

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija doświadczalna.

95. BARNEY-SACHS. **O wpływie mleczu pacierzowego na wydzielanie moczku.** Ueber den Einfluss des Rückenmarks auf die Harnsecretion. (*Inaugural-Dissert. Strassburg 1882.*)

Część I. Wpływ mleczu pacierzowego na czynność nerek w ogóle. Dla otrzymania dokładniejszych rezultatów z doświadczeń zamiast zwykle używanego sposobu (MAX HERMANN) wprowadzania rurek do moczowodów (dla otrzymania wprost z nich moczku do badań), przy którym to sposobie wpływ podrażnienia moczowodów, a ztąd i samych nerek nie może być zaprzeczonym, autor zadawał się wyciskaniem od czasu do czasu zawartości pęcherza moczowego, uczyniwszy go przystępnym przez niewielkie rozcięcie powłok brzucha po nad chrząstkozrostem łonowym.

Dawniejsi autorowie (ECKHARD) utrzymywali, że przecięcie mleczu pacierzowego na wysokości pomiędzy 6 a 7 kręgiem szyjowym (lub też wyżej) wywołuje natychmiastowe, uporczywe (często na 3 godziny) zatrzymanie sekrecyi nerek, S. zaś doszedł do wprost przeciwnego wniosku, mianowicie że część grzbietowa mleczu pacierzowego nie jest ani specyficznym ośrodkiem, ani też nie posiada specyficznych dróg dla sekrecyi nerek; wogóle mleczowi pacierzowemu nie można przypisać żadnego bezpośredniego wpływu na czynność nerek. Do tego wniosku upoważniają autora następujące dane:

1) Psy (wyłącznie używane do tej części doświadczeń), którym rozcięto mlecz pacierzowy na wysokości dolnych szyjowych lub pierwszych grzbietowych krę-

gów, przy pewnej staranności, utrzymywały się przez długi czas (jeden przez 4 miesiące) przy życiu i czynność nerek odbywała się prawidłowo, chociaż, rozumie się, z powodu bezwładu pęcherza trzeba było sztucznie wydalać mocz.

2) Mocz wydzielony po przecięciu mleczu, zawierał często białko (którego przed operacją nie zawierał) lub też sole (jak żelazocyjanek potasu), zastrzykiwane do żyły udowej już po przecięciu mleczu, co niezaprzeczenie dowodzi nieprzerwanej czynności nerek.

3) Przerwanie czynności nerek po operacji zdarza się u psów słabych, a autor objaśnia to nie przez zniszczenie nerkowych ośrodków lub też dróg nerwowych do nich prowadzących, lecz tém, że osłabiony jeszcze więcej przez rękoczyn organizm jest wogóle niezdolnym do jakiegokolwiek funkcyi.

4) W doświadczeniach, sposobem HERMANN'A (tj. przy obrażeniu moczowodów) przeprowadzonych, ilość moczku, otrzymanego po przecięciu mleczu, była znacznie mniejszą w porównaniu z ilością otrzymywaną, ceteris paribus, bez obrażenia moczowodów; dla tego też S. przypisuje temu rękoczynowi daleko szkodliwszy wpływ na czynność nerek, niż przecięciu mleczu.

Potrącona przez autora kwestyja wpływu przecięcia mleczu pacierzowego na ciśnienie w tętnicach, a więc wpływu tą drogą na ilość wydzielanego moczku jest dość lekko i niejasno traktowana.

Część II. Stosunek mleczu pacierzowego do sztucznego cukromoczku. Jak w pierwszej części swjej pracy autor odmawia wszelkiego wpływu mleczu pacierzowego na czynność nerek, tak w tej części utrzymuje,

że i na cukromoczu mlecz pacierzowy wpływu żadnego nie wywiera, albowiem:

1) Po całkowitem przecięciu mlecza na wysokości 1-go, 2-go lub 3-go kręgu grzbietowego, albo też 7-go, 6-go, 5-go szyjowego (między 5-ym a 6-ym) nigdy autor, pomimo najściślejszej analizy, nie znalazł cukru w moczu.

2) Po przecięciu tylnych pęczków mlecza pacierzowego pomiędzy 6-ym a 7-ym kręgiem szyjowym — mniemanego klasycznego źródła *przemijającego* cukromoczu, autor nie znalazł w moczu ani śladu cukru. Ten sam rezultat po przecięciu mlecza na wysokości między 5 i 6 szyjowym kręgiem, lub na wysokości 3-go szyjowego kręgu.

Z tych doświadczeń (robionych na psach, królikach, szczurach) S. wnioskuje, że mlecz pacierzowy nie może być uważany jako ogniwo w łańcuchu dróg nerwowych, pośredniczących w przeprowadzaniu wpływu *figure* Cl. BERNARDA na czynność wątroby.

D. Wasserzug (Płock).

96. Dr. G. ARMALLER HANSEN (Bergen). **Poszukiwania nad lasecznikiem trądowym.** (*Virch. Arch. T. 90. str. 542*).

Kwestya zaraźliwości trądu, mimo ostatnich prac NEISSER'A i KÖBNER'A, nie posunęła się naprzód; NEISSER'OWI udało się wywołać miejscowy trąd u psów, KÖBNER jednak nie wierzy w dokładność tych doświadczeń. Autor próbował dawniej przenosić zarazek na króliki i koty, lecz również bezskutecznie. Niedawno rozpoczął szereg nowych doświadczeń; mianowicie wprowadził małpie pod skórę, wyluszczone guzik trądowy; po 5 miesiącach znikł wszelki ślad obrzmienia, a małpa pozostała zdrową; zapewne guz wraz z zawartymi w nim lasecznikami uległ wessaniu bez żadnej szkody dla zwierzęcia. Płyn rozplodowy, wstrzyknięty innej małpie w muszlę uszną, również żadnych śladów po sobie nie zostawił.

Laseczniki łatwo dają się wykazać wszędzie, gdzie istnieją złogi trądowe gu-

zikowate, czy to świeże, czy stare. KÖBNER znalazł je we krwi swęgo pacyenta. W anestetycznej formie trądu dotychczas lasecznika autor nie znalazł.

Wyniki poszukiwań nad rozpladnieniem laseczników są następujące: Autorowi nie udało się otrzymać ich ze świeżo wyluszczonych guzików, hodowanych w buljonie wołowym w bańkach PASTEUR'A, umieszczonych w kamerze rozplodowej przy T. 36—39° C. Później H. powtórzył swe doświadczenia z żelatyną przygotowaną podług wskazówek KOCH'A z osocza krwi ludzkiej. Płyn ten autor wylewał na szkiełka przedmiotowe i umieszczał w nich po kawałku guziczka trądowego; jedne preparaty zakrywał, inne zostawiał otwartymi i wprowadzał do aparatu rozplodowego.

Po upływie 4 dni laseczniki zaczynały się w płynie pokazywać; wiele z nich miało na jednym lub obu końcach ciała guziczkowate zgrubienia, co jednak na preparatach niezabarwionych trudno było rozpoznać. Można było napotkać i dłuższe nitki, bądź pojedyncze, bądź w gromadkach; niektóre były gładkie, inne paciorkowate, jakby z całego szeregu laseczników złożone. Ostatnie są według autora potomkami laseczników. Począwszy od 5 dnia autor obok powyższych tworów widział także grupy ziarenek, które powoli wypełniały cały preparat. Guziczkowate zgrubienia poczytuje on jako tworzące się, ziarenka zaś jako gotowe już zarodniki.

W ciele ludzkim można również widzieć tworzenie się zarodników, autor bowiem widział laseczniki z guziczkami zarówno w świeżych, jako też starych ogniskach trądowych.

Co się tyczy barwienia, autor sądzi, że przy metodzie KOCH'A dla bakteryj gruzliczych, tylko laseczniki ze zgrubieniami guziczkowatymi zatrzymują błękit metylenowy przez czas dłuższy; inne zaś po 24—48 godzinach zupełnie tracą zabarwienie.

Pacanowski.

97. Prof. A. HERZEN (Lozanna). **Wpływ śledziony na trawienie.** (*Revue scientifique. Nr. 22, 1882*).

Już CUVIER przed laty wypowiedział przypuszczenie, iż istnieje ścisły związek między śledzioną i trzustką i że pierwsza prawdopodobnie wpływa na tworzenie się soku trzustkowego. Przypuszczenie to, nie poparte zresztą doświadczeniami fizjologicznymi, poszło w zapomnienie; nowsi badacze zaczęli przypisywać śledzionie ważny udział w wytwarzaniu i niszczeniu krążków krwi.

Znanym jest dziwny fakt, iż całkowite wycięcie śledziony nie wpływa ujemnie ani na trawienie żołądkowe, ani na tworzenie się czerwonych krążków lub bezbarwnych ciałek krwi; zwierzęta po tej operacji tyją nawet nieco. Inaczej się rzecz ma z trawieniem trzustkowym. Śledziona, jak wiadomo, nabrzmiwa w 4 godziny po jedzeniu; powiększenie to trwa 3—4 godzin, po upływie zaś 12 godzin objętość śledziony dosięga swego *minimum*. Otóż, przedstawivszy za pomocą dwóch krzywizn stopniowe zmiany objętości śledziony, oraz ilości *trypsyny*, zawartej w tym samym czasie w soku trzustki, widzimy iż obie krzywizny zupełnie sobie odpowiadają. SCHIFF, zdziwiony taką zgodnością, po długich poszukiwaniach przekonał się, że u zwierząt, pozbawionych śledziony, sok trzustkowy zachowuje wprawdzie zdolność przemiany mączki w cukier i emulsyjonowania tłuszczów, lecz *traci zdolność peptonizowania białka*.

Większość fizjologów nie zwróciła uwagi na pracę SCHIFF'A, a nawet ci, którzy przyznali jej słuszność, zawahali się nieco z chwilą, gdy HAIDENHAIN wykazał *nieustannie* wytwarzanie się pewnego fermentu (*substance zymogène*) w protoplazmie komórek gruczołowych trzustki, w postaci drobnych ziarenek, które zamieniają się w trypsynę podczas najczynniejszego okresu trawienia. To by dowodziło, że ferment soku trzustkowego nie podlega wpływom jakiegokolwiek innego narządu (resp.

śledziony) i tём samém obalałoby teorię SCHIFF'A. Autor jest przekonany o prawdziwości teorii SCHIFF'A, jako na faktach opartej i sądzi, iż można poglądy HAIDENHAINA i SCHIFF'A pogodzić, modyfikując nieco teorię ostatniego.

Bez wątpienia ferment tworzy się *nieustannie*, niezależnie od śledziony; również nie ulega zaprzeczeniu, iż znajduje się obficie w trzustce zwierząt, pozbawionych śledziony; lecz ferment ten *przemienia się w trypsynę jedynie tylko w prostym stosunku do fizjologicznego obciążenia śledziony podczas aktu trawienia*.

Pierwszy szereg doświadczeń w celu sprawdzenia tych faktów autor przedsięwziął we Florencji w roku 1877. Jakkolwiek takowe nie zupełnie się udały, ponieważ jako *vehiculum* dla nastojów użytą była gliceryna, która znacznie powstrzymuje trawienie, jednak okazało się z doświadczeń na dwóch psach, z których jeden zabitym został po 20-godzinnym poście, a drugi w chwili pełnego trawienia, że sok trzustkowy pierwszego psa, jak również nastój śledziony drugiego, nie trawił wcale; mieszanina obu nastojów trawiła; mieszanina zaś, soku trzustkowego pierwszego psa z nastojem jego własnej śledziony, nie trawiła.

W roku zeszłym autor powtórzył te doświadczenia, używając za *vehiculum* 5-procentowego roztworu kwasu bornego. Wyniki były takie same. Tym sposobem w żywej trzustce ferment przemienia się w trypsynę pod wpływem pewnej substancji, wytwarzanej przez śledzionę. Fakt ten tłumaczy, dla czego nastój trzustkowy psa, pozbawionego śledziony, zachowuje się podczas pełnego nawet trawienia w podobny sposób, jak trzustka psa normalnego, poszczonego od 18—20 godzin.

Pacanowski.

98. SIMANOWSKY. **W kwestyi kolki wątrobowej,** Zur Frage über die Gallensteinkolik. (*Zeitschr. f. klin. Med.* 1883 r.)

W pierwszej części swjej pracy autor

opisuje doświadczenia wykonane napsach, którym robił stałe przetoki żółciowe, wprowadzał przez nie cienkie elektrody i drażnił błonę śluzową pęcherzyka żółciowego strumieniem elektrycznym. Przy tych doświadczeniach dały się zauważyć zjawiska bardzo ciekawe, tém bardziej, że zupełnie podobne do powszechnie znanych jako też i do mniej znanych objawów kolki wątrobowej.

Spostrzegane zjawiska były następujące:

1) Już samo przez się wprowadzenie do pęcherzyka żółciowego elektrodów lub jakiegokolwiek innego ciała obcego sprawiło silne bóle (zwierzę srasznie wyło).

2) Skoro elektrody posuwano dalej lub próbowano je wyciągnąć, powstawał skurcz pęcherza żółciowego unieruchamiający elektrody. Po kilku sekundach skurcz przechodził.

3) Przy słabym elektrycznym strumieniu częstość skurczów serca zwiększała się, przy silnym zaś przeciwnie zmniejszała się, przy czém często występowała arytmija.

4) Przy długotrwałém drażnieniu, czynność serca znacznie słabła. W niektórych doświadczeniach osłabienie czynności serca występowało od samego początku. Zjawisko to spostrzegano zarówno przy słabém jak i przy mocném drażnieniu, zarówno przy powiększonej jak i przy zmniejszonej częstości skurczów serca.

5) Charakter tętna w tętnicach udowych ulegał znacznej zmianie; tętnica udowa prawa przedstawiała większe zmiany niż lewa. Zwykle prawa silniej się kurczyła, tętno w niej stawało się twardszém niż w lewej; w niektórych razach rzecz się miała odwrotnie.

6) Ilość oddechów podczas drażnienia znacznie się powiększała (od 20 do 60 lub 70 na minutę).

7) Ciężota mierzona w odbytnicy, podczas drażnienia znacznie się wzmacniała. Podniesienie ciężoty utrzymywało się

przez pewien czas nawet po zaprzestaniu drażnienia.

8) Ciężota skóry zaraz po rozpoczęciu drażnienia zmniejszała się, wkrótce jednak znacznie się zwiększała, i to z prawej strony klatki piersiowej bardziej niż z lewej. Ta różnica temperatury utrzymuje się przez kilkadziesiąt minut po zaprzestaniu drażnienia. Zjawisko opisane nie jest jednak stałym.

9) Podczas drażnienia pęcherzyka żółciowego zwierzę wpada zwykle w stan zupełnej nieświadomości, staje się nieczulém na szczypanie, ukłócia itp.

10) Po zaprzestaniu drażnienia czynność serca staje się jeszcze słabszą, tętno słabnie i jest przyspieszone, a różnica w tętnicach udowych przez pewien czas jeszcze się utrzymuje.

11) Po zaprzestaniu drażnienia okazało się, iż tylne kończyny u niektórych psów są bardzo osłabione, w stanie niedowładu.

12) W niektórych razach podczas drażnienia występowały wymioty.

13) Samo dotykanie elektrodami wewnątrznej powierzchni pęcherzyka żółciowego wywoływało niekiedy, a drażnienie strumieniem zawsze, zwiększenie ciśnienia wewnątrz naczyń krwionośnych. Jednocześnie z tém zjawiskiem występowało zazwyczaj zmniejszenie częstości skurczów serca.

14) Wstrzyknięcie odpowiedniej ilości atropiny nie przeszkadzało zwiększaniu się ciśnienia wewnątrz naczyniowego — przy czém jednak częstość skurczów serca nie zmniejszyła się.

15) Przecięcie nn. błędnych na szyi znosi zwiększenie ciśnienia wewnątrz naczyniowego wywołanego przez drażnienie pęcherzyka żółciowego.

16) Podczas drażnienia pęcherzyka żółciowego można było zauważyć (po rozcięciu ściany brzucha) zmniejszenie robaczkowych ruchów kiszek i znaczne wyćdęcie.

17) Przy drażnieniu pęcherzyka żół-

ciowego powstawały często skurcze mięśni prostych brzucha.

Według S., wszystkie powyżej przytoczone zjawiska powstają na drodze odruchowej przez przeniesienie się wrażenia z pęcherzyka żółciowego na nerwy ruchowe, hamujące, albo też na nerwy naczynioruchowe (tak zwężające jako też rozszerzające naczynia).

Zjawiska te, jakieśmy to już na początku wspomnieli, najzupełniej odpowiadają objawom kolki wątrobowej u ludzi. Autor szczegółowo zastanawia się nad każdym z tych objawów, mając na względzie wyniki swych doświadczeń.

Bóle przy kolce wątrobowej powstają prawdopodobnie wskutek nadmiernego rozszerzania przewodu żółciowego przez żółć nagromadzoną po za uwięźniętym kamieniem. Zemdlenia, obłęd, drgawki, bezwładność powstają wskutek odruchowych zaburzeń krążenia krwi w ośrodkach nerwowych. U ludzi podczas kolki wątrobowej bywają ważne zmiany w ciepłocie ciała. Z początku ciepłota wewnętrzna (mierzona np. w odbytnicy) powiększa się a ciepłota skóry zmniejsza, co szczególnie staje się wydatnem na kończynach; wkrótce jednak ciepłota wewnętrzna nieco się zmniejsza a ciepłota skóry znacznie się wzmacnia. Zdarza się też często i u ludzi, że prawa strona klatki piersiowej bywa znacznie cieplejszą od lewej, ale też bywa i odwrotnie. Zależy to bez wątpienia od indywidualności. Zmiany w czynności serca objawiają się też u ludzi głównie osłabieniem tej czynności, poprzedzanem niekiedy przez bardzo krótkotrwałe wzmocnienie. Prócz tego u jednych chorych czynność serca się przyspiesza, u innych zaś wolnieje. Być może, iż to zależy od siły samego napadu kolki. Ciśnienie wewnątrz naczyń naczyniowe zazwyczaj się wzmacnia — jednocześnie następuje zwolnienie czynności serca. U ludzi, podczas napadu kolki wątrobowej daje się również spostrzegać różnica w ciśnieniu wewnątrz naczyń naczyniowym z prawej i lewej strony ciała tak samo jak

u zwierząt, u których drażniono pęcherzyk żółciowy. Z prawej strony, z początku napadu, tętnice się zwężają, wskutek czego następują powyżej wzmiankowane zmiany w ciepłocie i w ciśnieniu wewnątrz naczyń naczyniowym; następnie tętnice te się rozszerzają; prawa połowa ciała zaczerwienia się, ciepłota jej się zwiększa, występuje pot. Objawy te mają miejsce i z lewej strony, ale w daleko mniejszym stopniu. Niekiedy bywa zupełnie na odwrót.

Podczas kolki wątrobowej oddechanie bywa przyspieszone, w wyjątkowych tylko razach ilość oddechów zmniejsza się. Podczas napadu występują wymioty, zaparcie stolca i wzdęcie.

Dowiedziona jest rzeczą, iż aby odruch nastąpił niekoniecznie potrzebne jest tak silne drażnienie, aby doszło do świadomości. Niedochodzące do świadomości, niewywołujące bólów drażnienia, mogą też być powodem powstawania odruchów w rozmaitych organach. W ten sposób powstają zapewne t. zw. zamaskowane napady kolki wątrobowej, których autor wylicza cztery rodzaje: 1) Brak bólu, lecz występuje napad gorączkowy — co się niekiedy powtarza peryjodycznie, tak iż często w tych razach bywa rozpoznawana zimnica. 2) Bez wszelkich innych objawów występują nagle objawy psychiczne: przygnębienie władz umysłowych, nadzwyczajna senność itp. 3) Zamiast zupełnego napadu kolki wątrobowej obserwować niekiedy można zawrót głowy i bezładne ruchy: chwiejanie się przy chodzeniu nierówny chód itp. 4) Nakoniec napad kolki wątrobowej może występować pod postacią najrozmaitszych czuciowych, ruchowych lub mieszanych nerwic serca.

Oprócz wymiotów kolka wątrobowa może wywołać w żołądku silne skurczowe bóle, które występują na pierwszy plan, wskutek czego rozpoznanie bywa często bardzo utrudnione. Niekiedy zamiast zaparcia stolca, szczególnie w początkach napadu, powstaje rozwolnienie z częstymi wydymaniami. W rzadkich przypadkach

wskutek kolki wątrobowej powstaje drogą odruchową porażenie nerwów trzewnych, przepelnienie naczyń krwionośnych przewodu pokarmowego, a nawet wymioty i stolce krawe. *Rejchman.*

II. Medycyna wewnętrzna.

99. W. H. BROADBENT. **O puszczaniu krwi.** On venesection. (*The Lancet. Nr. 1 i 2. r. 1883.*)

W ostatnich dwu latach kwestyją tą znów się zaczynają zajmować.

(Zwracamy uwagę na artykuł B. FENWICKA, streszczony w Nr. 18 „Kroniki Lek.“ z r. z. Przep. Spraw.)

Przed laty puszczano krew niemal każdemu choremu, co naturalnie daleko więcej przynosiło szkody, aniżeli pożytku. Żadnych racjonalnych wskazań nie było, dla tego też przeciw puszczaniu krwi prawie wszyscy powstałi.

Nie ulega jednak wątpliwości, że w bardzo wielu przypadkach metoda ta oddawała wyborne usługi.

Autor jest zdania, że bezwzględne wyrugowanie z terapii puszczania krwi jest niesłuszne, gdyż pozbawiło nas jednego z najpotężniejszych środków leczniczych.

Autor od wielu już lat zajmuje się wyszukiwaniem jasnych wskazań dla puszczania krwi i obecnie opierając się na długoletniem doświadczeniu, podaje te wskazania, do których dodał jako ilustracyją, pouczającą kazuistykę.

Przedewszystkiem pamiętać należy, że upusty krwi przy ostrych zapaleniach, nie mają wcale na celu zniesienia zapalenia; zadaniem ich jest zmienić rozdział, a głównie ciśnienie krwi wewnątrz tętnic i żył.

1. Jedno z najprostszych, a zarazem najważniejszych wskazań dla zmniejszenia wysokiego ciśnienia krwi wewnątrz naczyń za pomocą upustu krwi znajdujemy przy *tętniaku* (aneuryzma), wywołującym gwałtowne bóle skutkiem ucisku na nerw lub zagrażającym życiu skutkiem u-

cisku na jakiś ważny organ. Autor nieraz przekonał się, że niewielkie upusty krwi natychmiastową przynoszą ulgę. Są one jednak przy tętniakach środkiem tylko *łagodzącym*; nie wywierają zaś żadnego wpływu na dalszy przebieg choroby i dla tego znaczenie upustów krwi przy tętniakach jest bardzo ograniczone.

2. Daleko większe znaczenie ma puszczanie krwi w tych przypadkach, które szybko sprowadzają *przepelnienie* (overdistension) *prawej połowy serca*, jak przy chorobach serca, płuc i oskrzeli.

Wiadomo, że dawniejsi lekarze najczęściej stosowali puszczanie krwi przy włóknikowem zapaleniu mięszu płucnego. Autor przyznaje, że przy tém cierpieniu postępowanie to w odpowiednich przypadkach w istocie znakomite oddaje usługi. Zwalcza ono nie samo zapalenie płuc, ale często je wikłające ostre rozszerzenie prawej komórki, łatwo doprowadzić mogące, przy wysokiej ciepłocie krwi, do porażenia serca. Często bowiem szybkie zgęszczenie płuca na znacznej przestrzeni w połączeniu z nawałem krwi do reszty płuc, może doprowadzić do takiego utrudnienia krążenia płucnego, że prawa komórka zbyt znacznie zostaje rozciągnięta, przez co siła jęj może nagle zostać wyczerpaną.

Objawy, towarzyszące niebezpiecznemu temu powikłaniu, są bardzo charakterystyczne: chory jest blady lub siny, skóra pokryta zimnym potem, kaszel częsty krótki i bolesny; oddech bardzo powierzchowny; tętno małe; uderzenia zaś serca mocne. Niestosunkowość pomiędzy tętnem a biciem serca pochodzi ztąd, że mała tylko fala krwi dostaje się do lewej komórki i do tętnic. W tych razach upust krwi sprawia znakomitą ulgę. W miarę upływania krwi tętno się podnosi, oddech pełniej i staje się rzadszym; ogólny stan chorego szybko się poprawia; samo zaś zapalenie płuc nie zostaje przez upust krwi przerwane, lecz tylko, pozbywszy się niebezpiecznego powikła-

nia, przyjmuje zwykle przebieg pomyślniejszy.

Takież same przepełnienie prawej połowy serca napotykamy często przy przewlekłym zapaleniu drobniejszych oskrzeli i przy rozedmie płuc.

W tych jednak przypadkach autor prawie nigdy nie ucieka się do ogólnych krwi upustów, gdyż je chorzy zwykle źle znoszą. Zresztą rozszerzenie prawej komórki zależy tu od głębokich i poprawić się nie dających zmian w krążeniu płucnym, na które upusty krwi nie mogą naturalnie wywrzeć dobroczynnego wpływu.

Co się tyczy chorób serca, autorowi nie zdarzyło się nigdy spotkać przypadków, wymagających tego sposobu leczenia. Wyjątek stanowi *zwężenie lewego ujścia żylnego* (stenosis mitralis), często prowadzące do *nagłego i ostrego* przepełnienia prawej komórki, grożącego porażeniem serca.

W tych przypadkach wskazany jest upust krwi. W zwykłych przypadkach zwężenia lewego ujścia żylnego, prędko przyłącza się przerost prawej komórki, który zabezpieczając ją od ostrego rozszerzenia, czyni upusty krwi zbytecznymi.

3. Oprócz przepełnienia prawej połowy serca, du upustu krwi upoważnia nas także *niezwykle wysokie ciśnienie tętnicze*, sprowadzające rozmaite przypadłości chorobowe. Każdemu lekarzowi znaną jest niezwykła skuteczność upustów krwi przy *drgawkach moczowych*. Zdaniem autora polega to na zniesieniu wysokiego ciśnienia tętniczego, jakie wogóle ma miejsce przy wszystkich chorobach nerek. Przy mocznicy mamy do czynienia z zanieczyszczeniem krwi przez mocznik i inne składowe części moczu, oprócz tego pojawia się wodnistość krwi, niedokrewność mózgu i wysokie ciśnienie tętnicze. Upust krwi nie poprawia jej chemicznych własności, a nawet krew staje się bardziej wodnistą, mózg więcej anemiczny, ale ciśnienie krwi się zmniejsza, wskutek czego

drgawki albo zupełnie ustępują, albo też natężenie ich słabnie.

Dawniej puszczano także krew przy *obrażeniach czaszki*, jeżeli występowały objawy t. zw. podrażnienia mózgowego. W tej kwestyi autor nie ma dostatecznego doświadczenia; wszakże sądzi, że i tu upust krwi jest nie raz wskazanym. Przy apoplexia cerebri B. nie widzi potrzeby puszczania krwi. Jeżeli jednak są wyraźne oznaki wysokiego ciśnienia tętniczego, łatwo zapobiedz pęknięciu naczynia mózgowego przez wczesny upust krwi.

H. Goldblum.

100. Dr. BOKAI. **Bromek arsenu przeciwko cukrzycy.** (*Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 3, 1883 r.*)

Już w zeszłym roku Dr. CLEMENS z Frankfurtu zalecał przy cukrzycy Liquor arsenici bromati, podając następujący sposób przygotowania go: Rp. Acidi arsenici, Kali carbonici aa. 0,1 In vitrum cylindricum probatorium inmessis affunde aq. dest. simpl. guttas 5, et calefac, ut liquor limpidus efficitur, quem aq. dest. simpl. sufficiente quantitat. dilue, ut liquor sit ponderis 10,0. Tum admisce Bromi puri 0,2 (guttas 4) Sepone per diem unum, tum liquorem dispensa.

Autor na klinice prof. KORANYI w 4 przypadkach cukrzycy stosował ten środek z bardzo pomyślnym rezultatem. Dla przykładu przytacza historję chorobę mężczyzny 22-letn., który przybył na klinikę mocno osłabiony, wydzielając na dobę 170 do 411 grm. cukru; po czteromiesięcznym podawaniu bromku arsenu w dawce od 3-ch do 6-ciu kropli pacjent zupełnie wyzdrowiał i nawet przy używaniu większej ilości mącznych pokarmów nie można było wykryć w moczu ani śladu cukru.

C. Stiche.

101. Dr. Karol BURGER (z Bonn). **Grzybek kokluszowy.** (*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 1, 1883.*)

Autor, wychodząc z założenia, że mało jest chorób, któreby z równym prawdopodobieństwem, co koklusz, kazały domy-

ślać się grzybków jako bodźców chorobowych — w ciągu kilku lat zajmował się wyszukiwaniem podobnych grzybów. Jednakże dopiero w ostatnich czasach udało mu się twory te odkryć. Znajdują się one w każdej płwocinie chorych na koklusz w wielkiej ilości, a pod mikroskopem w jednych miejscach mniej, w drugich bardzo gęsto pokrywają pole widzenia. Są widzialne już przy średnich powiększeniach np. przy systemie 7, okularze i Seitzta, przy powiększeniu 340. Autor badał je zwykle przy powiększeniu 600. Przy tém powiększeniu grzybki przedstawiają się jako małe pałeczki kształtu elipsoidalnego. Nie wszystkie są jednakowej wielkości, mniejsze posiadają prawie dwa razy większą długość od szerokości. Przy silniejszych powiększeniach łatwo w większych pałeczkach rozpoznać środkowe wcięcie (kształt biszkoptowy). Autor uważa, iż tworów tych nie można miewać z *Leptothrix buccalis*, którego zarodniki są dość często znajdują się w płwocinie i podobne są do bakterij kokluszowych. Autor podaje w oryginale rysunki mikroskopowych obrazów grzybków kokluszowych. Na jednym rysunku widać w niektórych miejscach wdrażanie grzybków w komórki nabłonkowe. Następnie autor opisuje metodę przygotowania do badań mikroskopowych płwociny kokluszowej w zupełnie podobny sposób, jak to KOCH robi z płwociną gruźliczą, jako też metodę barwienia za pomocą fuksyny i fioletu metylowego, której EHRLICH używał do barwienia laseczników gruźliczych (*bacilli tuberculosis*). Opuszczając opisywanie szczegółów tej metody i odsyłając czytelnika pod tym względem do oryginału, wspomnimy tylko, że autor otrzymywał tym sposobem wyborne preparaty mikroskopowe grzybków kokluszowych. Według jego zdania, otrzymywane przez niego grzybki nie były dotąd przez nikogo spostrzegane i opisywane i nie mają nic wspólnego z tworami, opisanymi przez LETZERICH (Virchow's Archiv, T. 60),

o których wspominają późniejsi badacze, jak TSCHAMER (Jahrb. für Kinderheilk. X, 1 i 2, str. 176, 1876). Autor nawet powątpiewa, czy twory opisane przez LETZERICH (w ogóle są grzybkami).

Autor uważa, że odkrycie bakterij kokluszowych stanowi ważny postęp w dziedzinie różniczkowego rozpoznania kokluzu, które u dzieci starszych i u dorosłych nie zawsze jest łatwe, — jako też iż wywrze wpływ na samo leczenie.

Nie wchodząc w krytykę badań autora, ani też nie przesądając, o ile obserwacje jego oparte być mogą na złudzeniu lub omyłce, wspomnieć muszę, iż autor poprzestaje tylko na opisie zewnętrznym obserwowanych przez siebie tworów, w przyszłości zaś dopiero ma ogłosić spostrzeżenia, zdaniem naszym daleko ważniejsze, odnośnie kultury i przeszczepiania tych grzybków.

W końcu przytoczę okoliczności, na podstawie których autor opisane twory uważa za bodźce przyczynowe choroby: 1) wspomniane grzybki nie znajdują się w płwocinie innych chorych, tylko kokluszowych; 2) w płwocinie kokluszowej znajdują się w takiej ilości, iż o ich wpływie wątpić nie można [?]; 3) według autora, ilość ich pozostaje w prostym stosunku do natężenia choroby, i 4) przebieg i objawy całej choroby najłatwiej i najprościej objaśnić się dają rozwojem grzybków.

W. Kosmowski.

102. Dr. GUTTMANN. **Przyczynek do symptomatologii tętniaków aorty.** (*W. med. Presse* 1883).

Różne objawy, cechujące tętniaki aorty, zależą od tego, czy jej zastawki są prawidłowe, czy też chorobowo zmienione. Ostatnie bardzo często spostrzegać można, gdyż ten sam proces, który jest powodem rozszerzenia się tętnicy — aortitis chronica deformans — przyczynia się także do zgrubienia zastawek, które stają się niedostatecznymi. Takim sposobem mamy jednocześnie objawy, cechujące tętniak aorty i niedostateczność jej zastawek.

GUTTMANN spostrzegał przypadek tętniaka aorty z normalnymi zastawkami, gdzie wszystkie objawy przemawiały za istnieniem niedostateczności zastawki aorty, objawów zaś tętniaka nie było żadnych. Przypadek dotyczył 65-letniego mężczyzny, który przybył do szpitala z wyraźnymi objawami niedostateczności zastawek aorty: znaczny przerost lewej komórki serca, szmer rozkurczowy przy wysłuchiowaniu aorty, brak drugiego tonu w tętnicy szyjowej i podobojczykowej, tętno prędkie i podwójny szmer w tętnicy biodrowej. Badanie moczu wykazało przewlekłe cierpienie nerek. Przy sekcji znaleziono: zastawki aorty prawidłowe, mieszkowate rozszerzenie aorty wstępującej (13 ctm. w obwodzie) i zstępującej (11 ctm.) Tętniak powstał z powodu ateromatycznego procesu. Lewa komórka serca powiększona, nerki w stanie przewlekłego zapalenia. Autor jest zdania, że przerost lewej komórki w spostrzeganym przypadku znajduje się w związku z cierpieniem nerek; szmer rozkurczowy, który zwykle powstaje przy niedostateczności zastawki aorty z powodu zwracania (regurgitatio) krwi może mieć miejsce także przy tętniaku nawet jeśli zastawki są normalne. Podwójny szmer w tętnicy biodrowej obserwowany w wyżej opisanym przypadku daje się objaśnić tak jak i przy niedostateczności zastawek zwracaniem (regurgitatio) krwi, co podług BAMBERGERA w tętnicy biodrowej może się zdarzyć łatwiej niż w innej, ponieważ nie oddaje ona żadnych większych pobocznych gałęzi na znacznej przestrzeni.

L. Krause.

III. Choroby nerwowe.

103. Prof. W. ERB. Opóźnienie w przewodnictwie czucia przy obrażeniach nerwów obwodowych. (*Neurol. Centrbl.* Nr. 1. 1883).

Według zdania WEIR MITCHELL'A (*Injuries of nerves* 1872 s. 225), opóźnienie w przewodnictwie czucia stanowi objaw

właściwy cierpieniom wyłącznie tylko ośrodków nerwowych, a w szczególności rdzenia kręgowego, *nigdy zaś napotykaném nie bywa przy najcięższych nawet obrażeniach nerwów obwodowych.* Nowsze spostrzeżenia przekonały również, że opóźnienie bólu (bez równoczesnego opóźnienia przewodnictwa dotyku) stanowi zjawisko niezmiernie częste i wydatne przy cierpieniach rdzenia i tym sposobem zjednały rzeczonemu zjawisku znaczenie diagnostyczne.

Otóż ERB wykazuje, że pojęcie takie znajduje zaprzeczenie w znanych już dziś faktach klinicznych, które w pracy swjej cytuje, podając zarazem i opis własnego spostrzeżenia. Co do przypadków z literatury znanych, liczba ich jest bardzo szczupłą; autor zdołał odnaleźć tylko 4 spostrzeżenia (KRAUSSOLDA), wykazujące opóźnienie przewodnictwa bólu przy cierpieniu *obwodowych* nerwów:

Przyp. I. Obrażenie nerwu łokciowego skutkiem rany rąbanej; nałożenie szwu nerwowego. Dnia trzeciego po obrażeniu czucie zaczęło wracać i stwierdzono opóźnienie wrażeń bólu o 6—8 sek.; po kilku dniach uczucie dotyku prawidłowe; uczucie bólu opóźnione i powrót do stanu prawidłowego przewodnictwa czucia dopiero po kilku tygodniach.

Przyp. II. Rana w przegubie łokciowym, nie dosyć dokładnie opisana, prawdopodobnie obrażenie n. pośrodkowego i n. łokciowego; we cztery miesiące po obrażeniu, opóźnienie wrażeń bólu (3—4 s.), przy prawidłowém przewodnictwie dotyku.

Przyp. III. Przecięcie wszystkich gałęzi nerwowych mniej lub więcej zupełne po nad stawem napięstkowym; szew paraneurotyczny; 40 godzin później: głębokie uktucie igłą sprawia ból, opóźnienie wynosi 6—8 sek.; we trzy tygodnie powrót prawidłowego czucia.

Przyp. IV (w ostatnich dopiero czasach ogłoszony). Przecięcie nerwu pośrodkowego; 2 miesiące potem szew paraneu-

rotacyjny; we 4 dni po raz pierwszy przy ukłuciu igłą odczuwanie bólu z opóźnieniem 5—6 sek.; po 14 dniach czucie zupełnie prawidłowe.

Dopełnienie tych spostrzeżeń stanowią wyniki doświadczeń LÜDERITZA nad wpływem ucisku nerwów na przewodnictwo ruchu i czucia. Uskutecziano stopniowe zaciskanie nerwu przez podwiązania. Wrażenia bólu opóźniały się, o ile przypuszczać można, o 1—1½ sek.

Autor sam spostrzegał następujący, wielce pouczający przypadek: Rękodzielnik 43-letni uległ zwichnieniu kończyny prawej w stawie barkowym; prawie bezpośrednio po wypadku zwichnienie nastawiono. Badanie w miesiąc później wykazało: Bezwład zanikowy, odczyn zwyrodnienia (*Entartungsreaction*) w obrębie nerwu pachowego (m. naramienny), nerwu mięsno-skórnego (zginacze przedramienia), nerwu pośrodkowego i łokciowego (zginacze ręki, palców i mięśnie krótkie ręki). Obręb nerwu promieniowego nie naruszony. Czucie: na wewnętrznej powierzchni ramienia mniej, przedramienia bardziej przytępione; również na rękę i na palcach w obrębie nerwu pośrodkowego i łokciowego; nigdzie nie ma zupełnego zniesienia czucia. Powierzchnia tylna przedramienia oraz obręb nerwu promieniowego na rękę przedstawiają prawidłowe czucie.

Na całej przestrzeni przedramienia, opuszki małego palca (*hypothenar*) i na palcach, gdzie czucie jest przytępione, stwierdzić się dozwala wydatne opóźnienie wrażeń bólu, wszakże nie wszędzie w równym stopniu; w niektórych nawet miejscach przewodnictwo jest prawidłowe, w innych znów bezpośrednio po działaniu bodźca ból jest nieznaczny, wzrasta się zaś dopiero następczo i trwa czas pewien. (*Nachdauer des Schmerzes*). Odnośnych cyfr autor nie podaje.

Chory pozostawał przez kilka miesięcy pod okiem autora, stosowano leczenie elektrycznością; poprawa co do ruchu i czu-

cia postępowała opieszale. Podczas kuracji zdołano również stwierdzić opóźnienie wrażeń bólu. Ostatecznie nastąpiła bardzo znaczna poprawa; tylko mięśnie krótkie ręki pozostały w stanie bezwładu i zaniku; czucie wszędzie prawidłowe; w przewodnictwie czucia nie zachodzi opóźnienie. Nerw łokciowy przy poprzednich badaniach bolesny i wyczuwalny jako obrzmiały i twardy sznurek, obecnie niebolesny (brak tu dokładniejszego opisu. Spraw.)

Przypadki te, aczkolwiek stanowią materiały zbyt ubogi dla wyświetlenia przedmiotu, niewątpliwie jednakże dowodzą, że warunki dla opóźnienia w przewodnictwie czucia, istnieć mogą także i przy cierpieniach nerwów *obwodowych*. Bliższe rozpoznanie tych warunków byłoby pożądanym; należałoby rozstrzygnąć jakie ma tu znaczenie prosty ucisk nerwu, stan zapalny nerwu; czy opóźnienie przewodnictwa odnosi się stale do bólu tylko, czyli też i do dotyku, temperatury itp. W każdym razie opóźnienie przewodnictwa czucia stanowi objaw, który z wielką oględnością dla celów diagnostycznych użytkować by należało. *Adam Bauerertz.*

IV. Chirurgija, Oftalmologija i Dentystyka.

104. Dr. MICHAEL. **Stała tamponada tchawicy.** Die permanente Tamponade der Trachea. (*Arch. v. Lang. Bd. 28, H. 3*).

Zapalenie płuc, powstające wskutek dostania się do krtani a następnie do oskrzeli, rozkładającej się wydzieliny ran operacyjnych jamy ustnej lub samej krtani, jest bardzo częstą przyczyną śmiertelnego zejścia. Liczne próby, mające na celu usunięcie tego niebezpieczeństwa, albo nie doprowadziły do pożądanego celu, n. p. stałe zastosowanie rurki TRENDELENBURGA, lub są połączone z wielkimi niedogodnościami dla chorego, jak n. p. utrzymanie chorego w ciągu pierwszych kilku tygodni po operacji z głową opusz-

czoną z krawędzi łożka, t. j. w pozycji ROSEK'A (SCHEDE), lub też ułożenie chorego na równi pochyłej, przy czém głowa leży najniżej (LANDERER — „Kron. Lek.“ 1872 r. str. 224). Wyżej wymienione braki skłoniły autora do poszukiwań w tym kierunku, rezultatem których są dwie nowe metody stałej tamponady tchawicy.

1) M. zaleca otoczyć rurkę tracheotomiczną kawałkiem gąbki prasowanej zmoczonej w wodzie, obwiązać ją silnie nitką i wysuszyć, następnie nitkę odjąć, a gąbkę ściśle do rurki przystającą po wyschnięciu, otoczyć woreczkiem z tkaniny nieprzemakalnej. Przed wprowadzeniem takiej rurki do tchawicy, wstrzykuje się za pomocą strzykawki PRAWATZ'A do woreczka otaczającego gąbkę pewną ilość wodnego roztworu kwasu salicylowego, wskutek czego gąbka pęcznieje i dokładnie zamyka tchawicę. Jeżeli wykonywamy thyreotomii, po przednio dokonanej tracheotomii i jeśli obie rany byliśmy zmuszeni podczas operacji połączyć, to można na rurkę tracheotomiczną nałożyć kawałek sączka odpowiedniej grubości i nim tchawicę zatamponować.

2) Druga metoda różni się tém tylko od sposobu TRENDELENBURGA, że pęcherzyk otaczający rurkę wypełnia się wodą lub gliceryną, ma zaś tę przewagę nad rurką TRENDELENBURGA, że naprężenie pęcherzyka nie wolnieje, gdy tymczasem pęcherzyk napełniony powietrzem już po 12 godzinach znacznie mięknie, a po 3 tygodniach prawie nic powietrza nie zawiera.

Autor badał błonę śluzową tchawicy podczas zastosowania tamponady i nigdy nie zauważył jakiegobądź podrażnienia, przeciwnie, podrażnienie spowodowane zwyczajną rurką jest daleko większe niż przy powyższych metodach.

Nakoniec autor podaje opis nowiej rurki tracheotomicznej umożliwiającą przestrzykiwanie krtani od strony tchawicy. Składa się ona z 3 rurek. Pierwsza zwyczajna rurka zewnętrzna z otwo-

rem na krzywiznie odpowiadającym krtani i zamykającym się za pomocą zasuwki. Druga rurka jest zwyczajną rurką wewnętrzną. Trzecia nakoniec wkłada się na miejsce wewnętrznej tylko wtedy, gdy chcemy wydzielić wydzielinę, która się zebrała nad tamponem, lub też przepłukać krtani;—tylko pionowa jej część wypełnia zupełnie rurkę zewnętrzną aż do okienka znajdującego się w tej ostatniej, pozioma zaś wypełnia tylko dolną połowę rurki zewnętrznej i służy dla przejścia powietrza. Górna powierzchnia tej części przedstawia się w kształcie rowka i występuje znacznie przez przedni otwór rurki zewnętrznej. W ten sposób nad drogą pozostawioną dla przejścia powietrza mamy przestrzeń utworzoną z jednej strony przez górną ścianę poziomą części rurki zewnętrznej, z drugiej przez rowkową górną ścianę téjże części rurki wewnętrznej; do tej przestrzeni otwiera się okienko rurki zewnętrznej. Jeśli otworzymy zasuwkę zamykającą okienko, wtedy wydzieliną, która się nad tamponem zebrała swobodnie na zewnątrz wypłynie, a jeśli po rowku wprowadzimy strzykawkę i zastrzykniemy płyn odpowiedni, dostanie się on przez okienko do krtani i ostatecznie wypłynie przez usta. Oddychanie nie będzie ani na chwilę utrudnionem przez powyższe rękoczynny.

Autor wyraża nadzieję, że podane przez niego metody tamponady tchawicy usuną niebezpieczeństwo zapalenia płuc wskutek zaciekania wydzielin septycznych (Schluckpneumonie); że wskazania dla tracheotomii zapobiegawczej rozszerzą się do wszystkich przypadków długotrwałej niemożności połykania, gdyż doświadczenie wykazuje, iż wszyscy prawie chorzy długo karmieni za pomocą sondy przełykowej umierają na zapalenie płuc. Nakoniec M. zaleca wypróbowanie swiej metody przy błonicy i krupie krtani, przypuszczając, że tamponada ochroni od szerzenia się procesu w głąb, a jednoczesne zastosowanie miejscowych przestrzy-

kiwań krtani wpłynie dobroczynnie na części już zajęte. *W. Krajewski.*

105. Dr. LINDNER. **Tracheotomia przy krupie i dyfteryie.** Ueber die Tracheotomie bei Croup und Diphtherie. (*Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 17. H. 5—6.*)

Zaznaczywszy wielki rozwój literatury dotyczącej kwestyi tracheotomii przy dyfteryie i krupie, L. słusznie się oburza na lekkomyślność, z jaką wielu autorów traktuje ten przedmiot; niejednemu wystarczy kilka obserwowanych przypadków, z których czasem ani jeden pomyślnie się nie zakończył, dla gorącego zalecenia jakiejś nowej metody postępowania, wkrótce znów zdyskredytowanej zupełnie. W ostatnich czasach pojawiły się wprawdzie poważniejsze w tym kierunku prace, lecz te ostatnie opierają się z małemi tylko wyjątkami, na cudzych spostrzeżeniach zebranych w literaturze, co naturalnie zmniejsza znakomicie ich wartość, gdyż autor musi być przygotowanym na wszystkie błędy, mogące powstać z porównania operacji, wykonanych przez różnych chirurgów, z których prawie każdy urobił sobie pewne odrębne od innych wskazania i sposób leczenia następczego. Te to względy skłoniły L. do ogłoszenia wniosków do jakich sam doszedł, opierając się na 103 przypadkach, z których w 70 sam operację wykonał, przy wykonaniu zaś reszty asystował, leczenie następcze we wszystkich przypadkach przeprowadził osobiście.

Z obserwowanych 103 przypadków, autor wyklucza 2, jako nie dające się użytkować dla statystyki, pozostaje więc 101 przypadków, z których zakończyło się śmiercią 63 tj. $62\frac{1}{3}\%$, wyzdrowieniem 38 tj. $37\frac{2}{3}\%$ —rezultat bardzo dobry w porównaniu ze statystykami innych autorów. Dalej L. rozdziela obserwowane przypadki na takie, w których pierwsze miejsce zajmowało utrudnienie oddychania, podczas gdy objawy ogólne były nieznaczne i takie, w których na pierwszy plan występowały objawy ogólnego zakażenia;—pierwszych by-

ło 70, zakończyło się śmiercią 44 tj. $55,7\%$, drugich 22—wszyscy chorzy umarli. Jeśli przypadki pierwszej kategorii, tj. te, w których objawy ogólne były nieznaczne, rozsegregować pod względem wieku, otrzymamy następujące cyfry: mniej niż 1 rok — wyzdrowiało 3 chorych, umarło 3; 1 do 2 lat — wyzdrowiało 2, umarło 16; 2 do 3 lat — wyzdrowiało 11, umarło 8; 3 do 4 lat — wyzdrowiało 8, umarło 8; 4 do 5 lat — wyzdrowiało 4, umarło 3; 5 do 6 lat — wyzdrowiało 3, umarło 2; więcej niż 6 lat — wyzdrowiało 6, umarło 2. Tak więc istnieje wielka różnica pod względem śmiertelności chorych operowanych przed dojściem do 2 lat i po przejściu tego wieku; podczas gdy w drugim roku życia śmiertelność wynosi $88,8\%$, w trzecim tylko 45% .

Za najodpowiedniejszy czas dla wykonania operacji L. uważa wystąpienie przy oddychaniu wciągnięcia in scrobiculo cordis; odkładanie operacji czyni rokowanie gorszym, proponując ją wcześniej można się narazić na to, że pacjent nie zgodziwszy się na operację wyzdrowieje, co, rozumie się, nie przyczynia się do wzbudzenia zaufania do lekarza.

Autor zwykle wykonywał tracheotomię górną lub crico-tracheotomiam, w dwóch tylko przypadkach, w których groziło szybkie zaduszenie, wykonał tracheotomiam mediam z przecięciem gruczołu tarczowego, krwotok zatrzymał termokauterem. L. chloroformował wszystkich swych chorych, co znakomicie ułatwia wykonanie operacji, niebezpieczeństwa zaś żadnego nie zauważył, przeciwnie oddech staje się równiejszym i głębszym, a sinica się zmniejsza.

Leczenie następcze w większości przypadków polegało na zastosowaniu wdechań rozpylonego dwuprocentowego roztworu kwasu mlecznego. Dobroczynny wpływ wdychania pary wodnej autor objaśnia tćm, że wilgotne powietrze nie dopuszcza zasychania wydzieliny w samej rurce i w jej okolicy. HEIDENHAIN do-

wiódł, że wdychanie suchego powietrza ogrzanego do wysokości temperatury nie wywiera szkodliwego wpływu na płuca, gdy tymczasem wdychanie wilgotnego powietrza ogrzanego do 50 stopni wywołało zapalenie płuc;—rozumie się, że płuca chorych podlegałyby jeszcze łatwiej wpływowi powietrza wilgotnego a gorącego;—autor przekonał się jednak, że jeśli temperatura rozpylonego płynu wynosiła 37°, to temperatura pyłu była 34° do 35°, jeśli zaś pierwsza wynosiła 50°, to druga była 39 do 40°; z tej więc strony nie grozi niebezpieczeństwo choremu. HEIDENHAIN też dowiódł, że pary kwasu octowego wywierają na płuca takiż sam wpływ jak gorące wilgotne powietrze; to właśnie skłoniło autora do zaniechania w ostatnich 9 przypadkach wzięcia kwasu mlecznego i ograniczenia się do wdychań li tylko pary wodnej. L. nie wierzy, aby istniał jakikolwiek środek rozpuszczający błony rzekome, jak to dawniej przypuszczano.

Obecnie autor stosuje z wielkim powodzeniem aspirację i apomorfinę. Co do pierwszego, autor wykonywał aspirację zaraz po założeniu rurki tracheotomicznej za pomocą kateteru elastycznego NELATONA, własnymi ustami (zarazić się trudno, jeśli zachowamy ostrożność przepłukania ust roztworem jakiegobądź środka przeciwnilnego). Usuwamy w ten sposób masy śluzu, które się zebrały w oskrzelach wskutek niedostatecznego oddychania, istniejącego już przez dłuższy czas przed wykonaniem operacji. Takie nagromadzenie śluzu z jednej strony zmniejsza oddechową powierzchnię płuc, a w ten sposób utrudnia wydalanie z krwi nadmiaru kwasu węglowego, z drugiej zaś, śluz nie mogąc być wydalonym, pomimo utorowania swobodnej drogi dla oddychania, może się stać przyczyną bronchopneumonii.

Do użycia apomorfiny zachęciły autora poszukiwania JURASZA, które dowiodły, że apomorfina wywołuje obfitszą wydzielinę na błonie śluzowej oskrzeli, co naturalnie

pomaga wydalaniu błon krupowych. L. stosuje dość znaczne dozy i tak: dzieciom mającym więcej niż 2 lata przepisuje 0,08 do 0,1 grm. apomorfiny na 60,0 grm. wody z dodaniem 25,0 grm. Syrupi citri, co godzina, a w cięższych przypadkach co $\frac{1}{2}$ godziny lub kwadrans łyżeczkę od kawy. Pilokarpinę autor stosował z dobrym skutkiem przy zapaleniu nerek występującem po dyfteryie.

Rurkę, w przypadkach autora, zwykle na 6-ty już dzień można było usunąć, za wskazówkę służy zupełnie swobodny oddech po usunięciu rurki i zaciśnięciu otworu, oraz dzwiczny głos chorego.

Powikłaniami najczęstszymi były: *ogólne zakażenie septyczne i zapalenie płuc*; wogóle podniesienie się ciepłoty ciała do 39° w pierwszym lub też w drugim dniu po operacji należy uważać za zły znak. Autor przypuszcza, iż pod wpływem zalecanego leczenia (aspiracja i apomorfina) częstość zapalenia płuc się zmniejszy. *Dyfteryt* rany operacyjnej obserwował L. tylko 3 razy, zgodnie z KÜSTER'EM, który też bardzo rzadko się z nim spotykał, gdy tymczasem GÖRGES i KROENLEIN zaznaczają na 5 operacji i dyfteryt rany; cała różnica zdaje się polegać na tém, że ci ostatni do dyfterytu zaliczali wszystkie przypadki, w których obserwowano chociażby najnieznaczniejszy nalot na ranie.

Utrudnienie polykania pojawiło się w kilku wypadkach, nie było jednak następstwem porażenia podniebienia miękiego i ustępowało zwykle samo przez się, w 3 tylko przypadkach trzeba było się uciec do elektryzacji.

Krwawienie wystąpiło 2 razy, raz z błony śluzowej tchawicy i doprowadziło do śmierci, drugi raz z brzegu rany.

Odlezyny tchawicy (decubitus tracheae), były dość częste, szczególnie na tylniej ścianie. Za główną przyczynę autor uważa użycie nieodpowiedniej rurki, jako też wadliwą budowę samych rurek. Zwykle wprowadzamy rurki za cienkie, które się

w tchawicy poruszają i powodują owrzodzenie; dla tego też L. radzi używać rurek szerszych, któreby o ile możności najdokładniej wypełniały tchawicę (patrz MICHAEL — Die permanente Tamponade der Trachea — ref. w tymże numerze „Kroniki“). Co do budowy rurek, są one albo za krótkie i za mało zgięte i wtedy przy zbytnej grubości części miękich opierają się o tylną ścianę tchawicy i wywołują odleżynę, lub też są za długie i za nadto skrzywione, wtedy odleżyna będzie na przedniej ścianie tchawicy. Brak ten trudno bardzo usunąć, gdyż wszystko zależy od indywidualności chorego; można by stosować giętką rurkę, podaną przez KÖNIG'A, lecz ta ma przeciw sobie trudność oczyszczania i wysoką cenę.

Z chorób następczych L. opisuje trzy przypadki, w których nie można było usunąć rurki, gdyż występowały objawy zaduszenia, w żadnym z tych przypadków nie można było wykazać rozrostu granulacji w kształcie jęczyzka, co nieraz bywa powodem niemożności usunięcia rurki; w jednym z pomienionych przypadków w pół roku dopiero rurkę można było usunąć. — L. przypuszcza, że tutaj był rozrost ziarniny, pomimo że go nie można było wykazać; po zablźnieniu zaś rurkę można było usunąć — dwaj inni chorzy noszą rurki do tej pory. *W. Krajewski.*

106. Dr. Th. GLUCK. **Dwa przypadki tętniaka aorty i kilka uwag o zszywaniu naczyń.** (*Archiv für klin. Chirurgie. T. 28. Zeszyt 3. 82 r.*)

Na kongresie chirurgów w Berlinie w Czerwcu 82 r. autor demonstrował dwa preparaty tętniaka aorty. Historyje chorych podaje w streszczeniu. Jeden preparat pochodzi od młodej 26-letniej modniarki. G. w tym przypadku przyjmuje gorset za przyczynę wywołującą. Tętniak, jak się okazało przy sekcji, znajdował się na przedniej ścianie aorty, powyżej trójnoga Halera. W ścianie tej znajduje się otwór wielkości talara. Po dokładnym odpreparowaniu widać na prawej przed-

niej połowie worka nieregularny, 1½ ctm. długi podłużny otwór, przez który nastąpił krwotok wewnętrzny, śmiertelny. Jeszcze jeden podobny przypadek obserwował autor na klinice Langenbecka, mianowicie u chorej leczonej na karbunkul. Skonstatował guz w okolicy nadpępkowej, silną pulsacją i od czasu do czasu pojawiający się szmer podmuchowy. Chora za przyczynę powstania guza podała, iż przenosząc przez dłuższy czas krewną swą z łóżka na kanapę, zmuszoną była opierać się o krawędź łóżka okolicą nadpępkową. Ponieważ reszta naczyń żadnych zmian nie przedstawia, tony serca były silne i czyste, więc i w tym przypadku autor przyjmuje tętniak przedniej ściany aorty brzusznej i sądzi, że tak w pierwszym jak i w drugim przypadku, sam ucisk (gorset lub krawędź łóżka) był dostateczny dla wywołania zmian w ścianach naczyń. Oprócz takich długotrwałych czynników, tętniak może powstać i wskutek poprzecznego pęknięcia wewnętrznej błony naczyń przy silnym ucisku lub zgnieceniu, jak to naprzykład ma miejsce przy uduszeniu (Strangulatio) w tętnicy szyjowej. Drugi preparat demonstrowany przez G. pochodził od chorego, który wystrzałem z rewolweru chciał sobie odebrać życie. Kula weszła w okolicy dolnego brzegu 5 żebra z lewej strony, na zewnątrz od linii sutkowej.

Chory umarł na lewostronną Pleuropneumoniją. Przy sekcji pokazało się, że kula zraniła aortę w tém miejscu, gdzie aorta piersiowa zstępująca zachodzi po za przełyk, 4 ctm. nad Hiatus aorticus. Na przedniej ścianie aorty znajduje się poprzeczna rana, która prowadzi do worka wielkości jabłka (tętniak), wypełnionego skrzepami krwi. Kula leżała w tkance łącznej otaczającej aortę. Podobny przypadek rany aorty brzusznej opisuje KLEBS. W przypadku KLEBSA kula strzaskała dwa kręgi a odłamek kości zranił aortę, lecz zarazem zamknął zrobiony otwór w naczyń.

Po pewnym czasie odłamek ten wy-

padł i chory umarł wskutek krwotoku wewnętrzznego. W przypadku autora był tętniak urazowy aorty, lecz przyczyną śmierci nie był sam krwotok następczy, lecz pleuropneumonia. G. uważa przytoczony przypadek jako unicum. W końcu autor streszcza rezultaty doświadczeń nad zszywaniem naczyń. Już BROCA w dziele „*Traité sur les anevrysmes*“ wspomina o francuskim lekarzu, który w zeszłym stuleciu jakoby z pomyślnym skutkiem zszył ranę podłużną tętnicy ramieniowej. Późniejsze doświadczenia dały ujemne rezultaty. Doświadczenia autora nad wycięciem płuca (Kronika Lekarska 1882 r. str. 127) dowiodły, że przy użyciu aseptycznej ligatury, rany naczyń zarastają bez wytwarzania zakrzepów (thrombus), to jest, że następuje *prima intentio* w zranionych ścianach naczynia. G. 19 razy zszywał podłużne rany tętnicy biodrowej (*iliaca communis*) u psów i aorty u królików. Pomimo bardzo ostrożnego nakładania szwu, rezultat był ujemny i autor zmuszony był nakładać podwójną ligaturę. Przy zaciąganiu szwów pękało naczynie naokoło szwu i ztamtąd krew się sączyła. Ponieważ tym sposobem autor nie przyszedł do celu, wymyślił przyrząd, który działa za pomocą ucisku sprężyny lub śruby, posiada przytém niewielką objętość i wagę i może szczelnie zamknąć otwór w naczyniu tj. zbliżyć brzegi rany. Z początku przyrządek ten przygotowywał z glinu i srebra, następnie używał naciskacza ze słoniowej kości chcąc zużytkować własność jej podlegania rezorbcyi. Przyrząd autora składa się z dwóch blaszek ze słoniowej kości o brzegach płasko-wypukłych. Jedna blaszka posiada pewną ilość ostrych sztyfcików, druga tyleż otworków. Od środka każdej blaszki wychodzi drążek ze słoniowej kości. Drążki połączone są zawiaskami pozwalającemi na zbliżenie blaszek, śruba zaś utrzymuje je w daném zbliżeniu. Zastosowawszy przyrząd i zbliżywszy blaszki odcina się część opatrzoną zawiaskami wraz z nie-

potrzebnym kawałkiem śruby a w ten sposób otrzymujemy brzegi rany w bezpośredniem zetknięciu. Przyrząd wgaja się w ranie a krążenie krwi w naczyniu nie zostaje przerwanem. Autor przedstawił na posiedzeniu tętnicę biodrową dużego psa, której rana zagojoną została za pomocą wyżej podanego przyrządu. Przy odpreparowywaniu tętnicy okazało się, że obwodowy jej odcinek wyraźnie pulsował a zakrzepu zupełnie nie było. Przyrząd powyższy można też z korzyścią zastosować i do leczenia tętniaków. Dla tętniaków naczyń obwodowych wystarcza wprawdzie podwójne podwiązanie z następnem wyluszczeniem worka, przy podwiązaniu jednak tętnicy biodrowej a tém bardziej aorty brzusznej zwykle następuje zgorzel i śmierć. Gdyby więc można wyciąć worek, a następnie za pomocą przyrządu zgoić ranę naczynia nie przerywając krążenia, wtedymoznabykwestyję terapii tętniaków uważać za rozwiązana i moglibyśmy zastosować chirurgiczne leczenie nawet dla tętniaków aorty, costanowiło dotąd *pium desiderium*. Tętniaki aorty są bowiem czasami chorobą czysto miejscową. Dokładne rozpoznanie jest naturalnie koniecznem, a to przekonanie, że choroba jest bezwarunkowo śmiertelną, powinno nas zachęcić do wypróbowania nawet tak ryzykownego rękoczynu.

(Czy artykuł G. wpłynie na to, aby chirurgiczne leczenie tętniaków aorty przeniosło się z dziedziny teoretycznych zachcianek na pole praktyczne — pozwalamy sobie wątpić. Przep. Red.)

Guranowski.

107. ABADIE. **Nowe poglądy na zapalenie siatkówki zwane białkomoczowem.** (*Union médicale de Paris*, 15 October 1882).

Opierając się na dwóch obserwowanych przypadkach, w których zapalenie siatkówki białkomoczowe wystąpiło przy śródmiąszowem zapaleniu nerek daleko wcześniej niż białko w moczu, autor sądzi: 1) że cierpienie siatkówki nie jest zależne

od obecności białka w moczu i że z tego powodu wyrażenie „zapalenie siatkówki białkomoczowe“ jest wadliwe i należy go zastąpić przez nazwę zapalenie siatkówki brightowe lub zapalenie siatkówki pochodzenia nerkowego; 2) charakterystyczne cierpienie siatkówki może pomódz do rozpoznania cierpienia nerek; 3) być może, że zapalenie siatkówki nie zależy nawet wprost od chorób nerek, lecz od cierpienia ogólniejszego, które w siatkówce również jak w nerkach i sercu umiejscawia się w tkance śródmięsowej.

J. Przybylski.

108. KNAPP. O krupie łącznicy wraz z uwagami o leczeniu zaraźliwych form zapalenia łącznicy. (*Archiv für Augenheilkunde von Knapp u. Schweigger. XII. I. 1882.*)

Podług K., przy krupowem zapaleniu łącznicy, przeciwnie jak przy jędyfterycie, powieki nie twardnieją, brak w nich silnych bólów i podwyższonej ciepłoty, błony krupowe dają się łatwo zdejmować i po zdjęciu wkrótce tworzą się napowrót. Co się tyczy leczenia, zaleca autor w okresie tworzenia się błon krupowych, ciągle użycie lodu i wydalanie staranne wydzieliny, następnie przyżeganie łącznicy słabym roztworem azotanu srebra lub siarczanem miedzi. W innych ciężkich formach zapalenia łącznicy, jako to: ostrém jaglicowem, śluzotokowem, dyfterycznym, zaleca autor podobną terapię, to jest w początkach cierpienia i na jego wysokości ciągle użycie zimnych (z lodu) okładów i oczyszczanie od wydzieliny gąbką napojoną roztworem soli kuchennej lub chlorku potasu, następnie, gdy choroba przechodzi w stan chroniczny, stosuje środki ściągające i przyżegające.

J. Przybylski.

109. Dr. Fr. Xav. HAAS. Statystyka 300 irydektomij wykonanych w klinice ocznej Monachijskiej od 1870—1880 roku. Mittheilungen aus der Kgl. Universitäts-Augenklinik zu München herausgegeben von Prof. v. ROTHMUND und doc.

EVERBUSCH. (*München und Leipzig 1882. T. I.*)

Osób operowanych było 257, w wieku od 1 $\frac{1}{4}$ r. do 89 lat. Najwięcej przypada na wiek od 50—69 lat (100 osób), co objaśnia się częstością jaskry w tym wieku. W 43 przypadkach operacja była wykonaną na obu oczach, w 213 na jednym oku (123 na lewém, 90 na prawém) i operacje na obu oczach robiono zwykle na jednym posiedzeniu, jeżeli przebieg operacji na pierwszym oku był pomyślny.

Wskazania do operacji i rezultaty w stosunku do siły wzroku przedstawione są w następującej tablicy:

WSKAZANIA.	Siła wzroku (V) nie była określona	V.		V. pogorszyła się	
		polepszyła się	pozostała niezmienną		
A. Optyczne.					
1. Maculae corneae . . .	36	3	27	6	—
2. Leucoma adhaerens . . .	58	8	47	8	5
3. Staphyloma corneae . . .	6	2	2	1	1
4. Cataracta polaris anterior	1	—	1	—	—
5. Cataracta zonularis . . .	19	3	15	—	1
6. Synices pupillae . . .	25	—	16	4	5
B. Przeciwwzapalne.					
1. Synechiae posteriores . . .	20	2	13	2	3
2. Cataracta traumatica . . .	1	—	—	1	—
3. Iritis acuta	4	4	—	—	—
4. Iritis chronica	19	—	11	5	3
5. Kerato - Iritis	5	1	3	1	—
6. Iridocyklitis	3	—	2	1	—
7. Iridochorioiditis	12	1	8	3	—
8. Corpus alienum	4	1	1	1	1
C. Zapobiegawcze. (?)					
1. Iridochorioiditis chronica.	22	1	2	17	2
D. Przeciwwjaskrowe.					
1. Prodrumi glaucomata . . .	3	—	1	—	2
2. Glaucoma acutum	11	—	8	3	—
3. Glaucoma subacutum . . .	7	—	3	1	3
4. Glaucoma chronicum . . .	26	—	14	6	6
5. Glaucoma peractum	7	1	—	6	—
6. Glaucoma consecutum . . .	1	—	—	1	—
	300	27	174	67	32

Osobnego przygotowania chorego do operacji zwykle nie przedsiębrano. Technika operacyjna była zwykłą. Do zrobienia ranki w białkówce resp. w rogówce służył nożyk lancetowaty prosty, lub zgięty; w 32 przypadkach używano zamiast niego nożyka GRAEFE'GO, mianowicie: gdy przednia komórka była bardzo

wązką, lub białkówka twardą, lub też gdy się miało do czynienia z gałką nadzwyczaj mięką. Długość rany zewnętrznej wynosiła przy irydektomii optycznej 3—4 mm., przy irydektomii dla zmniejszenia ciśnienia wewnątrz ocznego 6—7 mm. Dla obciążenia tęczęwki używał prof. ROTHMUND ostatnimi czasy zamiast nożyczek pince à ciseaux WECKERA. Po operacji bandażowano oba oczy; opatrunek ostatnimi czasy był antyseptyczny boro-salicylowy.

W wielu razach przed irydektomiją tatuowano bielma. W 5 przypadkach, w których istniał śluzotok worka łzowego, leczono takowy przed wykonaniem irydektomii, podług metody WEBER-BORRMANNA. Przebieg tych ostatnich przypadków był zupełnie pomyślny.

Co się tyczy powikłań podczas wykonywania operacji:

W 5 przypadkach zdarzyło się wypadnięcie ciała szklistego, w jednym zaś, przy jaskrze przewlekłej, zwicnięcie soczewki. Przy 18 irydektomijach pojawił się silny krwotok do przedniej komórki, który, przy znacznym przerodzeniu tęczy powoli ulegał wessaniu; w dwóch przypadkach pozostały po nim pigmentowane złogi na torebce soczewki. Krwotoki takie są złym prognostycznym znakiem, również jak te, które występują późno po operacji, co zdarzyło się w 12 przypadkach. Torebka soczewki uległa uszkodzeniu 2 razy: raz wskutek gwałtownego poruszenia się chorego, drugi raz przy usiłowaniach wydobywania ciała obcego.

Po operacji chorzy pozostawali w absolutnym spokoju, ułożeni na grzbiecie w ciągu trzech dni, dostając w tym czasie tylko płynny pokarm. Opatrunek był zmieniany codziennie, jednakże, jeżeli nie występowały komplikacje, oczy były otwierane dopiero czwartego dnia po operacji; przy zmianie opatrunku w ciągu pierwszych trzech dni powieki starannie były oczyszczane roztworem kwasu borowego.

Powikłania pooperacyjne:

Ropne nacieczenie rogówki wystąpiło 2 razy; w jednym z tych przypadków autor wyraźnie wspomina o zupełnym braku uprzedniego cierpienia łącznicy, lub łzowych, przypisując ropienie małej odporności organizmu sześćdziesięcioletniego chorego, gdzie zropienie rogówki wystąpiło pomimo ściśle antyseptycznego opatrunku.

Oдноśnie do rezultatów operacji:

Przeciwwzpalne działanie irydektomii stawia autor na pierwszym miejscu, twierdząc, że ono nadzwyczaj rzadko zawodzi lekarza; przeciwnie, przy irydektomii wykonanej w celu optycznym bardzo często, nawet gdy się operacja zupełnie udała, poprawa siły wzroku wcale nie odpowiada naszym oczekiwaniom. Przypisuje to autor następującym przyczynom: 1) Siatkówka, pozbawiona przez czas dłuższy swego zwykłego bodźca — światła, leniwo nań reaguje. 2) Po utworzeniu sztucznej źrenicy często znajdujemy chorobliwe zmiany głębokich tkanek około zmętnienia ośrodków przezroczystych, w tej liczbie nadzwyczaj delikatne zmętnienia rogówki, których przed tem niepodobno było określić. 3) Światło przechodzi zwykle przez brzeg soczewki, co przedstawia fizyczne niedogodności. 4) Sztuczna źrenica nie posiada własności zastosowywania się do natężenia światła. 5) Zabliźniona rana w białkówce resp. w rogówce wywołuje astygmatyzm rogówki; ta ostatnia oprócz tego ulega często w odpowiednim miejscu lekkiemu zmętnieniu. Czasami w niektórych przypadkach * prawie zupełnego zrostu źrenicy, wzrok po operacji pogorsza się zapewne wskutek tego, że wązki przed tem otwór źrenicy, działający jak szpara stenopeiczna, zamieniony został na szeroką odśrodkowo leżącą sztuczną źrenicę. W każdym razie optyczna irydektomija przedstawia niezaprzeczoną korzyść dla chorego, powiększając odśrodkowe pole widzenia; zresztą i siła wzroku z czasem staje się lepszą.

Najznaczniejsze polepszenie wzroku

otrzymano przy zaćmach warstwowych, przedniej biegunowej i przy zmętnieniach rogówki.

Z rozmaitych form jaskry najlepsze rezultaty daje irydektomija przy jaskrze ostrzej. Przy jaskrze przewlekłej wykonywano ostatnimi czasy sklerotomiją, —lepszych rezultatów, w porównaniu z rezultatami po irydektomii, nie otrzymano. Przy jaskrze prostej przewlekłej prof. ROTHMUND wogóle trudno decyduje się na wykonanie operacji, gdyż po niej często siła wzroku się pogorsza i choroba trwa dalej.

Co się tyczy przypadków oznaczonych w tablicy lit. C., autor słusznie powiada, że najwłaściwszą przy nich operacją powinno być wyluszczenie gałki ocznej, gdyż irydektomija chwilowo tylko zmniejsza objawy zapalne, obawa zaś sympatycznego cierpienia oka pozostaje i nadal.

J. Przybylski.

110. E. KIRK. **Wpływ brzemienności na próchnienie zębów.** Das Auftreten von Caries während der Schwangerschaft, dessen Ursachen und Behandlung. (*Corr. Bl. f. Z. Bd. X. Heft 2*). DOGAJEW. Wlijanie beremiennosti na kostojedu zubow (Wracz Nr. 50, 51. 82 r.)

Faktem jest niezaprzeczonym, że podczas ciąży kobiety bardziej cierpią na zęby, aniżeli w zwykłym stanie, zwłaszcza często rodzące podlegają podczas brzemienności bardzo szybkiemu próchnieniu zębów. Po ukończonej zaś ciąży ból zębów w większej liczbie przypadków ustaje, lub znacznie się zmniejsza.

Co do przyczyny wywołującej KIRK tak jak i wszyscy prawie jego poprzednicy utrzymuje, że podczas ciąży organizm traci wiele soli wapiennych, na korzyść wytwarzającego się płodu i tym sposobem zęby stają się mniej trwałe i bardziej skłonnymi do próchnienia. Na poparcie swego zdania przytacza zauważoną od dawna skłonność kobiet brzemiennych do spożywania kredy, gipsu, wapna, grafitu itp. przedmiotów,

jako też okoliczność, że ptaki spożywają podczas niesienia jaj pokarmy bogate wsole wapienne; te zaś, które, przebywając w klatkach, pozbawione są pożywienia obfitującego w wapno, niosą jaja albo zupełnie bez skorupy, lub też pokryte bardzo cienką skorupką, co zdaje się też przemawiać na korzyść przypuszczenia autora.

DOGAJEW przeciwnia twierdzi, że podczas brzemienności nie powstają w organizmie kobiety żadne nowe warunki, któreby powodowały próchnienie zębów; przyczyny wywołujące próchnienie są te same co w stanie zwykłym, z tą tylko różnicą, że u brzemiennych występują one stałej i z większą siłą, przez co próchnienie szybciej przebiega a skutki jego bardziej są widoczne.

Autor rozbiera przedewszystkiem znane warunki, przy których zęby ludzi zdrowych tracą sole wapienne i tak:

1) *Przy wypadaniu zębów mlecznych.* Ze wszystkich dzisiejszych teoryj o wessaniu się korzeni zębów mlecznych, najbardziej prawdopodobną zdaje się być ta, na mocy której przypuszczamy, że na dnie zębodołu rozwija się tkanka ziarninowa. Tkanka ta rozrastając się w kierunku zewnętrznego ujścia zębodołu, przyczynia się najprzód do rozpuszczenia cementu, a potem zębiny.

2) *Przy przewlekłych zapaleniach ozębnej* bardzo często spotykamy tkankę ziarninową, która powoduje wsysanie korzenia od zewnątrz ku wewnątrz i od dna zębodołu ku jego ujściu.

3) *W zębach wydłużających się z szeregu zębowego,* co ma miejsce przy braku odpowiednich zębów (antagonistów) w przeciwległej szczęce, nowowytworzona tkanka ziarninowa po części rozpuszcza korzeń, głównie zaś przyczynia się swym rozrostem do wypchnięcia zęba z zębodołu.

4) *Okolo korzeni pozbawionych koron* rozwija się też tkanka ziarninowa, korzenie takie stają się coraz krótsze, aż wreszcie zupełnie zanikają, lub wypchnięte z zębodołu, wypadają.

5) *W zębach u starców.* Na zębach takich spotkać możemy razem z exostozami nadżarcia warstw powierzchniowych, oprócz tego ozębna jest zwykle zgrubiała, a nawet czasem pokryta bogatą ziarniną.

D. zastanawiając się nad okolicznościami towarzyszącymi wsysaniu soli wapiennych w zębach w tych wszystkich przypadkach, przychodzi do przekonania, że: a) proces wsysania soli wapiennych w zębach mlecznych i stałych odbywa się przy pomocy tkanki ziarninowej, b) proces ten odbywa się per continuitatem, c) zanik skutkiem wsysania jest ograniczony w zębach mlecznych do korzenia i zębiny korony, w zębach zaś stałych tylko do korzenia, d) proces wsysania soli wapiennych odbywając się w cemencie i zębinie, nie rozprzestrzenia się na szkliwo zębów.

Badając próchnienie zębów u kilku set kobiet ciężarnych D. zauważył, że:

1) Tkanę ziarninową można było odnaleźć tylko na tych zębach, które już przed zajściem w ciążę przedstawiały wszystkie objawy zapalenia ozębnej.

2) Zęby, które nie bolały podczas brzemienności, stały w zębodołach nieruchomo i nie były bolesne przy opukiwaniu, czyli innymi słowy, o wytworzeniu się pod temi zębami tkanki ziarninowej (przy obecności której odbywa się wessanie soli wapiennych) nie można było myśleć.

3) Na zębach, które były usunięte z przyczyny cierpienia powstałego dopiero podczas brzemienności, nie można było wykryć przy drobnowidzowym badaniu żadnych zmian w zębinie.

Na mocy tych spostrzeżeń D. twierdzi że teoria przez KIRKA podana musi upaść, w przeciwnym bowiem razie musielibyśmy stale znajdować tkankę ziarninową pod wszystkimi chorem zębami u brzemiennych.

Przypuściwszy nawet, że wsysanie soli wapiennych z zębów kobiet ciężarnych odbywa się w warunkach, których wykryć

nie jesteśmy w możności, to i tak proces ten nie mógłby przez czas trwania ciąży rozprzestrzenić się aż na korony zębowe, gdyż wiemy z doświadczenia, że przy przewlekłym zapaleniu ozębnej, potrzeba bardzo długiego czasu, aby wierzchołki korzeni zębowych zostały wessane. Jeżeliby zaś wsysanie soli wapiennych w zębach u brzemiennych odbywało się nie pod wpływem bezpośredniego zętknięcia się z tkanką ziarninową, lecz jednocześnie w całym zębie, oprócz rozumie się, szkliwa, to i w takim razie próchnienie nie występowałoby częściej niż w stanie zwykłym, jak tego jasno dowodzą zęby dziecięce, które, jak wiadomo, posiadają znacznie mniejszy procent soli wapiennych, aniżeli zęby dorosłych, a mimo to, rzadziej podlegają próchnieniu.

W końcu D. zwraca uwagę, że zęby z nienaruszonym szkliwem nie mogą podlegać próchnieniu, a właśnie całość szkliwa nie może być przez wsysanie soli wapiennych nadwerżoną.

Przyczyny zwiększonego próchnienia zębów u kobiet ciężarnych należy więc szukać podług D. w nienormalnym stanie organów trawienia podczas brzemienności, 2) w niezycie błony śluzowej jamy ustnej, 3) w obfitości osadu nagromadzającego się na zębach, 4) w bardzo często napotykanym zapaleniu dziąseł, połączonym z nadżarciami wywołanymi przez osad zębowy, 5) w zwiększonej ilości wydzielającej się śliny; 6) w łatwości, z jaką powstają zapalenia miazdry zębowej i ozębnej pod wpływem zwiększonej wrażliwości układu nerwowego.

Wszystkie wymienione powyżej zobczczenia napotykałyśmy bardzo często u kobiet ciężarnych a szkodliwy ich wpływ na zęby nie da się zaprzeczyć. Nic więc dziwnego, że kobiety często rodzące tracą przedwcześnie zęby.

D. uważa za bezcelowe podawanie kobietom ciężarnym soli wapiennych w celu powstrzymania próchnienia zębów, a ra-

dzi: nietylko podczas ciąży, ale i w czasie karmienia zalecać staranne utrzymanie jamy ustnej i zębów, a przedewszystkiem usuwanie osadu zębowego, plombowanie wypróchniałych otworów i używanie odpowiednich środków w celu zmniejszenia zapalenia dziąseł.

Kobyliński.

V. Akuszeryja i Gyniekologija.

111. C. RICHTER. **Wstrzykiwania gorącej wody przy krwotokach połogowych.** Ueber Heisswasser - Irrigationen bei puerperalen Blutungen. (*Berl. klin. Wochenschrift. Nr. 51 i 52. 1882 r.*)

112. M. RUNGE. **Lecznice zastosowanie gorącej wody w położnictwie i chorobach niewieści.** Die therapeutische Anwendung des heissen Wasser in der Geburtshilfe und Gynaekologie. (*Berliner klin. Wochenschrift. Nr. 2, 1883 r.*)

Obydwie przytoczone prace wykazują znaczenie wstrzykiwań gorącej wody przy krwotokach macicznych. RICHTER i RUNGE zgadzają się, że przy krwotokach popołogowych wstrzykiwanie wody gorącej (40° R.) do macicy stanowi dzielny środek krew wstrzymujący. Zupełnie zaś odmienne poglądy mają ci autorowie co do sposobu działania. RUNGE utrzymuje, że tu działa jedynie *podrażnienie termiczne* tj. że pod wpływem wstrzykiwań następuje *kurczenie się mięśni* macicy, przez co zacieśnia się ta jej część, do której przyklejone było łożysko i krwotok ustaje. RICHTER zaś na zasadzie licznych obserwacji i doświadczeń twierdzi, że pod wpływem wstrzykiwań gorących następuje lekkie *obrzemiecie zapalne* luźnej tkanki łącznej, znajdującej się na wewnętrznej powierzchni macicy, które to obrzemiecie wywiera ucisk na małe naczynia krwionośne i w ten sposób krwotok ustaje. Na poparcie swego poglądu, RICHTER przytacza następujące dowody:

a) Przy wstrzykiwaniach macica wcale się nie zmniejsza, staje się tylko elastycznie twardą; przy kurczeniach się mię-

śni macicy, ta ostatnia szybko się zmniejsza, staje się kulistą i mocno twardą.

b) Jeżeli po wstrzymaniu krwotoku za pomocą wstrzykiwań gorących, położymy pęcherz z lodem na dolną część brzucha, krwotok ponawia się a to dla tego, że lód zmniejsza obrzemiecie zapalne wewnętrznej powierzchni macicy; przez co naczynia, pozbywszy się ucisku bocznego, napowrót krwawią.

c) Badanie ciepłoty jamy macicy za pomocą ciepłomierza przekonało, że ciepłota ta jest o pół stopnia wyższa, aniżeli w jamie pachowej. Liczne badania ciepłoty jamy macicznej po gorących wstrzykiwaniach pokazały, że ciepłota podnosi się o cały stopień Celsusza w porównaniu do ciepłoty pachy, zupełnie tak samo, jak przy para- i endometritis.

d) Doświadczenia fizjologiczne COHNHEIMA również pokazały, że, jeżeli kończy na królika zostanie przewiązana i następnie na kilka minut umieszczoną w wodzie gorącej od 40° do 43° R., wówczas następuje silne obrzemiecie zapalne kończyny.

RICHTER jest zdania, że w istocie, w gorących irygacjach do jamy macicy posiadamy wyborny środek, krew tamujący, który wszakże dla trwalszego efektu należy - podtrzymać środkami, wywołującymi skurczenie macicy tj. sporyszem. Takie złożone postępowanie przy *atonicznych* krwotokach stosuje się od kilku lat z wybornymi skutkami w berlińskiej *Charité*.

Należy wszakże pamiętać, by płyn wstrzykiwany bezpośrednio dostawał się do macicy,

RICHTER dodaje, że wobec słusznie coraz bardziej rozpowszechniającego się obecnie postępowania przeciwnego, należy do wstrzykiwanego płynu dodawać nieco kwasu karbolowego (1-0 lub dwuprocentowy roztwór).

RUNGE w artykule swym zaznaczywszy dzielne skutki gorących wstrzykiwań przy krwotokach i objaśniwszy je w powyższym przytoczonym sposobie, głównie zaj-

muje się znaczeniem gorących wstrzykiwań przy chorobach kobiecych. Jego zdaniem, wstrzykiwania gorące tam tylko są na miejscu, gdzie chodzi o wywołanie skurczów macicy, jak przy *niedostatecznej wstecznej przemianie macicy*. Z korzyścią je również RUNGE stosował przy *świeżych tylozgięciach*. Jeżeli krwotoki maciczne zależą od stanu chorobliwego macicy (n. p. Endometritis fungosa, nowotwory macicy), wstrzykiwania z gorącej wody stanowią wówczas środek zwykle niepewny i w najlepszym razie działanie ich trwa tylko czas krótki. Krwotoki, zależne od obrażeń całości macicy, nie ustępują również pod wpływem tych wstrzykiwań, które po pewnym czasie (jeżeli wstrzykiwania trwają za długo), wywołują relaksację mięśni naczyń i krwotok powiększają.

H. Goldblum.

113. S. RINGER i W. MURREL. **Mangan przy braku miesiączki.** On manganese in the treatment of amenorrhoea. (*The Lancet* Nr. 1, r. 1883).

Opierając się na 69 przypadkach, autorowie zalecają użycie preparatów manganu przy braku miesiączki. Najodpowiedniejszy jest *nadmanganian potasu*, który w tym względzie, oddał autorom bardzo dobre usługi. Przeważnie stosowali oni środek ten w pigułkach jedno- lub dwugranowych. Z początku trzy razy dziennie po jednym granie i stopniowo dochodzili do 8 gr. dziennie w 4 dawkach. Leczenie rozpoczynali na 3 lub 4 dni przed nastąpić mającym peryjodem; w większości przypadków miesiączka występowała. W rzadkich przypadkach leczenie trwało 3 miesiące. Przed rozpoczęciem leczenia należy zbadać, czy ciąża nie jest przyczyną braku miesiączki. W przypadkach wątpliwych autorowie stosowali ten środek, gdyż zadawany w małych ilościach nie przerywa ciąży. Najlepsze rezultaty osiągnęli chorych w wieku lat 20 do 25, — u kobiet, które już miesiączkowały i które za przyczynę przerwania peryjodu podawały

zaziębienie lub przemoknięcie. Środek powyższy również okazał się bardzo skutecznym u kobiet, u których już raz lub dwa razy miesiączka występowała, a następnie bez żadnej widocznej przyczyny przerwana została. W tych razach kilkodniowe użycie manganu sprowadzało zwykle skutek. Daleko gorzej działa mangan pod tym względem u zbyt młodych dziewczyn lub u osłabionych; w przypadkach daleko posuniętych suchot, mangan okazał się bezskutecznym.

Użycie Kali hypermanganici w pigułkach lub roztworze sprowadzało u niektórych chorych uczucie palenia w żołądku, trwającego przez kilka godzin. Środek ten działa równie dobrze u niedokrwynych, jak u krwistych kobiet.

H. Goldblum.

MISCELLANEA.

114. **Nowa teoria snu.** Dr. GOSCHLER na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego pragskiego miał odczyt: „O przyczynach snu“, i utrzymuje, że główną przyczyną zasypiania jest aspiracja płynu mózgo-rdzeniowego, a budzenia się — ustąpienie tegoż z jamy czaszkowej do kanału rdzeniowego. Głównym czynnikiem, powodującym przemieszczanie się płynu mózgo-rdzeniowego jest zmienne ciśnienie krwi w jamie czaszkowej; przy zasypianiu ciśnienie jest mniejsze, i dla tego więcej płynu mózgo-rdzeniowego napływa do czaszki. Objawy spostrzegane podczas snu są zupełnie podobne do objawów powstających przy wylewach krwawych w mózgu, z tą różnicą, że są przejściowe i są też prawdopodobnie wywołane przez ucisk mózgu płynem mózgo-rdzeniowym. Przy budzeniu się część nagromadzonego płynu mózgo-rdzeniowego usuwa się do kanału rdzeniowego, a mózg uwolniony od ciśnienia, powraca znów do swych normalnych czynności.

(*Allg. Wien. Med. Zeit.* Nr. 4, 1883).

115. **Szczepienie karbunkułu.** Pan BOUTET weterynarz odczytał w Towarzystwie weterynaryjnym departamentu Eure et Loir sprawozdanie z rezultatów otrzymanych przy szczepieniu karbunkułu. Przytaczamy tu następujące cyfry:

Ogólna liczba szczepionych owiec wynosi 79312, z tej liczby na karbunkuł zdechło 518 t. j. 0,65%, gdy tymczasem w przeciągu ostatnich lat dziesięciu na tę samą liczbę owiec zdychało przecięciowo rocznie 7237 tj. 9,01%. W stadach mieszanych było

2308 owiec szczepionych, a 1659 nie szczepionych, z pierwszych uległo chorobie tylko 8 czyli 0,4%, z drugich 60 t. j. 3,8%, chociaż warunki, w których się znajdowały były zupełnie identyczne. — Z 4562 krów i wołów szczepionych zdechło 11, podczas gdy poprzednio na tę samą liczbę zdychało rocznie 322, a zatem śmiertelność z 7,03% spadła na 0,24%.

(*Union med. Nr. 11, 1883*).

116. Śmiertelność na klinice prof. Billrotha w 1882 roku. Ogólna liczba chorych w klinice wynosiła 822, z tych umarło 45 tj. 6,3%, po operacji umarło tylko 7 chorych tj. 0,9%. Z powodu chorób przyranych umarło 1,42%. W roku 1881 było ogółem chorych 822, zmarło 82 tj. 9,5%. Lepszy rezultat w 1882 roku WÖLFLEB przypisuje wprowadzeniu jodoformu do opatrywania ran.

(*Allg. Wien. Med. Zeit Nr. 4 1883*).

1.7. Bromek potasu przeciw padaczce. VOISIN (Leçons cliniques sur les maladies nerveuses — Paris 1883) podaje rezultaty otrzymane przy leczeniu 106 przypadków padaczki bromkiem potasu. — Wnioski.

a) Bromek potasu może być używany z korzyścią tylko przy tak zwaną padaczce idiopatycznej, szczególnie zaś tam, gdzie ona jest dziedziczną.

b) Trzeba bardzo zważać na to, aby preparat nie był zanieczyszczony domieszkami (jod, siarczan i chlorek potasu). Przeznaczoną do przyjęcia dawkę trzeba codziennie rozpuścić w wodzie i zalecić wypić połowę przed śniadaniem a drugą połowę przed obiadem.

c) Dawka potrzebna bywa rozmaita, od 0,5 do 12 grm, pro die. Za oznakę, że dawka przepisana jest dostatecznie wielką, służy znikanie odruchu wymiotowego przy drażnieniu piórem podniebienia miękiego.

d) V. zaleca jednoczesne użycie środków moczopędnych i żelaza.

e) Rokowanie staje się dobrą, jeśli od użycia bromku potasu znika odruch wymiotowy, pojawia się uczucie zmęczenia i senność a zmniejsza się popęd płciowy.

f) Czas trwania leczenia, nawet po ustąpieniu napadów powinien przeciągać się do 10 lat. — U ludzi zażywających przez lat kilka codziennie po 6—10 gr. bromku potasu mogą wystąpić objawy zatrucia (Bromismus) w dwóch formach: ostrzej i przewlekłej. Objawy pierwszej ostrzej formy otrucia są: utrudnienie chodu, ptosis, ból głowy, niemożność swobodnego wyrażenia się, odurzenie, senność, suchy język, pragnienie rozwolnienie. *Antidota*: czarna kawa, kąpiele parowe, środki moczopędne. Objawy przewlekłej formy otrucia: stopniowo zwiększająca się bledność i wychudzenie, tępość umysłowa, suchość w ustach, głęboki sen, lżejsze zaburzenia w mowie chodzić. Wtedy

wskazanem jest zaniechanie środka i staranie się o dobre odżywianie chorego, inaczéj ogólne osłabienie może się szybko wzmacniać i doprowadzić do śmierci. V. na 106 przypadków otrzymał 37 zupełnie pomysłnych wyników t. j. zupełnie wyleczył padaczkę, w innych zaś 37 przypadkach znaczną poprawę.

Zdanie Voisin'a poświadcza na zasadzie 1450 obserwowanych przypadków GOWERS, który zamiast Kalium bromatum używał Amonium bromatum, 3—4 grm. dziennie przez dłuższy czas, lub też wielkie dawki — 30 grm. co drugi dzień przez 5 do 6 tygodni.

(*Prag. Med. Woch. Nr. 3, 1883*).

118. Leczenie oparzeń alkoholem. Dr. VÉLASCO zaleca alkohol jako znakomity środek przy oparzeniach wszelkiego rodzaju, wyjąwszy, rozumie się, tych przypadków, w których mamy do czynienia ze zgorzelą oparzonych tkanek. Główną zaletą tego środka jest szybkie usuwanie bólów. Sposób zastosowania polega na obfitém oblewaniu oparzonej części ciała alkoholem (a w braku takowego rumem, koniakiem, lub jakimkolwiek płynem spirytusowym, znajdującym się pod ręką) i obłożeniu spalonego członka grubymi warstwami waty zmoczonej w alkoholu. W miarę wysychania trzeba watę polewać spirytusem, za wskazówkę służy ból, który się pojawia, jak tylko wata wysychać zaczyna.

(*Le Praticien Nr. 3, 1883*).

119. Quassina i jej zastosowanie. Quassia amara posiada główny działający składnik t. zw. *Quassinę*, która otrzymuje się w formie bezpostaciowej i krystalicznej.

Dr. DELMIS robił doświadczenia z Quassiną bezpostaciową, podając ją w dawce od 2 do 6 centygramów, krystaliczna zaś podaje się najwyżej po 6 centygramów, gdyż wyższe dawki powodowały objawy zatrucia. U ludzi zdrowych Quassina podawana po 4 centgrm. przed każdym jedzeniem, poprawia szybko apetyt, przyspiesza trawienie, działa ogólnie wzmacniająco i przy atoniczném zaparciu powoduje normalne wypróżnienia. Podawana w tych dawkach przy rozwolnieniu, wstrzymuje go, nie wywołując następnego zaparcia stolca.

Dalsze doświadczenia wykazały, iż środek ten działa moczopędnie i zwiększa wydzielanie gruczołów ślinnych, wątroby, nerek i sutek; dzięki ostatniej własności, można go z dobrym skutkiem używać przy niedostatecznym wydzieleniu mleka. Quassina należy do środków gorzkich wzmacniających i z korzyścią może być zastosowaną przy ogólném osłabieniu, atoniczném i nerwowej niestrawności, braku apetytu, bladości, wymiotach, nakoniec w długiej rekonwalescencji po ciężkich chorobach.

(*Gar. des Hopit. Nr. 4, 1883*).

C. Stiche.

120. **Przeciw ukąszeniu żmii jadowitej** Dr. Josso użył z dobrym skutkiem znacznej dawki *Jaborandi*. Chora była już bez przytomności, miała ciągle wymioty, uparty suchy kaszel, przymiętą wyjątkowo silną drgawkę przeważnie mięśni twarzowych. Po użyciu naparwu *Jaborandi* z 4 grm na szklankę wody, już na drugi dzień było znaczne polepszenie, chora odzyskała przytomność i stan ogólny poprawił się, a na trzeci dzień powróciła do zwykłych swych zajęć. *W. M.*

121. **Nowy sposób grzebania ciał**. Pan Alexi MAYER przedstawił na posiedzeniu Paryskiej Akademii Umiejętności swe propozycje dotyczące nowego sposobu grzebania ciał zmarłych. Autor stwierdziwszy, że cmentarze są powszechnie uznane za źródła epidemii, że wszystkie proponowane dotąd środki dla zaradzenia temu są niedostateczne, nakoniec że jedyny środek prowadzący do celu, t. j. palenie zwłok, z powodu istniejących przesądów, da się przeprowadzić w dalekiej chyba dopiero przyszłości, dochodzi do następujących wniosków:

1) Można zaradzić złemu przez zamykanie zwłok w naczyniach hermetycznie zamkniętych, z którychby się nie mogły wydostać na zewnątrz produkty rozkładu.

2) Trumny ze szkła lanego zalutowane masą krzemionkową są najodpowiedniejsze.

3) Trumny takie mogą służyć dla przechowywania ciał jeśli zastąpimy powietrze przez jakikolwiek gaz przeszkadzający gniciu, np. kwas węglany.

4) Taki sposób grzebania ciał w niczem by nie obrażał czci jaką ludność dla zmarłych okazuje.

5) Ceny takich trumien szklanych nie wiele przewyższają ceny trumien drewnianych.

(*Journ. de Med. Nr. 3, 1883.*)

122. **Niedoślep** po zadaniu 20 gr. chininy zauważył Dr. HOBBY u pewnego chorego na nerwoból pochodzenia zimniczego. Pole widzenia zmniejszyło się do $\frac{1}{10}$. Wyleczenie nastąpiło pod wpływem przetworów żelaza i wstrzykiwań podskórnych strychniny. (*Un. med. Nr. 12, 1883.*)

Wiadomości bibliograficzne.

123. **Mosselon. Examen fonctionnel de l'oeil.** Paris 1882, str. 243. Wyborny podręcznik podający w przystępnej formie sposoby badania refrakcji, akomodacji (dobieranie okularów), widzenia barw, pola widzenia i ruchów oczu; w końcu dołączone są rysunki pola widzenia (10) przy cierpieniach potężnych z jego ograniczeniem jako też cztery tablice dla badania widzenia barw. Dziełko stanowi uzupełnienie szeregu praktycznych podręczników oftalmologii napisanych przez prof. WECKERA w Paryżu i jego asystenta Dr. MOSSELONA. Przedtém wyszły: *Thérapeutique oculaire, leçons cliniques,*

par L. de WECKER recueillies et rédigées par le Dr. MASSELOU, revues par le professeur. Paris 1879. *Chirurgie oculaire, leçons cliniques* par L. de WECKER recueillies et rédigées par le Dr. MASSELOU, revues par le professeur. Paris 1879. *Ophtalmoscopie clinique.* par L. de WECKER et I. MASSELOU. Paris 1881.

J. Przybyłski.

124. **Klein. Das Auge und seine Diätetik im gesunden und kranken Zustande.** Wiesbaden 1883. Popularny wykład anatomii, fizjologii i higieny oczu przeznaczony dla nielekarzy, zasługujący na rozprzestrzenienie między wykształconą publicznością.

J. Przybyłski.

Wiadomości bieżące.

— **Z Towarzystwa Lekarskiego.** Na ostatnim posiedzeniu 30 stycznia b. r., przystąpiono do dyskusji nad wypracowanym przez specjalny komitet projektem etyki lekarskiej. Kol. DOBRSKI, referent komitetu, w bardzo obszernym przemówieniu przytaczał szczegóły, motywujące każdy paragraf, z których szczególnie drugi zajął wiele czasu. Z tego też powodu rozpatrzono tylko pięć pierwszych artykułów.

— **Posiedzenie klin. Tow. Lek.** dnia 6 Lutego. Na porządku dziennym był przedewszystkiem projekt regulaminu dla mającego się utworzyć komitetu sanitarnego po zwinieniu dawnego. Po długiej dyskusji zgodzono się wreszcie na wybór zaproponowanych przez Prezesa członków nowego komitetu, którymi są koledzy: JASINSKI, KRAMSZYK Julian, MARKIEWICZ, MAYZEL, NATANSON, NENCKI, PRZEWOSKI; na zastępców obrano: DUNINA, DOBRZYCKIEGO, FRITSCHEGO, LUBELSKIEGO i ROGOWICZA.

W dalszym ciągu kol. FABJAN przeczytał rzecz „O ostatnich badaniach ROSSBACHA nad powstawaniem śluzu i leczeniu cierpień błony śluzowej w oskrzelach“.

Oprócz tego kolega KAMOCKI przedstawił chorobę z węgrem (*Cysticercus*) w oku, kol. REJCHMANN zaś demonstrował preparaty mikroskopowe jajek pasożytów (*Toenia solium* et *mediocanellata*, *Trichocephalus dispar* i *Oxyuris vermicularis*).

— **Doktoryzacja.** W niedzielę dnia 18 stycznia kolega WOJCIEDZKI bronił rozprawy na stopień doktora medycyny p. t. „O wpływie przewięzania tętnicy nasienniej wewnętrznej, jak również obliteracji przewodu nasiennego na odżywianie jądra“. Oprócz oponentów z urzędu prof. Jefremowskiego i Dra. Przewoskiego, robili jeszcze niektóre zarzuty prof. Neugebauer i Tauber, poczem doktorantowi stopień przyznano.

— **Dnia 4 lutego** kol. ROSENAL, współwłaściciel naszego pisma uzyskał stopień Doktora Medycyny po obronieniu rozprawy p. t.: „Przyczynę do

kwestyi zmian anatomicznych kory mózgowej przy niektórych chorobach zakaźnych". Oprócz urzędowych oponentów PRZEWOSKIEGO i POPOWA, zabierali głos docent prywatny PASTERNAKIJ i prof. HOYER.

— **W Krakowie** odbędzie się wykład próbny Dr. Em. МАЧЕКА asystenta kliniki okulistycznej, habilitującego się na docenta prywatnego okulistyki w Uniw. Jagiellońskim. Wyznaczony temat: „Pogląd na nowsze teoryje jaskry“.

(Przeł. Lek. Nr. 4, 1883).

— **Mianowania.** Znany w Berlinie lekarz A. BAGIŃSKY, autor podręcznika dla chorób dzieci i redaktor czasopisma „Jahrbuch für Kinderheilkunde“ mianowanym został docentem chorób dziecięcych.

— **Po prof. Eulenburgu** przeniesionym do Berlina, objął katedrę farmakologii w Gryfii (Greifswald) Dr. Hugo SCHUTZ; a Dr. RINNE, asystent szpitala miejskiego w Berlinie objął także w Gryfii katedrę kliniki chirurgicznej wakuującą po śmierci C. HÜTTERA.

— **Dr. Schoebl** mianowany został zwyczajnym profesorem oftalmologii a Dr. JANOWSKY nadzwyczajnym profesorem dermatologii na uniwersytecie czeskim w Pradze.

— **Dr. Holländer** habilitował się na docenta psychiatrii uniwersytetu wiedeńskiego.

— **Prof. Ranvier**, znakomity histolog paryski, został wybrany na członka korespondenta akademii nauk w Petersburgu.

— **Prof. Bunsen** z Heidelbergu został wybrany na członka akademii umiejętności w Paryżu na miejsce wakujące po WÖHLERZE.

— **Uniwersytet dorpacki** przyznał prof. BERGMANNOWI za dzieło pod tytułem: „Nauka o obrażeniach głowy“, nagrodę Heimbürgerskiej fundacji.

— **Pasteur** przygotowuje do druku zbiór wszystkich swych prac dotyczących mikroorganizmów.

(La Semaine Medicale)

— **Nocna służba lekarska w Paryżu.** Służbę nocną pełniło 658 lekarzy i 185 akuserek. W ciągu ostatniego kwartału 1882 roku było ogółem 1830 zapotrzebowań, pomocy potrzebowało: 656 mężczyzn, 890 kobiet, 284 dzieci. Średnia liczba wizyt w ciągu jednej nocy wynosi 19¹/₁₀, w tym samym kwartale w roku 1881 wynosiła 17⁹/₁₀.

— **Francuskie** ministerjum oświecenia ogłosiło międzynarodowy konkurs o nagrodę VOLTRY, która ma być udzielona w roku 1887, jako w sześćdziesiątą rocznicę śmierci znakomitego fizyka, za najlepsze odkrycie z dziedziny elektryczności, któreby ułatwiło zastępowanie tej ostatniej: do przesyłania depezy, jako czynnika chemicznego, do celów leczniczych, jako: źródła światła, ciepła, siły mechanicz-

nej. Nagroda przyznana będzie w grudniu 1887 r., wynosi 50000 fr.

— **W czterech** uniwersytetach szwajcarskich (Bazylea, Berno, Gienewa i Zurich) zapisało się w bieżącym półroczu na wydział medyczny ogółem 587 słuchaczy (543 mężczyzn i 44 kobiet — pomiędzy temi ostatnimi nie ma ani jednej Szwajcarki).

(Revue Med. de la Suisse Rom).

— **Oświetlenie elektryczne** zaprowadzono przed kilku tygodniami w klinice prof. DITTELA w wiedeńskim szpitalu powszechnym.

Nekrologija.

— **Georg Critchett**, okulista angielski urodzony w 1817 r., zmarł 1 Listopada 1882 r., wstąpił się głównie wprowadzeniem nowych operacyj, jako to: Iridodesis, wyjmowanie zaćmy łyżeczką, odcięcie garbca itp.

ODEZWA

Wydziału gospodarczego IV-ego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Wydział gospodarczy mającego się odbyć w Poznaniu IV-tego zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje niniejszemu do wiadomości wszystkim chcących w tym zjeździe brać udział, że czas zjazdu zapowiedziany w pierwszej naszej odezwie z dnia 15-ego grudnia z. r. na pierwszą połowę miesiąca lipca r. b. wskutek poważnych głosów, odzywających się z kół uniwersytetów naszych, przelożony został na miesiąc wrzesień r. b., dnie którego później oznaczone będą.

Dr. Teofil Kaczorowski,
przewodniczący.

Dr. Bolesław Wicherkiewicz,
sekretarz.

(Wszystkie Szanowne Redakcyje pism polskich i pobratymczych narodów prosimy o powtórzenie powyższej odezwy).

— **Sprostowanie.** W 3-cim numerze „Kroniki“ na str. 131 w referacie pod tytułem: „Systematyczne leczenie niemocy nerwowej i histeryi“ zamiast WEISS-MITCHELL powinno być WEIR-MITCHELL.