

W. Krajewski.

78. KÜMMELL. **Nowa metoda opatrywania ran, — zastosowanie sublimatu w chirurgii.** Ueber eine neue Verbandmethode und die Anwendung des Sublimats in der Chirurgie. (*Arch. f. Chir. v. Langenb. Bd. 28. H. 3.*)

Typowy opatrunek listerowski, pomimo licznych prób zastąpienia go innym mniej kosztownym i łatwiejszym do zastosowania, utrzymał się dotąd i powszechnie jest uznany za najlepszy. Nie przeszkadza to jednak pojawianiu się w literaturze terazniejszej całego szeregu prac zachwalających coraz to nową zmianę w opatrywaniu ran. Rozumie się, wszędzie zasada pozostaje taż sama, chodzi tylko o różnicę w środkach użytych dla dojścia do celu. Los tych wszystkich pomysłów nie godzien zazdrości, narobią trochę hałasu, powegietują jakiś czas w oddziale samego wynalazcy lub kilku jeszcze innych amatorów nowości i zginą w morzu zapomnienia. Istotny postęp od czasu wprowadzenia opatrunku LISTER'A stanowią: 1. wprowadzenie opatrywania ran proszkiem antyseptycznym, 2. dążenie do wynalezienia tak zwanych opatrunków trwałych (Dauerverbände), któreby mogły pozostawać na ranie, aż do zupełnego jej zagojenia. — Zasluga co do pierwszego należy się MOSETIG v. MORHOF'OWI, który wprowadził opatrunek proszkiem jodoformowym, co do drugiego NEUBER'OWI. Jak wiadomo, jodoform dawno już przestał być środkiem „en vogue“, nauczono się go obawiać wskutek częstych otruc, jakie były

następstwem jego zastosowania; opatrunek trwały też podległ licznym modyfikacjom. Autor wyżej wymienionego artykułu proponuje nowe zmiany tak pod względem proszku do zasypywania ran, jak i co do części składowych trwałego opatrunku. Trzeba przyznać, że propozycje autora wyglądają bardzo zachęcająco, gdyż koszt opatrunku jest bardzo niewielki, a rezultaty otrzymane w oddziale prof. SCHEDE'GO wypadły świetnie. Jako proszek do zasypywania ran autor proponuje mieszaninę proszku węgla drzewnego z proszkiem Aluminae aceto-tartaricae (7 : 3, większa ilość Alum. acet.-tart. tworzy strupy). Oba środki nie są nowe, nową jest tylko mieszanina. Autor zaleca swój opatrunek szczególnie przy wycięciu kiszki prostej, przy czem nie radzi przyszywać pozostałej części kiszki do skóry, lecz poruczyć ściągnięcie jej ku dołowi bliźnie. Jamę wypełnia się proszkiem, pokrywa watą higroskopijną i papierem pargaminowym. Słabe strony tego opatrunku, zanieczyszczenie otoczenia rany, zbijanie się proszku w grudki, wskutek czego nie jednakowo wypełnia całą ranę, przylegające własności Aluminae aceto-tartaricae, zależne w wysokim stopniu od indywidualności chorego.

K. próbował też używać sublimat do opatrunku i doszedł do przekonania, że jest to niezaprzeczenie najlepszy środek przeciwnilny, otrucia nigdy nie spostrzegano. Z początku K. przygotowywał gazę i watę sublimatową, sublimatowy katgut i jedwab, wkrótce jednak zastąpił cały materiał organiczny w opatrunku materiałem nieorganicznym i to właściwie jest zasadą nowego opatrunku trwałego proponowanego przez autora.

Materiały opatrunkowe:

a) *Piasek sublimatowy.* Zwyczajny piasek przesiewa się przez drobne sito, następnie wypala się go w glinianem naczyniu w ogniu i rozmięszawszy doskonale z roztworem sublimatu w eterze przechowuje w słojach opatrzonych korkami szklanymi

mi. Roztwór 10 grm. sublimatu w 100 grm. eteru siarczanego wystarcza na nasylenie 10 kilogram. piasku. Piaskiem tym napełnia autor woreczki zrobione z bawełnianej tkaniny, poprzednio należy zdezinfekować, i takie poduszki przykłada wprost na ranę. Żeby być konsekwentnym i nie używać wcale materiałów organicznych autor kazał przyrządzać te woreczki z tkaniny azbestowej (alumen plumosum), te ostatnie wypadały jednak za drogo, mają tę wyższość nad bawełnianymi, że można używać ciągle jednych i tych samych woreczków, gdyż dają się zupełnie zdezinfekować przez wymoczenie w jakimkolwiek kwasie mocnym, który azbestu nie niszczy.

b) *Poduszki z popiołu sublimatowego.* Popiół przesiany przez sito mięsza się z wodnym roztworem sublimatu (1 grm. na 2000 grm.) i napełnia się nim woreczki bawełniane lub azbestowe i takie poduszeczki używa się do opatrunku.

c) *Tkanina szklanna (Glaswolle.)* Jest to swoista tkanina z nitok szklanych, bardzo cienka, śnieżnej białości i błyszcząca jak jedwab, można ją zmiąć w gałkę, zawiązywać na węzeł a nitki się nie łamią. Kwasy najsilniejsze nie wywierają na tę tkaninę żadnego wpływu.

d) *Dreny szklanne włosowate* przygotowują się z tak zwanego jedwabiu szklanego, jedwab ten otrzymuje się z hut szklanych w pasmach mających 3 metry długości. Autor spleta z tego jedwabiu warkocze różnej grubości i długości, przechowuje je w roztworze sublimatowym i używa zamiast drenów.

Sposób zastosowania będzie zależec o celu do osiągnięcia którego dążymy i tak: jeśli mamy przed sobą wielką jamę, o zespojenie której per primam kusić się nie myślimy, to zasypujemy całą jamę piaskiem sublimatowym aż po brzegi, pokrywamy kilku warstwami gazy sublimatowej i utrzymujemy wszystko bandażem. Taki opatrunek może pozostać całe tygodnie bez zmiany, potrzeba tylko zmieniać

od czasu do czasu warstwę gazy i brakującą ilość piasku dosypać. Piasek sublimatowy posiada w wysokim stopniu własność utrzymywania rany w suchym stanie, gdyż ogranicza wydzielinę, a tę która powstała szybko wsysa. Powstająca ziarnina wypycha powoli piasek z jamy. Wgajania się oddzielnych ziarenek piasku autor nigdy nie zauważył. Autor unika pokrywania opatrunku papierem pergaminowym lub innymi nieprzenikliwymi materiałami, gdyż takowe zatrzymują parowanie.

Inaczej postępować należy, gdy chcemy otrzymać primam intentionem rany. Przedewszystkiem trzeba się starać, aby ziarnka piasku nie dostały się pomiędzy zszyte brzegi rany, dla tego też ranę pokrywa się najprzód warstwą waty szklanej, na nią zaś dopiero nakładają się poduszeczki napełnione piaskiem lub popiołem sublimatowym i utrzymują się na miejscu bandażem muslinowym, opatrunek taki może pozostać bardzo długo na ranie z powodu wielkich absorbcyjnych własności materiałów opatrunkowych. Przed zaszyciem rany autor zakłada swe dreny szklanne włosowate, główną zaletę tych drenów stanowi ta okoliczność, że ani silny ucisk ani zgięcie drenu nie zmniejszają ich działania, gdy tymczasem dreny kauczukowe stają się przy tych warunkach nietylko bezużytecznymi, lecz nawet szkodliwymi. Dreny jednak szklanne mogą tylko wydalac wydzielinę świeżej rany, jeśli dojdzie przypadkiem do ropienia, muszą być zastąpione zwyczajnymi.

Co się tyczy kosztów, K. oblicza cenę dwóch opatrunków, które w zwykłych warunkach zupełnie wystarczają do zagojenia rany po amputacji uda, na 90 fenigów. Nakoniec K. ilustruje swój opatrunek przytaczając rezultaty otrzymane przy jego pomocy na oddziale SCHEDE'GO. I tak: na 25 przypadków rezekcji, w 15 nastąpiło zagojenie per primam, pod dwoma opatrunkami, w 1 przypadku potrzeba było trzech opatrunków do zagojenia,

w pozostałych siedmiu doszło do ropienia i musiano przejść do opatrunku piaskiem sublimatowym.

Z 33 amputacji i wyłuszczeń (16 amputacji palców) 29 zagoiło się per primam pod dwoma opatrunkami, w trzech przypadkach doszło do ropienia, 1 śmierć po silnym oparzeniu.

Z 14 herniotomii, 8 zagoiło się per primam w 6—12 dni, 3 przypadki śmierci, w trzech innych powstało ropienie. Na 35 przypadków wyłuszczenia guzów 28 razy prima intentio pod dwoma opatrunkami, 6 razy trzeba było użyć większą liczbę opatrunków, 1 chory wyszedł nie wyleczony, 1 śmierć wskutek krwioplucia. Rezultaty te niezaprzeczenie bardzo zachęcają do wypróbowania metody, zwłaszcza jeśli cena materiałów rzeczywiście tak jest niska.

W. Krajewski.

79. Dr. PAULSEN. **O znieczuleniu krtani metodą Türk-Schröttera.** (*Monatschrift für Ohrenheilkunde etc. Nr. 11, 82 r.*)

Wrażliwość błony śluzowej krtani jest wielką przeszkodą przy wykonywaniu operacyj metodą wewnątrz krtaniową. Wrażliwość tę starano się zmniejszyć częstym wprowadzaniem zgłębników, sposób ten nie zawsze jednak prowadzi do celu, czasami przeciwnie powoduje rodzaj nadczułości krtani. Zalecano też różne środki znieczulające jak: pędzlowania taniną, kwasem karbolowym, bromkiem potasu z morfiną; zastrzykiwania morfiny w miejscu odpowiadającym wejściu nerwu krtaniowego górnego do krtani; rozpylenie eteru itp. Wszystkie wyżej wymienione środki nie odpowiadały zamierzonemu celowi, gdyż pożądaný skutek nie zawsze dał się osiągnąć. Doświadczenia, które robił TÜRK z roztworem BERNATRITA (roztwór morfiny w bardzo stężonym spirytusie i chloroformie) dowodzą, że można w wysokim stopniu znieczulić błonę śluzową krtani, lecz przy użyciu tego roztworu występują silne objawy otrucia (toż samo zdarza się przy zastosowaniu stężonych w-

odnych rozczyńców morfiny). Te to poboczne działanie, podług autora, skłoniło większość laryngologów do zaniechania metody TÜRK'A. SCHRÖTTER zmodyfikował metodę TÜRK'A (patrz niżej), a rezultaty otrzymane jak najdowodniej wykazują, iż metoda SCHRÖTTER'A może być stosowaną bez najmniejszej obawy zatrucia chorego i wymaga tylko umiejętnego dozoru. Główną przyczyną, iż metoda SCHRÖTTER'A nie znajduje się dotąd w powszechnym użyciu, jest obawa otrucia, które się zdarzało przy zastosowaniu pierwotnej metody TÜRK'A. P. miał sposobność często zastoso- wywać nową metodę znieczulania krtani na klinice prof. SCHRÖTTER'A i ani razu nie widział objawów zatrucia, u niektórych chorych pojawiły się tylko mdłości i jednorazowe wymioty; działanie zaś na błonę śluzową krtani było zadziwiającem; w przypadkach, w których w przeciągu 14 dni wprowadzano bez skutku zgłębniki, po zastosowaniu metody znieczulania SCHRÖTTER'A można było śmiało się dotykać każdego miejsca krtani, bez wywołania odruchów. Dla łatwiejszego zrozumienia sposobu stosowania, autor przytacza historiją choroby chorego z małym polipem lewej struny głosowej, u którego uciekł się do metody SCHRÖTTER'A po długim a bezskutecznym wprowadzaniu zgłębników w celu znieczulania krtani:

P. o 7-mej wieczorem rozpoczął czynności przygotowawcze przez wykonanie 12 pędzlowań krtani chloroformem. Pędzlowania te zajęły nie całe 10 minut i spowodowały, jak zwykle, uczucie nieznośnego palenia w krtani (jest to dla chorego najnieprzyjemniejsza część rękoczynu). Pędzlowania chloroformem sprowadzają silne przekrwienie błony śluzowej, które przyspiesza wessanie morfiny. Zanim się przystąpi do pędzlowania morfiną, chloroform już się ulotnił i nie ma potrzeby obawiać się złych następstw. Po upływie godziny P. rozpoczyna pędzlowanie rozczy- nem morfiny (0,5 na 5,0 wody). Takich pędzlowań wykonał 12 i zalecił choremu

wstrzymywać się o ile możności od połykania, a po każdym pędzlowaniu przepłukiwać gardło rozczyntem taniny. P. pozostał jeszcze pół godziny przy chorym i zauważył tylko lekkie zmęczenie, objawów zatrucia nie było. Zalecił kilka szklanek mocnej herbaty i spacer. O północy P. jeszcze raz odwiedził chorego i nie znalazł żadnych groźnych objawów. W drugiej połowie nocy raz tylko wystąpiły nudności i wymioty (zjawisko poboczne zależące w danym razie od nadużyć w dyjecie) innych objawów zatrucia nie było. Z rana chory czuł się dobrze, był tylko cokolwiek zmęczony, źrenice zachowały wrażliwość na światło, puls był dobry; krtań okazała się zupełnie znieczuloną. Na tylniej powierzchni nagłośni i na strunach wrzekomych można było zauważyć strupy od chloroformu, podobne do strupów pozostających po tuszowaniu lapisem, P. z łatwością mógł usunąć nowotwór i przypalić ranę. Autor kończy, wyrażając życzenie, aby i inni koledzy wypróbowali metodę SCHRÖTTER'A, która, chociaż bardzo przykra dla chorego, obecnie jednak przez żadną inną zastąpią być nie może.

Guranowski.

80. KLEINMANN. **Nekroza skutkiem działania par fosforu.** (*Viertj. f. Zahnh.* 1882 I).

Pierwszy LORINZER opisał przed 50 laty nekrozę skutkiem zatrucia fosforem powstać mogącą, a w 1847 r. wyszła obszerna praca, wyczerpująco przedmiot traktująca, staraniem BIBRA'Y i GEIST'A. *) Autor przyjmuje za przyczynę choroby działanie pary fosforowej wprost na ozębną (przy obecności karjetycznego zęba), lub na okostną szczęki, przy zranieniach takowej przypadkowych, lub przez wyrwanie zęba spowodowanych. Zdarzają się jednak przypadki powstania tej choroby przy zupełnie zdro-

wych zębach i szczękach. Przy poczynającej się chorobie zwykle najprzód powstaje zapalenie ozębnój, któremu potem towarzyszą nieustające bóle, odrażający zapach z jamy ustnej i upadek sił. Co się tyczy zejścia to zwykle połowa szczęki obumiera. Jeżeli w samych początkach zostanie uskuteczniom wycięcie porażonego wyrostka zębodołowego to według K. rokowanie się polepsza. Jako środki zapobiegawcze należy uważać dokładne odwietrzanie miejsca fabrycznego, rozstawianie w płaskich naczyniach terpentyny lub rozcieńczonej mieszaniny salmiaku z potażem gryzącym, oprócz tego należy zalecić pracującym częste przepłukiwanie ust różnemi przeciwnilnemi środkami.

Kiedy choroba już wybuchnie, należy zalecić skrupulatną czystość jamy ustnej, swobodne martwaki kostne jak najrychlej usuwać i odżywiać należycie chorego.

K. podaje 3 przypadki obserwowane w Flensburgu. W 1-yim przypadku w odstępach trzechmiesięcznych była wycięta szczęka górna lewa, potem prawa, a w końcu kości nosowe i wyrostek nosowy kości czołowej. Chory, nie bacząc na to, że za każdym razem rana pooperacyjna szybko się zablizniała, zmarł w 5 miesięcy po ostatniej operacji, skutkiem upadku sił i zupełnego wyniszczenia.

W 2-im przypadku nastąpiło wyzdrowienie po częściowem wycięciu szczęki górnej i chory powrócił do dawnych swych zajęć z fosforem. Po 2 i pół latach znowu zachorował, tak że potrzeba było przystąpić do wycięcia dalszej części szczęki; chory zmarł wkrótce po drugiej operacji.

3-ci przypadek miał pomyślne zejście. Chora, pracująca dotychczas w fabryce zapalek, kilkakrotnie była operowaną, przyczem utraciła szczękę dolną. Na miejsce takowej ma założoną sztuczną, protezę z 10-ma zębami, którą przy akcji mówienia a po części i gryzienia z pożytkiem prawie od roku używa. Chora czuje się dobrze, tylko od czasu przebytej choroby

*) W roku przeszłym pojawiła się bardzo dokładna praca o martwinie szczęk fosforowej w Przeglądzie lekarskim D-ra RYDYGIER'A.

nie dostączy na jedno ucho. Przypadek ten był demonstrowanym na zjeździe dentyków szlezwig-holsztyńskiego zgromadzenia.

Wspomnieć wypada, że w Szwajcaryi, Danii, Szwecyi i Norwegii zabroniono fabrykacji zapalek fosforowych. Starania w tym kierunku przedsiębrane u rządów austriackiego i pruskiego pozostały bez skutku.

F. Kobyliński.

IV. Choroby nerwowe i Psychiatria.

81. Prof. W. S. PLAYFAIR. **Systematyczne leczenie niemocy nerwowej i histeryi.** The systematic treatment of nerve prostration and hysteria. (London 1883. Str. 92).

Zadaniem pracy autora jest zapoznanie szerszych kół lekarskich w Anglii ze sposobem leczenia neurastenii i histeryi ogłoszonym przez WEISS-MITCHELLA, pod tytułem: *Fat and Blood, and how to make them.* (Tłuszcz i krew, jak dojsć do nich). Uderzony trafnością rozumowania WEISS-MITCHELLA, autor począł stosować jego metodę przy niemocy nerwowej i macinnicy. Pod wpływem leczenia występowały najcięższe przypadki histeryi, przypadki, poprzednio przez kilka lat z rzędu leczone całkiem bezskutecznie. Dla tego autor uważa za swój niemal święty obowiązek zachęcić wszystkich lekarzy do zastanowienia się nad metodą WEISS-MITCHELLA, która od kilku lat znalazłszy szerokie zastosowanie w Ameryce, wydaje tam wyborne rezultaty.

Przedewszystkiem pamiętać należy, że aczkolwiek histeryja rozwija się najczęściej na tle chorób organów płciowych, jednak po niej jakim czasie objawy nerwowe występują na pierwszy plan, usuwając na drugie miejsce wywołujące je początkowo zaburzenia miejscowe. Do nieznacznych pierwiastkowo zaburzeń jak bóle krzyża, białe upławy, nieprawidłowa menstruacja itd. bardzo prędko przylączają się objawy czysto nerwowe, powikłane nie-

strawnością w wysokim stopniu. Apetyt staje się coraz mniejszy, tak że trudno pojąć, jak można podtrzymywać życie temi nieznaczniemi ilościami pokarmów, jakie chore przyjmują. Brak apetytu pochodzi także w znacznej części od ciągłego zażywania lekarstw wśród których zwykle najpierwsze miejsce zajmują środki uspakajające nasenne. Naturalnem następstwem powyższego stanu jest szybko rozwijające się zubożenie krwi i upadek ogólnego odżywiania.

Tkanki tłuszczowa i mięsna zanikają czasami do tego stopnia, że chore zmuszone są miesiać, a nawet lata całe przeleżeć w łóżku.

Wiadomo każdemu lekarzowi, powiada PLAYFAIR, jak wobec podobnego rodzaju przypadków bezsilną jest nasza dotychczasowa terapia. Chore takie w końcu nużą nie tylko swoje otoczenie, ale i lekarzy. W takich przypadkach rozpaczliwych metoda WEISS-MITCHELLA oddała i oddaje autorowi wyborne usługi.

Metoda WEISS-MITCHELLA polega: 1) na zupełnem odosobnieniu chorych i dostarczeniu im spokoju; 2) na ugniataniu mięśni (massage); 3) na stosowaniu elektryczności. Masaż i elektryczność stanowią część najważniejszą tej metody, umożliwiając: 4) odkarmianie chorých. Autor każdej części poświęca słów kilka.

1) *Odosobnienie i spokój* mają na celu usunąć chorą z pod wpływu otaczających osób, które bardzo często skutkiem nierozsądnego postępowania najniewinniej pogarszają stan choroby. Odosobnienie jest warunkiem *sine qua non*. Chora powinna być umieszczona w oddzielnem mieszkaniu; należy jej dać inteligentną, taktowną, ale nie pozbawioną własnej woli dozorczynię. Wstęp krewnym i znajomym musi być zabroniony stanowczo. Jeżeli odosobnienie jest nie możliwe, lepiej nie podejmować się leczenia. Chora z życia pełnego trosk, niepokojów i często krańcowej sympatyj przechodzi do życia cichego i spokojnego.

Z początku należy ją trzymać w łóżku; wszakże bardzo prędko, bo często już po kilku dniach, chora codziennie wstaje, będąc przez cały dzień na nogach. W ciężkich przypadkach leży w łóżku przez cały czas leczenia, trwającego zwykle przecięciowo 4, 5 do 6 tygodni.

2) *Ugniatanie mięśni* (massage) jest bardzo ważną częścią leczenia. Dokonywa się systematycznie z początku dwa razy dziennie przez 30 minut, później przez całą godzinę. Ugniatanie rozpocząć należy trzeciego dnia. Ugniatają się po kolei wszystkie mięśnie ciała. Sprawia to z początku szybko przechodzące zmęczenie, później przyjemne uczucie ociężałości, przechodzące w orzeźwiający sen. Ponieważ dozorczyńni ma dużo zajęcia około chorób, przeto ugniatanie PLAYFAIR powierza osobie z tym rękoczynem obznajomionej.

3) *Elektryczność* działa również jako środek mięśnie wzmacniający. Stosuje się strumień przerywany 2 razy dziennie po 30 do 45 minut. Wszystkie mięśnie, z wyjątkiem mięśni głowy, powinny być po kolei elektryzowane. Elektryczność znajduje głównie zastosowanie przy porażeniach mięśni i zanikach pochodzenia histerycznego.*

4) *Pożywienie* stanowi część najważniejszą i najbardziej charakterystyczną tej metody leczniczej. Autor powiada, że doprawdy nieraz dziwić się należy, ile pod wpływem postępowania powyżej opisanego, blada, anemiczna i osłabiona chora jest w stanie zjeść i należycie strawić. Po odosobnieniu chorób daje się jej z początku tylko mleko w małych ilościach i w przestankach trzygodzinnych.

Powoli, w miarę rozpoczynającego się ćwiczenia mięśni za pomocą masażu i elektryczności, dodaje się coraz większą ilość pokarmów stałych. By dać pojęcie o ilości pokarmów, jaką chore po kilku tygodniach zjeść mogą, autor podaje następujący jadłospis swych chorych:

5 *rano*: 10 uncjy soku mięsnego; 8 g. filiżanka białej kawy, o 9 g. potrawka mię-

sna i filiżanka mleka, o 12 g. mleko, o 2 biała ryba, chleb z masłem, połędwica, kalafior omlet i szklanka mleka, o 4 mleko, o 5 mleko i chleb z masłem, o 7 ryba, kurczę, kalafior, jabłko, krem i szklanka burgundzkiego wina, o 9.30 mleko, o 11 sok mięsny (ilość dzienna mleka wynosi 2 kwarty).

Dla przekonania czytelnika o wybornych rezultatach tej metody leczenia, autor przytacza 10 spostrzeżeń własnych, dotyczących przypadków bardzo ciężkich. Choroba zwykle trwała kilka już lat, wywoławszy najwyższy stopień wyniszczenia ustroju. W dwóch przypadkach było porażenie zupełne kończyn i zwieraczy natury histerycznej; w innych były porażenia niezupełne (paresis), drgawki; w jednym histero-epilepsia itd. Brak apetytu i niechęć do jedzenia u tych chorych były tak wielkie, że ilość przyjmowanych pokarmów mogła być tylko dla najmniejszych dzieci wystarczającą. Pod wpływem powyższego sposobu leczenia następowało wyzdrowienie zupełne w przeciągu 5 do 6 tygodni. Chore odzyskiwały chęć do życia, swobodę ruchów, apetyt a średnio przybywało im na wadze przez ten czas do 25 funtów.

Autor zwraca uwagę, że nie wszystkie przypadki macinnicy mogą być tą drogą wyleczone. Jeżeli neurastenija rozwija się na tle organicznych cierpień jajników lub macicy (nowotwory), wtedy nie należy nawet myśleć o zastosowaniu tej metody. Najwłaściwiej stosować ją można w tych przypadkach, gdzie przeważa element nerwowy.

Autor sądzi, że metoda WEIS-MITCHELLA ze wszech miar zasługuje na obszerne zastosowanie. *H. Goldblum.*

82. W. SOMMER. *Przyczynę do nauki o czasce obłąkanych.* Beiträge zur Kenntniss der Irrenschädel. (*Virchow's Archiv Bd. 89 H. 3 i Bd. 90 H. 1 1882.*)

Autor badał 85 czaszek pochodzących z zakładu dla obłąkanych w Allenberg (Prusy Wschodnie), a w celu porównania postęgiwał się czaszkami normalnymi po-

chodzącymi z anatomicznego instytutu w Królewcu.

Wyniki szczegółowych badań i pomiarów są następujące: Przedewszystkiem nie znalazł czaszki specyficznej dla obłąkańca, t. j. takiej jój postaci, z którą nieodzownie połączonemby było zboczenie władz umysłowych, chociaż istnieją czaszki o takich wymiarach, przy których zachowanie prawidłowych władz umysłowych jest a priori niemożliwe, gdyż przestrzeń przeznaczona dla mózgu jest absolutnie za małą. Nie każdy obłąkany posiadać musi nieprawidłową czaszkę, zdarza się to jednak bardzo często, albowiem choroby mózgu powodują nieraz choroby czaszki i odwrotnie. Zboczenia czaszki mogą więc tu być pierwotne albo następcze, a przy wzajemnej zależności rozwoju czaszki i mózgu przeprowadzenie granicy jest wprost niemożliwem. W ogólności czaszki obłąkanych są bardziej przestronne aniżeli czaszki normalne. Powiększenie rozmiarów nie odpowiada jednak powiększeniu pojemności (capacitas); powierzchnia czaszki patologicznej jest bardziej krzywa aniżeli normalnej. Pomimo to wodogłowie (hydrocephalus) należy wykluczyć jako moment przyczynowy, przynajmniej dla czaszek w ścisłym słowa znaczeniu. Stan szwów a szczególnie specyficzne złogi w kościach, wskazują bardzo często na dawniej przebytą krzywicę (rachitis). Ostatnia często jest połączoną z przerostem mózgu. Początek zwiększenia objętości odnieść należy podług wszelkiego prawdopodobieństwa do okresu życia płodowego, gdyż istnienie nieprawidłowego stosunku pomiędzy miednicą matki i główką dziecięcia stwierdzić się daje tem, iż na rozwiniętej już głowie zauważyć można przemieszczenia (Verschiebungen), które podobne zupełnie do prawidłowych deformacji porodowych, z równą częstością dotyczą prawej lub lewej połowy głowy, z jaką czaszka dziecięcia stawia się w pierwszym lub drugim wymiarze miednicy. Przyczyna, że powstają-

ce zboczenie nie wyrównywa się później, jak to w prawidłowych warunkach ma miejsce, polega prawdopodobnie na tém, iż nienormalna główka dziecięcia jest względnie większą aniżeli prawidłowa i przez to podczas porodu podlega daleko większemu ciśnieniu, przez co skrzywienie pozostaje na zawsze. Zgodnie z tém, większe czaszki obłąkanych przedstawiają znaczniejszą asymetrię aniżeli mniejsze. Wspomnieć tu wypada o hipotezie MEYNERT'A, iż tak zwane dziedziczne usposobienie kilkorga z rodzeństwa zależy prawdopodobnie od absolutnie lub względnie wązkiej miednicy matki. MEYNERT przypuszcza, iż mechanizm porodu w podobnych warunkach, powoduje tak silny ucisk na prawidłową nawet czaszkę, iż koniecznym jego następstwem są późniejsze czynnościowe zaburzenia mózgu, co jeszcze łatwiej przyjdzie do skutku, gdy obok krzywicowej miednicy matki mieć będziemy główkę dziecięcia powiększoną wskutek krzywicy (macrocephalia).

A. Rosenthal.

V. Syfilidologia.

83. STRACK. **Wpływ róży na przebieg przymiotu.** (*Prager medicin. Wochenschrift, Nr. 52.*)

Różnorodne fizjologiczne i patologiczne czynniki wywierają rozmaity wpływ na przebieg przymiotu, np. zmiany przymiotowe skóry podczas ciąży rozwijają się przeważnie najczęściej w rodnych; zmiany te szybko ustępują podczas porodu.

Zapalenie płuc krupowe, zapalenie stawów, ostre wysypki i wogóle wszystkie choroby gorączkowe ostre modyfikują przebieg przymiotu, przyspieszając wyleczenie, lub też wpływając na pogorszenie stanu ogólnego. Niektórzy francuscy badacze (MAURIAU) i niemieccy (DEAHNA) zwrócili uwagę na pomyślny przebieg przymiotu po przebyciu róży.

Autor w swój pracy podaje kilka obserwacji z kliniki prof. PICK'A, w których

stanowczo stwierdza zdanie wymienionych badaczy.

1) I. W., wieku lat 42, silnie zbudowany, dobrze odżywiony, wstąpił na klinikę z następującymi objawami: Cały nos mocno obrzękły, na prawym skrzydle bolesny ziarniniak (gumma), na błonie śluzowej jam nosowych, zwłaszcza prawej, głębokie owrządzenia, pokryte sadłowatym wysiękiem.

Przy używaniu jodu przez dłuższy przeciąg czasu, stan się nie zmienił. W kilka tygodni po tem u chorego rozwinęła się róża, która, zaczawszy od prawej połowy nosa, zajęła całą twarz i głowę. Po ustąpieniu róży ziarniniak znikł, pozostawiając po sobie nieznaczną bliznę, nos wrócił do stanu normalnego.

2) X. Z. lat 42. Liczne blizny po wrzodach przymiotowych na obu goleniach i prawym przedramieniu.

Prącie przedstawiało bezkształtną masę, wskutek znacznej ilości blizn, pomiędzy którymi zwieszały się faldy mocno przerostłej skóry. Liczne rozpadłe i rozpadające się ziarniniaki zajmowały większą część lewej połowy twarzy. Na prawej połowie klatki piersiowej wrzód wielkości dłoni. Wśród ciężkich objawów mózgowych i przy silnej gorączce, u chorego rozwinęła się róża, która zajęła głowę i klatkę piersiową. Tu także, jak w przypadku poprzednim, w miejscach gdzie były ziarniniaki i wrzody, po przejściu róży, pozostały blizny i pacjent opuścił klinikę zdrowy zupełnie. Podobnie jak przymiot, ustępują czasem pod wpływem róży i inne zmiany patologiczne, np.: wilk, mięsak (BUSCH), bliznowiec (VOLKMANN) etc. Autor kończy swoją pracę, przytaczając spostrzeżenie ПИК'А, gdzie u 28-letniej dziewczyny, po przebyciu róży, znikły liczne bliznowce, powstałe wskutek brudźca (rupia).

C. Stiche.

84. Dr. VOIGT. **Syphilis und Tabes.**

(Berl. klin. Wochenschr. Nr. 3).

Autor obserwował w ostatnich czasach 76 przypadków władu rdzenia pacierzowego,

z tych w 62-ch stwierdzono przymiot, przebyty mniej więcej przed 4 do 13 laty.

Wład rdzenia pacierzowego objawiał się u wszystkich w typowej formie. Poprzedzający przymiot należał do najłagodniejszych i nigdy nie występowały zmiany trzeciorzędne.

Pojawianie się władu rdzenia u chorych przymiotowych można wytłumaczyć w dwojaki sposób:

a) albo należy przypuścić, że przymiot po zupełnym wyleczeniu pozostawił pewnego rodzaju osłabienie ośrodków nerwowych, sprzyjające rozwinęciu się władu pod wpływem nieznacznych przyczyn pobocznych, b) lub też należy przyjąć, że zmiany ośrodkowe są natury przymiotowej.

Przeciwnicy tej ostatniej teorii przytaczają jako główny zarzut, przeciw niej świadczący, że stan takich chorych rzadko się polepsza pod wpływem specyficznego leczenia; autor przemawia na korzyść przymiotowej natury władu, że zaś specyficzne leczenie nie przynosi spodziewanych korzyści, objaśnia tem, że już pierwszym objawom władu towarzyszą zmiany patologiczne rdzenia pacierzowego, które nawet po usunięciu pierwotnej przyczyny (przymiotu) pozostają bez zmiany i są bodźcem do dalszego rozwoju choroby, to samo ma miejsce w przypadkach władu powstałego wskutek przeziębienia, zmęczenia, nadużyć płciowych etc. w których to razach usunięcie przyczyny wcale nie wystarcza do wyleczenia władu. Wszak i krzywica (Rhachitis), rozwijająca się u dzieci najczęściej na tle wrodzonego przymiotu, nie ustępuje pod wpływem leczenia przeciwpzymiotowego. Jednakże pomimo twierdzeń przeciwnych autor wraz z ERB'EM, BERGER'EM, RUMPF'EM, REUMORT'EM, FOURNIER'EM etc. V. widział w licznych przypadkach przy specyficznym leczeniu o wiele lepsze rezultaty, jak przy używaniu innych środków (lecze-

nie zimną wodą, kąpiele ciepłe; elektryczność, argent. nitric. itp.)

Nakoniec autor zwraca uwagę, że głównym zadaniem lekarza jest ściśle badanie każdego chorego, u którego przypuszczamy, że się wiać rozwinąć może, aby mózł dostrzedz pierwsze już objawy, gdyż tylko wtedy możemy się spodziewać lepszych rezultatów leczenia. Najwcześniej podług V. zjawiają się zmiany w uczuciu bólu, które to uczucie znika pierwój niż uczucie dotyku.

C. Stiche.

MISCELLANEA.

85. **Wycięcie wątroby.** GLUCK w ostatnim zeszytce *Arch. v. Lang.* podaje krótki opis swoich doświadczeń nad wycianiem wątroby u psów. Operacyę tę wykonał 11 razy, w dwóch tylko przypadkach zwierzęta przeżyły 8 dni po operacyi. Fakt to ciekawy, szczególniej dla fizjologów, którzy prawdopodobnie skorzystają zeń dla zbadania zmian, jakim ulega trawienie po usunięciu tak ważnego organu. Nawet sam GLUCK, zbyt może śmiały obrońca i wynalazca takich operacyi jak: wycięcie pęcherza moczowego lub rezekcya płuc (ojcostwo której w sym właśnie artykule dla siebie wiudkuje), nie poważa się, na zasadzie swych doświadczeń, zalecać wykonanie tej operacyi u ludzi.

(*Arch. v. Lang. Bd. 28 H. 3*)

86. **Prawidłowość pojawiania się laseczników gruźliczych w płwocinach u suchotników.** Dr. PFEIFFER badał pod tym względem płwociny u 4 suchotników, u których proces płwociny był różnego natężenia; badania trwały 25 dni, ogółem było ich 100. Rezultaty autor podzielił na cztery grupy, z których pierwsza odpowiada najniższemu stopniowi rozwoju procesu w płwocach, czwarta zaś najwyższemu, druga i trzecia są pośrednie:

I. Na 25 badań: 4 razy dużo laseczników
14 razy nie wiele, 7 razy wcale.

II. Na 25 badań: 11 razy dużo laseczników
10 razy nie wiele, 4 razy wcale.

III. Na 25 badań: 13 razy dużo laseczników
10 razy nie wiele, 2 razy wcale.

IV. Na 25 badań: 16 razy dużo laseczników
6 razy nie wiele, 3 razy wcale.

Wnioski autora: 1. Do badania dostateczne są małe ilości płwociny: 10 do 20 grm. 2. Wraz z natężeniem choroby wzrasta też ilość laseczników w płwocinie. 3. P. zgadza się z BALMER'EM i FRENTZL'EM, że jednorazowy ujemny rezultat badania niczego nie dowodzi, że zatem trzeba badać płwocinę przez 4 do 6 dni z rzędu, aby uniknąć pomyłki.

(*Berl. klin. Woch. Nr. 3, 1883*).

87. Dr. CAMILLO FÜRST. **Rezorcyna jako środek przeciwożarączkowy.** Rezorcyna przedstawia się pod postacią drobnych kryształków fioletowo-białych, łatwo się rozpuszcza w wodzie, smak ma gorzko-słodki. F. stosował ten środek u 300 położnic gorączkujących, zawsze z pomyślnym skutkiem. Dawka wynosi zwykle 3 grm. W 113 przypadkach, w których temperatura była dokładnie mierzoną przed i po zadaniu środka okazało się, że temperatura opada:

w 2 przypadkach o $\frac{1}{2}^0$ do 1^0 C.

w 22 „ o 1^0 do 2^0 C.

w 75 „ o 2^0 do 3^0 C.

w 14 „ o 3^0 do 3^0 C.

i kilku dziesiętnych.

Zwykle szybkemu obniżeniu się ciepłoty towarzyszą obfite poty, przyspieszenie pulsu i oddychania. W kilku przypadkach zauważono dość silne pobudzenie po zażyciu 3 grm. rezorcyny, występujące bardzo szybko po zażyciu środka; chore bredzą, chcą wyskoczyć z łóżka itd., objawy te nie trwają nigdy dłużej nad 3 do 10 minut, za to po ich przejściu tém obfitszy pot występuje a temperatura znakomicie opada. F. zwraca uwagę, że objawy te są podobne do objawów przy zatruciu kwasem karbolowym. Jednoczesnego podawania napojów spirytusowych i rezorcyny trzeba unikać, gdyż podług doświadczeń ANDEER'A spirytusowe rozczyny rezorcyny działają bardziej trująco. Ponieważ objawy pobudzenia występują nadzwyczaj szybko po zażyciu środka i zwykle już w kwadrans potem występuje pot i nieznaczny upadek sił, autor proponuje nie podawać od razu 3 grm. rezorcyny, lecz dawać co kwadrans po 1 grm. W ten sposób okres upadku sił spowodowany pierwszą dawką, przypadnie na okres pobudzenia wywołany drugą i będą się wzajemnie znosić, pożądane zaś działanie na obniżenie ciepłoty wystąpi w całej sile. **Przeciwożarączka:** niedokrwiłość, choroba BRIGHT'A.

(*Wien. Med. Pres. Nr. 1, 1883*)

88. **Pożądane zmiany w budowie kateterów elastycznych.** Dr. MÜPEDEZ zwraca uwagę, że katetery takie, jakie dotąd znajdują się w handlu, są bardzo częstą przyczyną zapalenia pęcherza zarazkowego pochodzenia. Metalowe katetery można pozbawić zarazków przez należyte wygotowanie i przechowanie w roztworze kwasu karbolowego, inaczej jednak rzecz się ma z elastycznymi (NELATON'A): wygotować ich nie można, a leżąc przez czas dłuższy w roztworze kwasu karbolowego grubieją znacznie, tak że nie podobna ich dalej używać. Dla tego też M. słusznie żąda, aby katetery elastyczne tak były zbudowane, żeby je można dokładnie oczyścić kilkakrotnem przestrzykaniem roztworem kwasu karbolowego. Głównym zbiorowiskiem zarazków, a zarazem miejscem najtrudniejszym do oczyszczenia jest wydrążona część kateteru znajdująca się między

bocznymi jego otworami a ślepym końcem, autor przeto proponuje, żeby końcowa część kateteru aż do bocznych otworów nie była wydrążoną, oprócz tego wewnętrzne ściany kateteru muszą być doskonale wypolerowane. Ciekawa rzecz czy który z panów fabrykantów uwzględni powyższe, niezaprzeczenie bardzo logiczne, żądanie autora i obdarzy nas praktyczniejszymi kateterami, niż te, które się dotąd w powszechnym znajdują użyciu?

(Berl. klin. Woch. Nr. 3, 1883).

89. Leczenie histeryi. FRIDREICH zwraca uwagę, że między różnymi przyczynami histeryi ważną odgrywa rolę stan nadmierne podrażnienia techniczki, prowadzący do samogwałtu, a skutkiem tego ostatniego do histeryi. W takich przypadkach autor stosował z bardzo pomyslnym skutkiem *energiczne przyżegania techniczki asotanem srebra*. F. przytacza następujące ciężkie przypadki histeryi wyleczone powyższym sposobem: 1) Porażenie dolnych kończyn trwające od 1½ roku. 2) Bezgłós histeryczny. 3) 8 miesięcy trwające porażenie.

90. Przechowywanie limfy ospowój. Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego lipskiego Dr. FÜRST podaje następujący sposób przechowywania limfy ospowój: zebrawszy zawartość przyszcza na płytkę szklaną, trzeba ją jak najspieszniej wysuszyć w miejscu zabezpieczonym od kurzu, następnie limfę wysuszoną pokryć szkiełkiem pokrywokowym i otoczyć je parafiną. Dla użycia trzeba odjąć szkiełko, a zasuszoną limfę rozetrzeć z odrobiną gliceryny. F. demonstrował szafkę swego pomysłu przeznaczoną do suszenia limfy.

(Berl. klin. Woch. 1883).

91. Wrodzona sinica. Dr. MILLER na posiedzeniu towarzystwa lekarzy szpitala Charité w Berlinie przedstawiał 13sto-letniego chłopca z wysoko posuniętą wrodzoną sinicą. Skóra całego ciała, szczególnie rąk i twarzy, oraz wszystkie widoczne błony śluzowe miały kolor ciemno-niebieski; wargi, koniec nosa, uszy i paznokcie były niebiesko-czarne. Zresztą chłopiec był zupełnie normalnie rozwinięty, jedyną dolegliwość sprawiał mu brak tchu przy szybszym ruchu. Prelegent przypuszcza, że przyczyną tego stanu jest jakaś rozwojowa wada serca (np. niezarośnięcie foraminis ovalis i przegrody komórek), pomimo najściślejszego badania nie można było jednak odkryć żadnych zmian fizykalnych.

(Berl. klin. Woch. Nr. 3, 1883).

92. Philadel. Med. News donosi, że w New Jorku wykonano wycięcie nerki, po którym chory zmarł we 2 dni przy objawach mocznicy. Badanie zwłok wykazało, że wycięta nerka była jedyną, jaką chory posiadał.

(The Lancet Nr. 3, 1883).

93. Sztuczna sól karlsbadzka. Dr. HARNACK ze Strasburga, który uważa chlorek, siarczan i dwuwęglan sodowy jako składniki działające soli karlsbadz-

kiej, wykrył następującą zawartość tych składników w soli:

dwuwęglanu sodowego	36,19 części
chlorku sodu	17,28 „
siarczanu sodowego	46,09 „

i podaje następujący przepis sztucznej soli:

siarczanu sodowego	100 części
dwuwęglanu sodowego	80 „
chlorku sodowego	40 „

94. E. Moritz podaje nową mieszaninę oziębiającą, składa się ona z równych części śniegu i alkoholu. Doświadczenia wykazały znaczne obniżenie ciepłoty przy użyciu tej mieszaniny.

(Chem. Zeit. 1, 83).

Wiadomości bieżące.

— **Rządzący senat** zniósł rozporządzenie zabraniające żydom zawiadywania aptekami w Petersburgu.

— **W Praw. Wiest.** znajduje się ogłoszenie bułgarskiego ministra wojny zapraszające medyków na posady lekarzy bataljonowych. Warunki: pensya oprócz kwaterunkowych pieniędzy wynosi 4800 fr., przy wstąpieniu na służbę otrzymuje się jednorazowo 600 fr. i zwrot kosztów podróży od granicy Bułgarii do miejsca przeznaczenia. Żąda się przytém dwuletniego zobowiązania.

— **Dr. Neneki i P. Rakowski** ogłosili w 3-cim numerze „Gazety Lekarskiej“ ciekawy rezultat ilościowej i jakościowej analizy chininy wziętej z dwóch tutejszych składów aptecznych, jako też pięciogramowych proszków chinowych wziętych z pięciu aptek (4 tutejsze, 1 prowincjonalna). Okazało się, że preparat otrzymany ze składów aptecznych był zupełnie czysty, gdyż zawierał 99% i 99,5% siarczanu chininy. Analiza pięciogramowych proszków wykazała:

Apteka A. Proszki przedstawiały pełną wagę, zawierały 96,6% siarczanu chininy.

Apteka B. Proszki, wagi pełnej, zawierały 90,6% siarczanu chininy.

Apteka C. Proszki ważyły tylko 4 zamiast 5 gr., zawierały 95,6% siarczanu chininy.

Apteka D. Proszki ważyły tylko 4 gr., zawierały 97,1% siarczanu chininy.

Apteka E. Proszki, wagi pełnej, nie zawierały wcale siarczanu chininy, tylko siarczan cynchoniny z domieszką cynchonidyny.

Apteka F. (prowincjonalna). Proszki nie zawierały wcale chininy, tylko cynchonidynę z domieszką cynchoniny.

— **Drugi kongres terapeutyczny** odbędzie się w Wiesbaden 17 kwietnia 1883 r.

— **Rada municypalna Paryża** na przedstawienie Dra. BOURNEVILLE postanowiła: 1. powiększyć pensyję 13 chirurgom i 22 terapeutom znajdującym się

przy biurze głównym z 600 fr. na 1000 fr.; 2. utworzyć 2 nowe posady (1 chirurg i 1 terapeuta) z placą po 1000 fr.; 3. utworzyć 2 posady akuszerów z placą 1500 franków. (Union Nr. 5, 1882).

Rada higieniczna (Conceil d'hygiene) departamentu Sekwany wydała następujące przepisy ostrożności, które mają być zachowane przy epidemii durzycowej.

Jeżeli choroba zostanie w danym wypadku stwierdzoną, wówczas mają być użyte następujące środki:

1) Odosobnienie chorego, które jeżeli nie da się w domu skutecznie, wymaga oddania go do szpitala; jeżeli chory pozostaje w domu, odwiedzać go mogą tylko osoby potrzebne, w żadnym zaś razie dzieci i młodzież. Osoby pielęgnujące powinny o ile można umywać się w roztworze kwasu karbolowego (10,0 na litr).

2) Pokój ma być należycie przewietrzany i wszystko musi być usuniętem, co przeszkadza wentylacji (firanki, dywany); łóżko, o ile można, należy postawić na środku pokoju.

3) Wypóżnienie odwiezających należy niezwłocznie roztworem chlorku cynku (50,0 na litr wody); w podobny sposób odwiezających wychodki.

4) Odzież chorego przed wyniesieniem z pokoju należy zmoczyć w roztworze kwasu karbolowego (20,0 na litr wody) i natychmiast oddać do prania.

5) Po opróżnieniu pokoju, posypuje się go piaskiem, miejscami kładą się węgle rozżarzone na które sypie się siarka, rachując po 20,0 na metr sześcienny pokoju. Pokój ma być zamknięty przez 24 godzin; rzeczy w nim pozostające potrzeba należyte oczyścić. Dopiero po tygodniu ciągłej wentylacji, można go oddać do użytku.

Dla zbadania przyczyny epidemii podane są następujące szematy:

A) *Badanie lokalu:* Otoczenie chorego, ilość osób w tymże pokoju spijających, higieniczne warunki pokoju, piętro; czy front wychodzi na ulicę?

Zkąd dom otrzymuje wodę? Czy filtrowaną? Jak jest utrzymywany? Podwórza, odpadki, zlewy, wychodki, sposób wywożenia nieczystości?

Czy ulica jest brukowana, asfaltowana itp.? Czy posiada kanał? Szerokość ulicy, odległość ujścia kanału; czy ujście wydaje smrodliwe wiewy? Stan rynsztoków, czy przedsiębrane są większe roboty ziemne w okolicy?

B) *Badanie chorego:* Płeć, wiek, stan i fach, narodowość, miejsce urodzenia, data zamieszkania w Paryżu, przypuszczalne momenty etjologiczne (wysiłki, zmiana przyzwyczajzeń itp.)

Poszukiwania dotyczące zarazki: Czy obserwowano w tymże lub w sąsiednim domu gorączkę durzycową? Ilość i data wypadków, zwłaszcza ostatniego.

Czy chory komunikował się z osobą na tyfus cierpiącą? Czy zarazek nie mógł się udzielić za pośrednictwem kału?

(Annales d'hyg. publ. et de médecine légale Dec. 1882).

W Paryżu coraz bardziej rozpowszechnia się bruk drewniany. Obecnie wybrukowano w ten sposób pola elizejskie na przestrzeni wynoszącej dwa kilometry długości i 30 metrów szerokości. W Londynie wybrukowano w ten sposób ulicę na przestrzeni mającej ogółem 600 kilometrów długości. VALLIN rozstrząsając higieniczne własności tego bruku, nadmienia, iż do dobrych stron jego należą: mniejsza ilość wypadków, zmniejszenie hałasu wywołanego jazdą, trudność zanieczyszczenia kanałów (co zdarza się przy bruku kamiennym), wreszcie niewielki stosunkowo koszt; strony ujemne są: niebezpieczeństwo pożaru, nieznaczne zresztą; kurz przykry, wywołujący niekiedy zapalenie oczu, wreszcie nasiąkanie drzewa moczem i innymi istotami organicznymi ulegającymi następnie rozkładowi. Ten ostatni punkt nie jest jeszcze należyte stwierdzony. (Révue d'hyg. et de pol. sanit. Dec. 1882).

— **Węgry** przedstawiają obszar 280389,75 kilometrów kwadratowych, ludność wynosi 13728622 mieszkańców, lekarzy praktykujących jest 3348 (nie licząc lekarzy Buda-Pesztu, których jest około 500), tak więc przypada 1 lekarz na 4101 mieszkańców. Aptekarzy jest 917. Weterynarzy 583. Ogólna liczba zakładów leczniczych dochodzi do 215, liczba łóżek wynosi 10027 (do tej liczby nie wliczono klinik uniwersyteckich). Obecnie buduje się nowy szpital w Peczce na 656 chorych, kosztą budowy wynoszą 1250000 guldenów, każda sala chirurgiczna mieścić będzie tylko 16 a terapeutyczna 28 łóżek, na każde łóżko przypada 46 metrów sześciennych powietrza. (Berl. klin. Woch 1883).

— **Zapis Bradshawe.** Wdowa po lekarzu WILLIAM'IE WOOD BRADSHAWE zapisała akademii chirurgicznej Londyńskiej sumę 1000 funt. szter., przeznaczając roczny procent od niej jako wynagrodzenie za lekcję czytaną w akademii chirurgicznej raz na rok, odczyt ten ma nosić miano jej męża: „Bradshawe lecture“. 13 Grudnia zeszłego roku pierwszy taki odczyt wypowiedział JAMES PAGET, pod tytułem: „O kilku rzadkich i nowych chorobach“. Lekcja taka przynosi wygłaszającemu ją okrągłą sumę 50 funtów tj. 1200 fr.

Nekrologija.

— **Baron Lucian Corvisart** przyboczny lekarz Napoleona III umarł w Paryżu, pogrzeb odbył się dnia 27 Grudnia 1882 r.