

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Fizjologia.

201. LAUNOIS i LÉPINE, **O różnicy pomiędzy górną i dolną częścią kiszki cienkiej pod względem wchłaniania i przesiąkania.** (*Sur la manière différente dont se comportent les parties supérieure et inférieure de l'intestin grêle au point de vue de l'absorption et de la transsudation*). *Arch. de Physiol.* 1883. Z. I.

Z licznych doświadczeń autora, można wyprowadzić następujące wnioski:

1) Wchłanianie (peptonu, cukru gromowego, emulsji tłuszczowej, mocznika, jodku potasu), w górnej części kiszki cienkiej jest daleko większe niż w dolnej.

2) Wchłanianie w dwunastnicy jest mniejsze niż w dolnej części kiszki cienkiej.

3) Wchłanianie (cukru gromowego) w kiszce grubej, jest mniejsze niż w dolnej części kiszki cienkiej.

4) Różnica co do wchłaniania pomiędzy górną i dolną częścią kiszki cienkiej ginie, skoro się zniszczy nabłonek za pomocą mocnego wysoku.

5) Przy wstrzyknięciu stężonych roztworów siarczanu sodu przesiąkanie w górnej części kiszki cienkiej jest większe niż w dolnej.

M. Rejchman.

II. Patologia doświadczalna.

202. J. PREVOST. **Poszukiwania nad zatruciem rtęcią.** (*Étude expérimentale relative à l'intoxication par le mercure. Son action sur l'intestin. Calcification des reins parallèle à la décalcification de os*).

Do niniejszej pracy doświadczalnej

skłonił prof. PREVOST następujący przypadek.

73-letni mężczyzna, nocą 13 grudnia 1877 r., przez pomyłkę wypił szklanekę płynu podobnego do wody, poczem natychmiast prawie nastąpiły wymioty i biegunka. Płyn ten, jak wykazała analiza chemiczna, zawierał dużą ilość azotanu rtęci (nitrate acide de mercure). 26 grudnia wstąpił do szpitala genewskiego, gdzie zauważono, że chory miał nadżarcia błony śluzowej jamy ustnej, dziąsła mocno zaczerwienione; był bardzo przygnębiony i uskarżał się na silne bóle brzucha, zwłaszcza in epigastrio.

W szpitalu miewał czkawkę, nudności, wymioty masami żółtawymi, częste wypróżnienia, krwotoki nosowe. W moczu dużo białka. Przy wzrastającym w skutkach tych zaburzeń osłabieniu, zmarł 5 stycznia 1878 r. Z wyników oględzin pośmiertnych, przytoczymy tylko, że w *nerkach* istota korowa jest barwy żółtawej, podczas gdy piramidy są poprzerzynane czerwonymi pręgami,—miedniczka mocno zaczerwieniona. Błona śluzowa żołądka przerkwiona, bez żadnych owrzodzeń.—Kiszki zawierają dużo mas kałowych płynnych, barwy brunatnej; górna część kizek blada, pozostała część i kiszki grube przekrwione.

Badanie mikroskopowe nerek wykazało, że w wielu miejscach kanaliki istoty korowej są prawie nie przezroczyste, ich komórki nabłonkowe nabrzmiałe, ciemne, ziarniste i często zlewają się z sobą, tak że niektóre kanaliki zamiast nabłonka napełnione są ciemną ziarnistą masą. Masa ta przezroczyszcza się pod działaniem kwasu siarczanego, a na jej miejscu wytwarzają się kryształki siarczanu wapna.

Kanaliki istoty rdzennéj i wiele kanalików skręconych są dobrze zachowane. Prócz tych zmian jest i pewien stopień śródmiąższowego zapalenia nerek, P. jednak przypuszcza, że istniało ono już przed otruciem, gdyż u żadnego z trutych przez niego zwierząt, podobnego zapalenia nerek nie widział.

Aby się przekonać o ile zwapnienie nerek przy otruciu rtęcią jest stałem i od czego zależeć może, przedsięwziął PREVOST szereg doświadczeń na królikach, świnkach morskich, białych szczurach (albinosach) i kotach. Truł je albo przez wprowadzenie sublimatu lub azotanu rtęci do żołądka, albo też przez zastrzykiwanie tych środków pod skórę.

Przy pierwszym sposobie wprowadzenia rtęci, dawka przewyższająca 0,15 wywołała ostre zatrucie, kończące się śmiercią zwierzęcia na 3 dzień przy objawach silnej biegunki i upadku sił. Zmiany pośmiertne: nadżarcia błony śluzowej żołądka, przekrwienie kiszek (przeważnie grubych) i wybroczyny; w moczu wałeczki i białko. Zmiany w nerkach podobne do wyżej opisanych u człowieka. Przy użyciu mniejszej dawki trzeba było po kilkakroć ją powtarzać, aby wywołać otrucie; bardzo małe zaś dawki pozostają bez wpływu.

Do zastrzykiwań podskórnych używał PREVOST białkanu sublimatu, zawierającego czystego sublimatu 0,02—0,05 dla królików, i 0,004—0,005 dla świnek morskich i szczurów.

W moczu otrutych zwierząt często znajdował białko, wałeczki komórkowe, rzadziej cukier; w kiszkiach grubych zaw sze znaczne przekrwienie, a nieraz i nadżarcie błony śluzowej. Zwierzęta zwykle zdychały na 3-ci lub 4 dzień.

U szczurów białych nerki były powiększone prawie o $\frac{1}{3}$ część zwykłej objętości i to kosztem li tylko istoty korowej.— Na powierzchni przekroju ta ostatnia jest kropkowaną, białawą, a środek jej na całej rozciągłości znacznie bledszy, formuje

rodzaj wąskiego pasa, równoległego do brzegu zewnętrznego nerki. Sole wapienne znajdują się tylko w kanalikach istoty korowej.

Podobnemu zwiększeniu objętości, już we 3 dni po zastrzyknięciu rtęci ulegają i nerki królika i świnki morskiej.

Gdy popiół nerki królika zdro-

wego waży 0,147

Królika otrutego rtęcią—0,609 do 0,890

Nerka tych zwierząt bywa czasem podobną do dużej białej nerki, chociaż proces w niej się odbywający *nie jest zapalny*, ale innej zupełnie natury. Zwykle na powierzchni przekroju widać, że przez substancję korową przechodzą prążki białawe, prostopadłe do powierzchni i do niej prawie docierające. Badanie drobnowidzowe wykazuje, że sole wapienne zajmują przeważnie kanaliki proste istoty korowej, infiltrują ich komórki, których granice są często niewidocznymi. Przy wysokim stopniu tych zmian i kanaliki skręcone zawierają dużo soli wapiennych.

Kłębki naczyniowe są tylko przekrwione, a istota rdzenna zupełnie normalna.

Koty zdychały zwykle na 4 lub 5 dzień po zastrzyknięciu podskórnem białkanu sublimatu, zawierającego czystego sublimatu 0,035 i więcej. Osady soli wapiennych znajdowały się również w kanalikach prostych istoty korowej. Mniej to jednak jest wydatne aniżeli u królików, gdyż sole te przedstawiają się pod mikroskopem jako ciemne ziarenka, a i w normalnej nerce kocięj w nabłonku kanalików, pod postacią takichże ciemnych ziarenek widzimy dużo kropelek tłuszczu.— Dla porównania więc P. przed otruciem kota wycinał mu jedną nerkę. Nerka pozostała jest większą, blado-żółtą, bez prążków w istocie korowej, istota zaś rdzenna przekrwiona.

Przy badaniu drobnowidzowem, jedne z kanalików prostych istoty korowej zawierają komórki z kropelkami tłuszczu, inne zaś z ziarnkami węglanu wapnia.— Ostatnie za dodaniem kwasu siarczanego,

sposób popiołu piszczeli niezmienionej i zmienionej pod wpływem rtęci, tegoż samego zwierzęcia. Rezultat jednak takiego postępowania najzupełniej zawiódł wszelkie oczekiwania.

Okazało się, że nawet po otruciu ilość popiołu pozostałej piszczeli była daleko większą, aniżeli amputowanej i to tem większą, im więcej upłynęło czasu od amputacji do otrucia.

Ten niespodziewany rezultat daje się tem objaśnić, że po wyłuszczeniu jednej kończyny ilość soli wapiennych w pozostałych się powiększa, i tak: w 2 dni po wyłuszczeniu, ilość popiołu, pozostałej na miejscu piszczeli była 0,50% większą aniżeli wyłuszczonej, po 6 dniach +0,77%, po 19 +1,22%; po 30, +2,50%.

Po otruciu więc rtęcią zwierzęcia, któremu jedną kończynę wyłuszczone, zmniejszenie ilości popiołu jest mniejsze, aniżeli przybytek wskutek odjęcia. Jeszcze lepiej uwydatnia się to u świnek morskich. Z dwóch świnek, którym jednocześnie wyłuszczone po jednej kończynie, otruto jedną rtęcią w 40 dni po operacji. Przyrost popiołu u nieotrutej był +3%, u otrutej tylko +1,0%. Różnica więc 2% wskazuje utratę ilości popiołu wskutek otrucia rtęcią.

Jedną jeszcze okoliczność należy uwzględnić w tych doświadczeniach. Przy otruciu rtęcią stałym objawem jest utrata apetytu i szybkie chudnienie. Otóż zachodzi pytanie, czy i o ile wpływa upadek odżywiania na odwapnianie kości.

Badania przedsięwzięte w tym kierunku pokazały, że u królików głodzonych waga kości i ich popiołu, jest nieco większą, aniżeli u królików karmionych i zdrowych, a tembardziej u otrutych rtęcią.

W całym szeregu wyż przytoczonych badań PREVOST zauważył, że utrata wagi kości jest proporcjonalną do zmian nerek, tak, że najwyższej posunięte zmiany w nerkach, bywają wtedy, gdy odwapnianie w kościach jest największe. Dla tego też P. przychodzi do wniosku, że opi-

sane zmiany w nerkach przy otruciu rtęcią są następstwem odwapnienia kości i wydzielania się tych soli przez nerki.

A. Elsenberg.

III. Medycyna wewnętrzna.

203. BARIÉ. **Przypadłości ze strony płuc i serca w następstwie chorób żołądka i wątroby.** (*Recherches Cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires consécutifs aux troubles gastrohépatiques*) *Rev. de médecine NN.* 1 i 2. 1883 r.

W pracy niniejszej autor przedstawia poglądy prof. POTAIN'A, które dopełnia swojemi nader licznymi spostrzeżeniami.

Przypadłości ze strony płuc i serca w następstwie chorób żołądka i dróg żółciowych przedstawiają się już to jako proste zboczenia w częstości, sile, lub prawidłowości skurczów serca; już to zbliżają się do obrazu dusznicy bolesnej (angina pectoris); już to występują w postaci silnej duszności z jednoczesnym rozszerzeniem prawej komórki serca; już też jako napady poronne, charakteryzujące się wzmocnieniem 2-go tonu tętnicy płucnej i lekką dusznością.

Przypadłości te występują napadami, zwykle po przyjęciu pokarmu, bezpośrednio, lub po upływie kilku godzin. Dokładnie czynione spostrzeżenia doprowadziły autora do utworzenia następujących postaci objawowych, w których najczęściej wyżej wzmiankowane zaburzenia występują.

Ipostać. Wzmoczone bicie serca (palpationes). Ten objaw często spostrzegać się daje u dyspeptyków, już to jako proste wzmocnienie i przyspieszenie skurczów serca, już też jako wzmocnienie i przyspieszenie nierytmiczne, z licznymi przestankami lub różnemi pod względem siły i prędkości uderzeniami. — Wzmoczonemu biciu serca często towarzyszy uczucie bólu, rozprzestrzeniające się od okolicy sercowej ku karkowi, a nawet na lewe ramię. Objaw ten występuje podczas sprawy trawienia i niknie z ukoń-

czeniu się tego ostatniego. WzmóŜona działalność serca bywa teŜ niekiedy spostrzeganą przy cierpieniach wątroby. — Niekiedy jednocześnie występuje krótki, przerywany, suchy kaszel, zwany kaszlem ŝołądkowym.

II postać. Zaburzenia występujące zarówno w płucach jak i w sercu.

1) *Przypadłości ze strony płuc* przedstawiają się jako mniej lub więcej silna duszność. Niekiedy napady jej są tak silne, ŝe zdaje się, iŝ choremu grozi utrata ŝycia. Ruchy oddechowe stają się bardzo przyspieszonymi, nozdrza i usta gwałtownie się rozszerzają, kończyny ziębną, twarz sinieje, ciało pokrywa się zimnym potem. Zdaje się, iŝ chory znajduje się w wielkiem niebezpieczeństwie, tymczasem napad równie nagle się kończy jak powstał. Napady duszności występują zazwyczaj zaraz po jedzeniu. Trwają od pół do kilku godzin. Rzadziej się wydarza jeden tylko napad, zwykle występują niezbyt silne napady po kaŝdem jedzeniu. Za pomocą wysłuchiwania można się przekonać, ŝe wdychane powietrze nie napotyka ŝadnej przeszkody, ŝe dochodzi do najdrobniejszych rozgałęzień oskrzeli. Za pomocą anapnografu BERGEON'A i KASTUS'A, autor się przekonał, ŝe chorzy podczas napadu wdychają i wydychają w ciągu minuty prawie tę samą ilość powietrza co zdrowi, gdyŝ powierzchowność oddychania wynagradza się częstotnością. Poczyną częstego oddychania nie jest ŝadna mechaniczna przeszkoda, lecz potrzeba ustawicznego zmieniania powietrza w płucach dla utrzymania prawidłowego utlenienia krwi, które, jak to poniŝej zobaczymy, ulega zaburzeniu wskutek zmienionego krwi obiegu w płucach.

2) *Przypadłości ze strony serca.* Są następstwem zaburzeń w oddychaniu. Występują bezpośrednio po tych ostatnich lub jednocześnie z nimi. Najwaŝniejszym jest *rozszerzenie prawej połowy serca*, dające się wykazać za pomocą macania i opukiwania: uderzenie wierzchoł-

kowe znacznie zbacza na lewo ku linii pachowej, tępość okolicy serca znacznie się rozszerza w kierunku poprzecznym, zachodzi na mostek.

Wysłuchiwanie wykazuje przy tém trzy objawy, z których jeden jest stały, a dwa niestałe. — Objawem stałym jest wzmocnienie tonu rozkurczowego w okolicy odpowiadającej podstawie serca, a szczególnie w miejscu wysłuchiwania tętnicy płucnej. Objaw ten jest dowodem, iŝ istnieje utrudnienie w płucnym obiegu krwi.

Objawami zmiennymi są: szmer cwałowy i szmer podmuchowy.

3) *Szmer cwałowy* (bruit de galop) powstaje tutaj w prawej komórce, a nie w lewej jak to ma zwykle miejsce (np. przy przeroście lewej komórki wskutek stwardnienia nerek). Z tego powodu szmer cwałowy u dyspeptyków różni się od tegoŝ szmeru powstającego przy pierwotnych chorobach serca tem, ŝe pierwszy najwyraźniej wysłuchać się daje na dolnej części mostka lub w dołku podsercowym i ŝe zazwyczaj towarzyszy mu znaczne wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej; drugi zaś najwydatniej występuje w okolicy wierzchołkowej, na lewym brzegu mostka lub w drugim lewym międzybrzu, a towarzyszy mu wzmocnienie drugiego tonu nie tętnicy płucnej lecz aorty. — Prócz tego przy pierwszym tętno jest miękkie, a przy drugim bardzo twarde.

Szmer cwałowy występuje podczas napadu duszności, gdyŝ właściwie warunki jej powstawania są bezpośrednią przyczyną czasowego rozszerzenia, które często się powtarzając, przechodzi nakoniec w stały przerost komórki.

4) *Szmer podmuchowy* występuje szczególnie często u dotkniętych ŝółtaczką. — Fakt ten niektórzy autorowie objaśniali niepomysłnym wpływem soli ŝółciowych na kurczliwość włókien mięsnych serca w ogóle, a w szczególności tych włókien, które się przyczepiają do zastawek. Au-

tor uważa występujący w tych razach szmer podmuchowy za objaw niedomykalności zastawki trójdzielnej. POTAIN mianowicie wykazał, iż przy cierpieniach zarówno dróg żółciowych jak i żołądka, powstaje względna niedomykalność zastawki trójdzielnej wskutek rozszerzenia prawej komórki, będącego następstwem zwiększonego ciśnienia wewnątrz tętnicy płucnej.

B. obserwował szmer podmuchowy 3 razy przy kamieniach żółciowych, 2 razy przy żółtaczce nieżytowej i raz przy niestrawności (dyspepsia). W tym ostatnim razie rozpoznanie za życia względnej niedomykalności zastawki trójdzielnej zostało stwierdzone przy badaniu pośmiertnym.

Skoro wskutek powyższych wymienionych cierpień powstanie względna niedomykalność zastawki trójdzielnej, wówczas prócz szmeru podmuchowego obserwować też można tętnienie żył szyjowych i wątroby.

Szmer podmuchowy, występujący jako objaw cierpień żołądka, lub wątroby, najwyraźniej wysłuchać się daje na dolnym końcu mostka, przy wierzchołku jest bardzo głuchy i tem mniej go słychar, im bardziej na lewo posuwamy stetoskop.

3) *Zmiany w tętnie.* Tętno podczas napadu jest miękie, małe, łatwo uciskać się dające.

Wogóle ciśnienie w układzie aortycznym jest zmniejszone, a w układzie tętnicy płucnej zwiększone.

4) *Jednocześnie występujące objawy w innych organach.* Podczas napadu obserwować można objawy ze strony mózgu: ból głowy, zawroty, omdlenia, senność, a ze strony nerwów naczynioruchowych: zaczerwienienie twarzy, uczucie gorąca.

U niektórych chorych spostrzegać się daje: ogólna niemoc, ociężałość, szczególnie nóg. Inni chorzy przedstawiają rozszerzenie źrenic; niedowidzenie (amblyo-

pia), trudność rozróżniania barw (dyschromatopsia).

III postać. Dusznica bolesna (angina pectoris). Zbiór objawów w znany pod nazwą „angina pectoris”, rzadziej u chorych na żołądek się napotyka, niż poprzednio opisane formy zaburzeń ze strony płuc i serca. Napad dusznicy bolesnej, powstaje zwykle bezpośrednio po jedzeniu: chorzy doznają nieznacznej duszności i dość silnego bólu w okolicy sercowej, który to ból rozprzestrzenia się na lewą połowę klatki piersiowej i w odpowiednią kończynę górną. Tętno przytem staje się rzadszem, twarz i kończyny ziębną, chorzy niekiedy tracą przytomność i mdleją. Przy badaniu serca wykryć można objawy, o których powyżej była mowa (rozszerzenie prawej komórki).

Ta objawowa dusznica bolesna różni się od pierwotnej tem, że jest daleko lżejszą, że trwa dłużej (do $\frac{3}{4}$ godziny), że ból przy niej jest umiejscowiony w okolicy sercowej, a nie w mostkowej (jak to bywa przy pierwotnej), że dotyka ludzi w różnym wieku (dusznica bolesna prawdziwa, napada zazwyczaj ludzi 50—60 letnich).

IV postać poronna, charakteryzuje się krótkim oddechem i szybszym biciem serca. Tak w oddychaniu, jak i w czynności serca prawidłowy rytm jest zachowany. Drugi ton tętnicy płucnej wzmocniony. Badanie fizykalne nie wykazuje ani rozszerzenia prawej komórki, ani względnej niedomykalności otworu żylnego prawego.

Powyżej opisane formy napadów ze strony płuc i serca wydarzają się najczęściej przy cierpieniach żołądka (25 przypadków), rzadziej przy cierpieniach dróg żółciowych (13 przypadków), a jeszcze rzadziej przy chorobach kiszek (2 przypadki). Cierpienia żołądkowe, wywołujące te napady, są albo pierwotne, albo zależne od gruźlicy płucnej, od chorób: serca, nerek, lub dróg moczowych; chociaż przy tych ostatnich chorobach serce i tak już jest zajęte, jednak niestrawność od tych

chorób zależna, przyczynia się ze swęj strony do wywołania jeszcze większych zaburzeń ze strony serca, zaburzeń charakteryzujących się powyżej opisanymi cechami.

B. zwraca uwagę na tę okoliczność, że nie ciężkie cierpienia żołądka i kiszek, nie głębokie zmiany wątroby wywołują napady ze strony płuc i serca, lecz lekkie formy niestrawności, lekkie nieżyty żołądka, dróg żółciowych lub kiszek. Podobne przykłady znajdujemy i w innych działach patologii; najczęściej lekkie zranienia wywołują tężec (tetanus), obecność tasiemca w kiszkiach, może być powodem napadów padaczkowych i t. p. — Wszystko w tych razach zależy od usposobienia do zaburzeń nerwowych, usposobienia, które u kobiet jest większe niż u mężczyzn, u ludzi osłabionych i małokrwistych większe niż u zdrowych.

W dalszym ciągu swęj obszernęj pracy B. zastanawia się nad sposobem powstawania wyżej opisaných napadów ze strony płuc i serca. — Najprościej można by je wytłumaczyć mechanicznym wpływem przepełnienia żołądka pokarmami lub gazami, uciskiem płuc i serca. Rzeczywiście w ten sposób powstaje w niektórych razach niezbyt znaczne utrudnienia oddychania i niezbyt silne bicie serca. Ale tego rodzaju ucisk nigdy nie może się stać powodem gwałtownęj duszności połączonej z sinicą i oziębieniem kończyn.

Z drugięj zaś strony wiadomą jest rzeczą, że tego rodzaju napady występują zazwyczaj po bardzo skromnem użycie pokarmu.

Ponieważ podczas napadu prawa komórka ulega rozszerzeniu, przeto prawdopodobnem jest, że bezpośrednią przyczynę napadu stanowi zwiększenie się ciśnienia w małym krwiobiegu. To zwiększenie niewątpliwie przychodzi do skutku drogą odruchową w skutek podrażnienia żołądka lub wątroby. (POTAIN obserwował przypadek, w którym z po-

wodu uwięźnięcia kamienia żółciowego, nastąpiło rozszerzenie prawęj komórki, względna niedomykalność zastawki trójdzielnej i chory umarł przy objawach asystolii). Dowodu na to dostarcza nam patologia doświadczalna. ARLOING i MOREL w laboratorium prof. CHAUVEAU doświadczeniami na psach wykazali, że drażnienie wątroby lub żołądka strumieniem elektrycznym wywołuje zwiększenie ciśnienia w tętnicy płucnej. Przyczyną zaś tego zjawiska jest niewątpliwie skurcz drobnych naczyń krwionośnych w płucach.

Ponieważ w napadach, któreśmy powyżej opisali, na pierwszy plan występuje duszność, przeto prawdopodobnem będzie przypuszczenie, że i tutaj zwiększenie ciśnienia w tętnicy płucnej z następczemi zaburzeniami w sercu, zależy od skurczu naczyń włosowatych w płucach. W skutek tego właśnie skurczu następuje duszność, gdyż dla dokładnego utlenienia całej masy krwi, chory jest zmuszony częściej wciągać w płuca powietrze, bo przy każdym pojedynczem wdychaniu zbyt mała (z powodu zwężenia naczyń) ilość krwi przychodzi w zetknięcie z powietrzem.

W obec powyższego tłumaczenia zajmującej nas tutaj kwestyi, nastęrcza się pytanie: za pośrednictwem jakich nerwów następuje to odruchowe zwężenie się naczyń płucnych, wskutek podrażnienia żołądka lub wątroby? Doświadczenia FRIEDLANDERA, FREYA i BROWN-SEQUARDA wykazały, że nerwy błędne nie mają żadnego naczynioruchowego wpływu na płuca. VULPIAN zaś sądzi, że naczynioruchowe nerwy płuc wychodzą z pierwszego górnego zwoju sympatycznego, do którego dostają się za pośrednictwem korzeni rdzeniowych nerwu sympatycznego.

Prawdopodobnie przeto podrażnienie żołądka lub wątroby sprowadza zwężenie naczyń płucnych za pośrednictwem części brzusznych nerwów sympatycznych i rdzenia szyjowego. Za tą hipotezą przemawia następujące doświadczenie: jeżeli będziemy drażnić narządy brzuszne po

przecięciu części szyjowych nerwów błędnych i sympatycznych, wówczas zwiększa się ciśnienie w tętnicy płucnej, jeżeli zaś podczas doświadczenia przetniemy część szyjową rdzenia, wówczas ciśnienie nagle się zmniejsza.

B. utrzymuje, że w wielu przypadkach nie można jednak odmówić udziału nerwom błędnym, za pomocą których tak ściśle wiążą się narządy brzuszne z pierśsiowemi. Być nawet może, że w napadach manifestujących się przedewszystkiem wzmocnionem biciem serca, przyjmują udział tylko nerwy błędne, w formach zaś w których na pierwszy plan występuje duszność przeważnie, lub nawet wyłącznie, są zajęte nerwy sympatyczne.

Rozszerzenie źrenic podczas napadu znajduje objaśnienie w podrażnieniu nerwów sympatycznych. Objawy duszniczy bolesnej (angina pectoris), zależą bezwątpienia od podrażnienia, albo nn. błędnych albo sympatycznego,—albo obu razem.— Prócz tego autor utrzymuje, że nadmierna praca prawej komórki, może spowodować pewne zaburzenia w gałązkach czuciowych serca, zaburzenia manifestujące się objawami duszniczy bolesnej.

Leczenie powinno być skierowane przeciwko cierpieniu pierwotnemu. Przy napadach zależnych od chorób żołądka znakomite wyniki daje dyjeta wyłącznie mleczna.

W końcu swój pracy autor przytacza 14 szczegółowych spostrzeżeń, które jak najbardziej przemawiają na korzyść powyższych przedstawionych poglądów.

M. Rejchman.

204. Prof. DRASCHE. **O uleczalności chorób zastawek sercowych, mianowicie niedomykalności aorty.** (*Ueber die Heilbarkeit der Herzklappenkrankheiten, namentlich der Aorteninsufficienz.* Wien. *Med. Wochenschr.* Nr. 1, 2 i 3, r. 1883).

Coraz bardziej mnożą się opisy, wykazujące, że choroby zastawek sercowych przy odpowiednich okolicznościach, zni-

kają niekiedy bezpowrotnie, — odnosi się to głównie do niedomykalności aorty.

Tak na przykład GERHARDT w kilku słowach wspomina o jednym przypadku niedomykalności aorty z zejściem pomyślnem. Podobne przypadki przytacza SKODA. Głównie jednak JAKSCH wykazał dobrowolną uleczalność wad zastawek sercowych. Przy pomocy oględzin pośmiertnych dowiódł on, że wady zastawek aorty, mogą zupełnie zniknąć, albo też sama aorta tak się może dopasować do zmian, powstałych w jej zastawkach, że objawy niedomykalności ustępują.— Przy marskości jednej zastawki półksiężycowej, dwie drugie mogą się odpowiednio wydłużyć i w ten sposób wypełnić brak, spowodowany skurczeniem jednej z nich. Jeżeli wszystkie trzy zastawki skutkiem procesu chorobowego są skrócone, wówczas sama aorta na wysokości zastawek może się zwęzić i w ten sposób dokładne stykanie się wolnych brzegów zastawek umożliwić.

JAKSCH utrzymuje, że niedomykalność zastawki dwudzielnej również zniknąć może.

Na prace jednak tych autorów przez długi czas należytej nie zwrócono uwagi, wskutek czego prędko poszły w zapomnienie.

W ostatnich latach jednak znowu zaczęto przytaczać przypadki uleczenia wad zastawek sercowych. Przypadki te odnoszą się prawie wyłącznie do wad zastawek aorty, których rozpoznanie jest bardzo pewne i łatwe. JAKSCH widział 3 przypadki uleczonej niedomykalności aorty, LEYDEN 2, wreszcie GERHARDT 1 przypadek.

Uleczone wady zastawki dwudzielnej, obserwował FRAENTZEL, MAYER, BADT i BENEKE. Ponieważ rozpoznanie wady zastawki dwudzielnej, jest bardzo trudne, już z tego względu, że szmer skurczowy przy wierzchołku serca, nie zawsze jest dowodem niedomykalności tej zastawki,

przezo przypadki ostatnich autorów uważać należy za wątpliwe.

DRASCHE opisuje bardzo ciekawy przypadek samodzielnie uleczonej niedomykalności aorty, który w kilku słowach powtórzymy:

Mężczyzna, 48 lat liczący, wstąpił do szpitala z silnym obrzękiem kończyn dolnych i dusznością. Badanie wykryło: powiększenie wszystkich wymiarów serca i szmer *rozkurczowy* w aorcie, w tętnicy szyjowej i w tętnicy biodrowej.

Na zasadzie tych objawów rozpoznano *insufficienciam valvularum aortae*. Po kilkunastodniowym pobycie w szpitalu stan chorego znakomicie się poprawił: obrzęk i duszność znikły. Wysłuchiwanie serca wykryło: tony czyste, pierwszy ton aorty jasny i czysty—*zamiast początkowego szmeru rozkurczowego w aorcie, słyszeć można dźwięczny ton*, któremu towarzyszy niewielki i krótki szmer, słyszalny tylko przy bezpośredniem wysłuchiwanu klatki piersiowej. Po kilku dniach chory opuścił szpital z bardzo nieznacznym tylko szmerem rozkurczowym—w miejscu wysłuchiwania aorty.

Po niejakiem czasie chory wrócił do szpitala z silnym obrzękiem kończyn dolnych.

Badanie serca nie wykazało żadnych szmerów, mocz zawierał obfitą ilość białka i cylindrów. Wkrótce nastąpiła śmierć.

Sekcja wykryła cierpienie nerek, endarteritis deformans, znaczny odśrodkowy przerost serca i twarde, zgrubiałe zastawki półksiężycowe aorty. Przy użyciu zwykłej próby wodnej, zastawki te zamykały otwór aorty bardzo dokładnie.

Nie ulega, zdaniem autora, żadnej wątpliwości, że obserwowana przez czas krótki niedomykalność aorty (z obliczeń autora wypada, że czas trwania tej *insufficienciae* wynosił około 14 tygodni), powstała skutkiem zgrubienia swobodnych brzegów zastawek półksiężycowych; zniknięcie zaś niedomykalności powstało

skutkiem nawarstwienia (*Auflagerung*) nowych elementów na brzegi zastawek.

DRASCHE utrzymuje, że uleczalność chorób zastawek sercowych, nie tylko jest możliwą, ale nawet często konieczną.

Autor sądzi, że niedomykalność aorty wskutek marskości jednej z zastawek półksiężycowych, może zniknąć przez odpowiednie wydłużenie się 2-ch pozostałych zastawek. Jeżeli wszystkie trzy zastawki są zajęte sprawą chorobową, to nawet i wówczas mogą się wydłużyć zdrowe odcinki tych zastawek i zapobiedz w ten sposób powstałej już niedomykalności.

D. nie wątpi, że niejedyn z więcej zajętych lekarzy musiał spotykać w swęj praktyce chorych sercowych, u których burzliwe objawy chorobowe po pewnym czasie przechodziły, poczem chorzy ci odzyskiwali albo zupełnie, albo też względnie dobre zdrowie.

Te to przypadki należy uważać za samodzielne uleczenie wady zastawek sercowych.

Ponieważ niedomykalność aorty może być dokładnie rozpoznana na zasadzie jednego tylko *szmeru rozkurczowego*, przezo z własności tego szmeru wnioskować możemy o stanie samęj choroby. Im szmer ten jest mocniejszy i więcej rozprzestrzeniony, tém więcej krwi wraca do komórki, a tem samém znaczniejszą jest wada serca. Jeżeli więc siła i rozciągłość tego szmeru po pewnym czasie stają się mniejsze, jeżeli na miejsce szmeru wraca ton; lub jeżeli zmniejszający się ciągle szmer, stanowi jakby dodatek do tego drugiego tonu,—w takim razie już wątpić nie można, że niedomykalność aorty, zaczyna powoli ustępować.

Wychodząc z punktu widzenia anatomopatologicznego, również przyjąć należy, że choroby zastawek sercowych są uleczone. Nieraz bowiem oględziny pośmiertne wykazują znaczne zmiany w zastawkach, pomimo że chory za życia na żadne objawy chorobowe ze strony serca

się nie uskarżał. To dowodzi, że przy zmianach tych w pomyślnych razach, łatwo wytworzyć się może odpowiednia akomodacja, usuwająca powstałe już zaburzenia.

Autor wreszcie dodaje, że aczkolwiek wyleczenie wad serca następuje zupełnie samodzielnie, jednak zaprzeczyć nie można, że odpowiednie postępowanie lekarza wiele przyczynić się może do osiągnięcia tego pomyślnego zejścia.

Celowi temu najlepiej odpowiada: usunięcie wszelkich wpływów wywołujących wzmogoną działalność serca, usunięcie silnych wzruszeń moralnych, następnie zapewnienie choremu spokoju, umiarkowane, byleby nie nużące ruchy na swobodnym powietrzu i wreszcie dostarczenie choremu pożywnych, wzmacniających i lekko strawnych pokarmów.

H. Goldblum.

205. Prof. FÜRBRINGER.— **Przyczynę do błonicowego zapalenia nerek.** *Zur Klinik und pathologischen Anatomie der diphtheritischen Nephritis.* (*Virchow's Archiv—Tom 91—Z. 3—1883*).

Powszechnie znaną jest rzeczą, że błonicowe zapalenie gardzieli wikła się białkomoczem. Zjawisko to nie zostało jeszcze należycie zbadane. OERTEL utrzymuje, że w ciężkich przypadkach t. zw.: błonicowego zapalenia nerek, te ostatnie są obrzmiałe, nabłonek kanalików mętny, a ich światło albo znacznie zwężone, albo też zupełnie zniesione.

Zdaniem WAGNERA nerki błonicowe są blade; kanaliki korowe rozszerzone, posiadają zmętniały nabłonek; wynaczynień krwi nie ma; kłębki (glomeruli) w stanie prawie normalnym. Nowsze poszukiwania BRAULTA, wykazują przekrwienie nerek, przenikanie ciałek krwi do kanalików nerkowych i zmiany nabłonka, jak przy otruciu pryszczawkami (cantharides).

Ta niezgodność pojęć skłoniła autora do bliższego zapoznania się z kliniczną i anatomo-patologiczną stroną choroby.

Objawy kliniczne: Ilość oddawanego

w ciągu doby moczu, była we wszystkich przypadkach zmniejszona; mocz błądy i bez krwi; we wszystkich przypadkach zawierał białko, ilość którego zależała od natężenia choroby, w jednym z najcięższych przypadków ta wynosiła 2%. Osad zawierał: 1) cylindry po większej części szkliste, (hyalinowe), obficie lub w części tylko pokryte tłuszczowo zwyrodnionymi komórkami nabłonkowymi, 2) swobodne komórki nabłonka nerek, w większej lub mniejszej ilości, zmętniałe, z niejasnym lub wcale niewidzialnym jądrem; 3) bezbarwne ciałka krwi w ilości bardzo nieznacznej; 4) czerwone ciałka krwi w $\frac{1}{3}$ przypadków 5) ziarenka rozpadowe; 6) nabłonek dróg odprowadzających. *Mikroorganizmów* pomimo troskliwych poszukiwań, autor nie znalazł ani razu.

Zmiany anatomo-patologiczne: F. badał nerki u 10 osobników zmarłych na błonicę; zaznacza przedewszystkiem, że nerki uległy sprawie błonicowej, napozór zdawały się zupełnie normalnymi. — Tylko w najcięższych przypadkach były nieco większe; skutkiem obrzmienia części korowej, powierzchnia przecięcia nieco mętna, a przedewszystkiem blada, co zupełnie się zgadza z opisem WAGNERA, a wręcz sprzeciwia się opisowi BRAULTA, który w 5 przypadkach błonicowego zapalenia nerek, znaleźć miał przekrwienie.

Mikroskopowe badania, dały autorowi następujące wyniki:

Typowe stłuszczenie nabłonka znalazł tylko w 2, i to najcięższych przypadkach, w postaci kropelek tłuszczowych w niektórych kanalikach części korowej.

Główne zmiany znajdowały się zawsze w labiryntowej części kory nerkowej, — nabłonek której był zmętniały. — Zwyrodnienie to nie obejmowało jednak całego miąższu labiryntu, a tylko pojedyncze kanaliki.

Równoległe z tem zwyrodnieniem szło rozszerzenie krętych kanalików; — światło wszakże ich nie zawsze było powiększone, a często nawet zupełnie zam-

knięte złączonym nabłonkiem. Autor zwraca uwagę na często spotykane ograniczone rozszerzenia kanalików, które tłumaczy zastojem moczu, skutkiem zatkania jednego końca nabłonkiem, albo cylindrami. Nabłonek kanalików prostych był daleko mniej zmieniony, aniżeli nabłonek krętych. Ani w jednym przypadku autor nie znalazł łuszczącego kataru (Desquamativkatarrh) kanalików wyprowadzających, który BRAULT uważa za charakterystyczną oznakę błonicowego zapalenia nerek.

Cylindry znalazł F. we wszystkich 10 przypadkach; najmniej w korze nerkowej, najwięcej zaś w kanalikach skręconych. Zmiany w torebce BOWMANA, były bardzo nieznaczne, a nawet w 6 przypadkach żadnych zmian nie znaleziono. Polegały one na nabrzmieniu komórek, które wyglądały jakby *wzdęte*; nabłonek torebki był prawie zawsze normalny.

Kłębki nerkowe były *blade* i nie większe, aniżeli w stanie normalnym.

Co się tyczy *podścieliska*, w połowie przypadków autor żadnych zmian śródmiąższowych nie widział; w drugiej połowie przypadków tkanka łączna śródmiąższowa był bardzo lekko nacieczona i to na bardzo ograniczonej przestrzeni. Badanie mikroskopowe nerek, ani razu nie wykryło obecności mikroorganizmów.

Autor sądzi, że najodpowiedniejsza nazwa dla zmian spotykanych w nerkach przy błonicy, jest określenie LEYDENA: „nephritis acuta infectiosa desquamativa“. Przypadki powyższe bardzo są zbliżone do białkomoczu, powstającego w następstwie gorączki, a który ECKSTEIN uważa za formę poronną ostrego zapalenia nerek.

Białkomocz, spotykany w 10 tych przypadkach, autor uważa jako następstwo zwyrodnienia nabłonka, w czym się zupełnie zgadza z SENATOREM i LEPINEM.

Streszczając swoje badania drobnowidzowe błonicowej nerki i badania innych

autorów, przyjmuje 3 stopnie cierpienia błonicowego nerek:

1) Makroskopowo normalna nerka z bladą częścią korową.

Głównie spotykane zmiany: mięszone zwyrodnienie nabłonka kanalików korowych.

2) Nerka w części korowej lekko powiększona z bladą i mętną powierzchnią przecięcia. Zwyrodnienie nabłonka nieco większe, przechodzące na nabłonek kłębków.

Rozpoczynające się zmiany w śródmiąższu.

3) Duża żółta nerka: forma ta odpowiada krwotocznej nerce szkarlatynowej. Rozległe zwyrodnienia tłuszczowe miąższu i znaczne zmiany w podścielisku.

H. Goldblum.

206. Dr. LEWIN. **Własności farmakologiczne Santoniny.** *Das Verhalten des Santonins im Thierkörper und seine therapeutische Verwendung. (Berliner klin. Wochenschrift Nr. 12).*

1) *Zmiany jakim podlega Santoina w żyjącym organizmie i sposób jej wykrycia.*

Po zadaniu santoniny mocz pod wpływem alkaliów, przybiera wiśniowe zabarwienie.

Ług potasowy nie zabarwia samą Santoniny, ani też roztworu jej wodnego. Gdy przeciwnie, roztwór wyskokowy, jako też santonina ogrzana do stopienia, z ługiem potasowym barwi się wiśniowo. W ogóle dowiedziono, iż santonina przybiera charakterystyczne zabarwienie z alkalijskimi tylko pod wpływem środków odciągających wodę; podobnym zmianom podlega santonina w organizmie, o czym świadczą własności moczu.

Dla wykazania santoniny w moczu i innych wydzielinach, nie dostatecznym jest jej sposób zachowania się w obec alkaliów, gdyż podobne własności posiadają i inne ciała, np.: kwas chryzofanowy. Dla rozróżnienia posłużyć może własność santoniny, odchylania na lewo płaszczy-

zny polaryzacyjnej, jako też okoliczność, iż w ogrzanym roztworze santoniny, w zgaśszczonym kwasie siarkowym, po dodaniu kilku kropel rozcieńczonego roztworu chlorku żelaza, tworzy się purpurowo fioletowa obrączka.

II) *Środki rozpuszczające santoninę i sposób jej wessania do organizmu.*

Santonina mało rozpuszcza się w wodzie i rozcieńczonych kwasach, gdy przeciwnie, kwasy stężone, zwłaszcza kwas mleczny, — rozpuszczają ją z łatwością.

W ślinie rozpuszcza się Santonina w stosunku 0,096 na 100 cz., w żółci—0,13 na 100 cz. W podobnym mniej więcej stosunku zachowuje się stopień rozpuszczalności santoniny względem soku trzustkowego, soku kiszki i tłuszczów.

Liczne doświadczenia wykonywane na królikach, dla stwierdzenia szybkości wessania santoniny, przyprowadziły do następujących rezultatów: Rozczyn wodny santoniny, wprowadzony do żołądka, zostaje wessanym w przeciągu bardzo krótkiego czasu; tak, że nie udało się wykazać ani śladu w soku, jako też w ścianach żołądka, gdy mocz zawierał znaczne ilości takowej.

Oleisty roztwór santoniny zostaje wessanym tylko przez kiszki, zaś w żołądku pozostaje bez zmiany.

III) *Własności lecznicze.*

W praktyce lekarskiej santonina znajduje najczęstsze zastosowanie, jako środek czerwiogubny i działanie wtedy tylko bywa uwieńczone skutkiem, gdy czerwie pozostają pewien czas pod *bezpośrednim* wpływem santoniny.

Lecz przypatrzmy się bliżej, czy przy obecnie praktykowanym sposobie podawania, czyni się zadość koniecznym warunkom? Santonina bywa podawaną zazwyczaj w formie proszków, kołaczyków, etc. — w ogóle w formie rozpuszczalnej w żołądku; nie dostaje się więc do kiszki, a przynajmniej w bardzo małej tylko ilości, tak że nie działa bezpośrednio na czer-

wie, których siedliskiem są kiszki. (*Ascaris lumbricoides* znajduje się w kiszce cienkiej, *Trichocephalus dispar*—w kiszce ślepej, *Oxyuris vermicularis*—w okrężnicy i kiszce odchodowej). Jedyne racjonalne sposoby podawania santoniny jest w roztworze oleistym, gdyż w tej formie nie bywa ona wessaną w żołądku, a mało tylko w kiszkach, gdzie pozostaje dłuższy czas w styczności z czerwiami i zabija je, nie powodując przykrych objawów ubocznych, jak ból i zawrót głowy, drżenie, kurcze, widzenie przedmiotów w żółtej barwie, etc.

W końcu autor proponuje następujące formy podawania santoniny, które uznaje za najodpowiedniejsze:

Rp. Santonini 0,2

Ol. cocos 60,0

MDS. 2 — 3-ch łyżek stołowych dziennie.

Rp. Santonini 0,2

Ol. amygdalar. dulc. 60,0

Ol. cinæ aether. gutt IV

MDS. Dwie do trzech łyżek stoł. dziennie.

Rp. Santonini 0,2

Ol. ricini 20,0

Ol. cinæ aether. gutt IV.

MDS. 2 — 3-ch łyżeczek od kawy dziennie.

Rp. Santonini 0,2

Ol. ricini 20,0

Ol. cinæ aether gutt IV

Sacchari albi q. s. ut f. pasta mollis.
MDS. Użyć w ciągu 2 dni.

Rp. Capsul. gelatinos. elast.

Santonini 0,05

Ol. ricini 5,0

Ol. cinæ aether. gutt. I repl. N. IV.
DS. 2—3 kapsulek dziennie.

C. Stiche.

IV. Choroby nerwowe i Psychiatryja.

207. WINTER (Heidelberg). **Przypadek znieczulenia ogólnego.** (*Ueberei-*

nen Fall von allgemeiner Anästhesie (Neurolog, Centralbl. Nr. 1, 1883).

47-letni mężczyzna uderzony został przed 30 laty w okolicę ciemieniową lewą, kamieniem 14-to funtowym, spadającym ze znacznej wysokości. Niebawem wpadł w nieprzytomność; przez 18 dni ciężko bredził.

Powoli powrócił do zdrowia, lecz dłużej jeszcze czas cierpiał na ból głowy, zawroty i wymioty, — jednocześnie począł doznawać różnych zaburzeń uczuciowych. Przed 3 laty w skutek uderzenia stracił oko prawe; poczem wzrok wlewem oku, oraz słuch w prawym uchu także się pogorszyły. W listopadzie 1880 r. badanie obiektywne wykazało: odżywianie ciała dobre; narządy wewnętrzne nie przedstawiają zбочeń; uczucie dotyku na skórze całego ciała, nie wyłączając głowy, absolutnie zniesione. Niemniej uczucie ucisku (Drucksinn), chory nie czuje ciężarów 20-funtowych. — Uczucie ciepłoty również zniesione, woda lodowa oraz woda 60° nie wywołują żadnego wrażenia. Uczucie bólu jest również w wysokim stopniu zmniejszone; — głębokie ukłucia szpilką, chory czuje jedynie na dłoniach i podszwach. Znieczulenie również dotyka błon *śluzowych*; łącznica jest zupełnie nieczułą; rogówka zachowała wrażliwość w nieznanym stopniu. Przewody słuchowe zewnętrzne, błony bębenkowe, błona śluzowa nosa, ust, gardzieli i odbytnicy zupełnie są znieczulone. Zęby zachowały wrażliwość, również błona śluzowa narządu moczopłciowego. Co do *narządu zmysłów*, powonienie i smak zupełnie zniesione; słuch w prawym uchu zupełnie zniesiony, wlewem znacznie przytępiiony. Lewe oko przedstawia spóśrodkowe zwężenie pola widzenia; chory palce liczy w odległości 1 metra; wrażenie światła jest w stosunku do oka zdrowego jak 1:19; soczewka, ciało szkliste i dno oka bez zmian. Co do *odruchów*: odruch kolanowy po obu stronach normalny, inne odruchy ścięgnięte nie istnieją.

Ukłucia podeszwy wywołują prawidłowe odruchy skórne. Przy podrażnieniu nosa tabaką, nie następuje kichanie; również brak odruchu przy łechtaniu błony śluzowej gardzieli (Würgridreflex). Odruch zamknięcia powiek przy dotykaniu łącznicy i rogówki znacznie osłabiony. — Zбочeń dotyczy również czucia mięśniowego (Muskelsinn). Przy zamkniętych oczach chory nie ma pojęcia o położeniu swych członków; można go podnieść, nadawać mu najrozmaitsze położenia, czego chory wcale nie czuje. — Brak też uczucia zmęczenia w mięśniach. Natomiast mięśnie wrażliwe są na bezpośredni mocny ucisk i elektryczne drażnienie. Zaburzeń ruchowych nie ma żadnych. Cały dzień wykonywać może najcięższą robotę. Ruchy twarzy i mowa prawidłowe. Chód prawidłowy, — ani śladu bezładu (ataxia); przy otwartych oczach stoi pewno, przy zamkniętych zatacza się, lecz nie pada — (zaburzenie czucia mięśniowego, oraz czucia podeszew). Chory skarży się na silny ból w tyłogłowi. Głód, pragnienie oraz popęd płciowy zniesione. Stan psychiczny normalny; zauważyć się dało jedynie powolne myślenie, oraz wybitne osłabienie pamięci. W epikryzie autor stara się zrobić rozpoznanie opisanego przypadku i przypuszcza „cierpienie mózgu (obustronne) u podstawy wieńca promienistego (corona radiata), przy wierzchołku ciała soczewicowatego“. Rodzaj cierpienia nie da się bliżej określić.

A. Rosenthal.

208. BALL. **O obłądźcie pijaństwa.**
De la dipsomanie (L'Encephale Nr. 3—1882).

Peryjodyczne, napadowe opilstwo, według Ball'a, jest nerwicą, powstającą bądź dobrowolnie na tle dziedzicznego usposobienia, bądź też w skutek rozmaitych przyczyn. Chorobę cechują przestanki normalnego zdrowia (intervalla lucida), w ciągu których dotknięty tą chorobą jest trzeźwym. Nie są to więc zwyczajni alkoholiczki, lecz mogą z czasem stać się nimi.

Klinicznie, dipsomani (Quartalsäuffer) — przedstawiają zazwyczaj charakter excentryczny, często też psychiczne zboczenia. Napadom towarzyszy uczucie niezadowolenia, niepokoju, strachu, depresji. MAGNAN uważa je przeto za melancholję. Podczas napadu niepoohamowany pociąg do użycia wysoko rozmaicie bywa zaspakajany: jeden wypija wódkę kolońską, drugi spirytus z lampki, inny sam umieszcza się w zakładzie leczniczym, a pomimo to później, przekupuje służbę, aby tylko dostarczyła mu napojów alkoholowych, inny wreszcie oddawszy gospodyni klucz od piwnicy, podczas napadu każe dorobić sobie klucze i t. p.

Przytem niektórzy nie przebiegają w środkach dla uzyskania pieniędzy, nie gardzą szynkiem lub jakimkolwiek towarzystwem, inni okrywają swe czyny tajemnicą. Zamiast alkoholu, niektórzy używają eteru lub chloroformu. Jako powikłanie występuje często pobudzenie płciowe, szczególnie u kobiet, popęd do kradzieży, zabójstwa, nawet samobójstwa.

Prócz dziedziczności, przyczynami bywają: okres połogowy, obfite krwotoki, insolacja, nadwężenie sił, nadużycia, silne wzruszenia psychiczne. Według ESQUIROLA, psychosy peryjodyczne często powikłane są z dipsomanią; paraliż postępowy niekiedy nią się rozpoczyna. Rokowanie jest niepomyślnem, jedynem leżeniem zamknięcie. *A. Rosenthal.*

V. Chirurgija i Oftalmologija.

209. Dr. SONNENBURG. **Wartość terapeutyczna gorsetu gipsowego Sayre'a.** (*Erfahrungen über die Verwerthbarkeit der Sayre'schen Gipsorsets.* — *Ber. klin. Woch. Nr. 3, 8, 9.* 1883).

W artykule tym czytany na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego berlińskiego, autor wypowiada swe zdanie o wartości leczniczej pancerza gipsowego przy skrzywieniach kręgosłupa, oparte na 206 obserwowanych przypadkach, w któ-

rych S. nałożył 600 gorsetów Sayre'a. — Opierając się na tak poważnej liczbie obserwacji, S. twierdzi, iż gorset Sayre'a daje wyborne wyniki przy skoliozie, przeciwnie zaś przy kifozie rezultaty są daleko gorsze, a czasami nawet złe zupełnie; innemi słowy S. twierdzi, że przy zapalnym procesie w trzonach kręgów (który jest najczęstszą przyczyną kifozy), użycie gorsetu Sayre'a, jest przeciwwskazaniem, przy prostych zaś skrzywieniach — bez zapalenia (skoliozy), zastosować go można z wielką korzyścią.

S. przyłącza się do zdania Meyer'a i Schmidta, i twierdzi, iż większość przypadków skoliozy, rozpoczyna się od skrzywienia w okolicy ostatnich grzbietowych i lędźwiowych kręgów, dopiero następnie wytwarza się powyżej skrzywienie w stronę przeciwną, tak, że cały stos kręgowy przybiera formę litery S; mamy więc do czynienia z tak zwaną skoliozą wstępującą (*ascendierende Scoliose*) i w tych to właśnie przypadkach gorset Sayre'a jest najpożyteczniejszy, gdyż unieruchomienie jest zupełnem; jeśli skrzywienie nie jest posunięte zbyt daleko, można oczekiwać kompletnego wyleczenia, jeśli zaś zmiany zbyt są wielkie, wtedy można tylko osiągnąć powstrzymanie w dalszym rozwoju skoliozy. Aparaty, które można zdejmować, nie działają tak skutecznie przy świeżych formach skoliozy, główną bowiem zaletą gorsetu Sayre'a jest to właśnie, że go można nosić całe tygodnie nie zdejmując ani w dzień ani w nocy. Co się tyczy złego wpływu na muskulaturę i odżywianie skóry, jaki przypisywano gorsetowi Sayre'a, to autor nic podobnego nie zauważył, naturalnie zanik mięśni mógłby nastąpić, jeśliby nałożony gorset nie był zdejmowany w przeciągu pół roku lub dłużej, ale tak długie pozostawienie gorsetu na miejscu, byłoby szkodliwem nawet dla samej skoliozy, przeciwnie po upływie 4—6 tygodni, zdjęć go należy i zrobić przerwy przynajmniej jeden tydzień, podczas którego chory powinien

nosić zwyczajny gorsecik ze sprężynami, a odpowiednia gimnastyka (ortopedyczna), pływanie i t. d., skutecznie przyczynić się będą do dzieła wyleczenia rozpozczętego przez gorset; następnie znów się nakłada gorset, dopóki nie dojdziemy do zupełnego wyleczenia, lub do granicy, po za którą już więcej wyprostować skrzywienia nie można (co się zdarza tylko przy zastarzałych formach);—wtedy przechodzimy do użycia aparatów podtrzymujących, jak np. gorsety filcowe, lub zalecane przez autora gorsety z skóry walcowanej, z której gorset przygotowuje się na modelu umyślnie dla każdego pacjenta z drzewa wyrobionym (te ostatnie gorsety są cokolwiek drogie, 50 do 60 marek).

Co się tyczy techniki nakładania gorsetu, autor zaleca zupełnie zaniechać nakładania rodzaju szelek gipsowych na ramiona, gdyż i bez tego gorset dobrze unieruchomia kręgosłup, a szelki ograniczają tylko ruchy i robią noszenie opatrunku niewygodnem. Zaniechać też należy zakładania pomocniczych pętli pod pachy przy nakładaniu gorsetu, gdyż wtedy łopatki układają się nieprawidłowo i opatrunek traci całą wartość. S. używa zwykle do podkładania pomiędzy wystające części szkieletu i gorset zamiast waty—hubkę, która ma tę przewagę, że się nie tak zbija jak wata.

Kifozy pochodzenia zapalnego, jak to już wyżej powiedzieliśmy, autor uważa za przeciwwskazania do nałożenia gorsetu Sayre'a. W jednym przypadku podczas zawieszenia wydarzyła się śmierć w skutek ucisku mlecza i tchawicy przez wielki ropień, a wogóle po nałożeniu gorsetu daleko szybciej powstają ropnie naciekowe. S. radzi w tych przypadkach leczenie za pomocą odpowiedniego ułożenia chorego w łóżku.

Gdy już proces zapalny zupełnie się skończył, wtedy naturalnie można spróbować nałożyć gorset dla poprawienia choć w części lordozy wtórnej.

W dyskusyi, która z powodu tego odczytu powstała w towarzystwie, przyjmowali pokolei udział:

1) KÜSTER — opierając się na 200 obserwowanych przypadkach, odróżnia przede wszystkim 2 formy skoljozy: rachityczną i habitualną.

Podczas gdy w pierwszej pierwotnej skrzywienie, powstaje rzeczywiście w lędźwiowej części kręgosłupa, w drugiej przeciwnie często pierwotnie się zjawia w części grzbietowej. — Pod względem leczenia w świeżych skoljozach habitualnych, gorset filcowy zupełnie wystarcza, inne trzeba leczyć gorsetem Sayre'a.

K. stanowczo jest za nakładaniem gorsetu Sayre'a przy kifozach, żadne inne bowiem leczenie nie daje tak wybitnych rezultatów, jak np.: natychmiastowe zniknięcie paraliżu kończyn, jakie obserwujemy po nałożeniu aparatu Sayre'a.

Złe wyniki zależą od zbyt forsownego wyciągania, sam Sayre, nakładając swoje gorsety zawieszał tylko na tyle chorych, żeby mogli dotykać ziemi końcami palców, zawieszanie trzeba uskutecznić ostrożnie, nigdy przy tem nie używać zbytnej siły.

2) ISRAEL—zgadzając się z Küster'em, bardzo słusznie utrzymuje, iż zadanie, jakie ma wypełnić gorset Sayre'ya przy kifozie jest różne od zadania, jakie ma spełnić przy skoljozie, w pierwszym razie powinien być li tylko aparatem *unieruchamiającym*, w drugim zaś oprócz tego—*wyciągającym*.

W jednym przypadku próchnienia ostatnich kręgów lędźwiowych J., trzymając się przytoczonej wyżej zasady, dodał do gorsetu obrączki gipsowe unieruchamiające biodra, przypadek ten zakończył się pomyślnie.

3) EULENBURG utrzymuje, iż w rachitycznej skoljozie, bardzo często pierwotne skrzywienie powstaje w grzbietowej części kręgosłupa, i przypuszcza, iż te właśnie przypadki dałyby najlepszy rezultat przy leczeniu gorsetem Sayre'a, chociaż

sam leczył je zawsze przez ułożenie w łożku i odpowiednie farmakologiczne i dyjetetyczne środki. E. jest zupełnie przeciwny nakładaniu gorsetu przy kifozie.

4) WOLF zachwala użycie gorsetu ze szkła wodnego, zwykle przygotowuje go naprzód na odlewie gipsowym zdjętym z pacjenta, któremu ma służyć gorset.

5) Nakoniec GÜTTERBOCK na zasadzie swoich spostrzeżeń zachwala użycie gorsetu Sayre'a, przy kifozie zapalnej, a potępia przy skoljocie rachitycznej, utrzymując, iż u tak osłabionych pacjentów, jakimi bywają zwykle dzieci rachityczne, pozbawienie tak znacznego odcinka skóry jej czynności, nie jest też bez znaczenia.

W. H. Krajewski.

210. Prof. H. BRAUN (Heidelberg).— **Przyczyna zaburzeń w krążeniu i innerwacji kończyny po rezeceji kolana.** (*Ueber eine Ursache für Cirkulations und Innervationsstörungen nach der Resection des Kniegelenks.*— *Centr. f. Chir.* Nr. 12, 1883).

Autor oddawna już doszedł do przypuszczenia, iż zaburzenia w krążeniu i innerwacji kończyny, występujące niekiedy po rezeceji kolana, są następstwem ucisku wywartego przez odpiłowane końce kości na naczynia i nerwy podkolanowe. W tych czasach wydarzył się w klinice Heidelbergskiej przypadek, który zupełnie przypuszczenie to potwierdził. — U dziewczyny, 22 lata liczącej, po dokonaniu rezeceji kolana z powodu gonitidis fungosae (przy czem odpiłowano znaczny kawałek kości biodrowej, a tylko stawową powierzchnię piszczeli i połączono obie kości szwem katgutowym), powstały zaburzenia w krążeniu i unerwieniu, polegające na utracie czucia i utrudnieniu przyływu krwi; ponieważ pomimo rozluźnienia opatrunku (Dauerverband Neuber'a) i zastosowania masażu objawy te nie ustąpiły, ponieważ przeciwnie kończyna była biała i zimna, a palce zaczęły przybierać właściwą barwę zgorzelinową;

przeto B. zdecydował się na wykonanie amputacji. Badanie odjętej kończyny wykazało, iż powierzchnia przepiłtu piszczeli, przylegająca do takiejże powierzchni kości biodrowej, a będąca znacznie od niej szerszą, wystaje ku tyłowi na 1,5—1,8 ctm. i, oddzielona od naczyń i nerwów podkolanowych bardzo tylko cienką warstwą części miękkich, wywołała ograniczoną zgorzel przedniej ściany tętnicy podkolanowej, (1,5 ctm. długości, a 3—4 mm. szerokości mającą), z następczym zakrzepem przyściennym, oprócz tego n. tibialis okazał się zupełnie w swjej ciągłości przerwany, a tylko jeden n. peroneus pozostał nie naruszonym. Tak więc bez żadnej kwestyi w danym przypadku, przyczyną zaburzeń była wystająca ku tyłowi część piszczeli, która przez nacisk spowodowała zgorzel. B. podaje rysunek podłużnego przecięcia przez zrosnięte z sobą końce kości biodrowej i piszczeli w 4 tygodnie po dokonaniu rezeceji, z którego się okazuje, iż piszczel wystaje na 2,2 ctm. ku tyłowi;—pomimo to, w tym przypadku zaburzeń w odżywianiu i unerwieniu kończyny nie było, widać więc że potrzeba jeszcze jakichś ubocznych, współdziałających przyczyn, dla pojawienia się zgorzeli. Za takie współdziałające przyczyny, autor uważa: 1) Usunięcie znacznego kawałka kości biodrowej, gdyż wtedy wzrasta dysproporcja między przylegającymi powierzchniami kostnemi. 2) Wycięcie podczas rezeceji błony maziowej, zmniejszające grubość warstwy części miękkich między kością i naczyniami. 3) Nakoniec bardzo ściśle nałożony opatrunek. Główną przyczyną, że się dotąd rzadko spotykano z temi objawami, jest to iż większość rezeceji kolana wykonywa się u dzieci, u których nie ma takiej dysproporcji między powierzchniami przepiłtu biodra i piszczeli.

Środki zaradcze proponowane przez autora: 1) przystosować powierzchnie przepiłtu nie tak, żeby przednie ich brzegi sobie odpowiadały, jak to dotąd czyniono,

leczyć posunąć kość biodrową ku tyłowi i umocować ją na powierzchni przepiłtu pieszczeli za pomocą sztyfta; 2) Zaokrąglić tylny wystający brzeg pieszczeli; 3) Nakładać luźne bardzo opatrunki.

W. H. Krajewski.

211. Dr. ADLER. **Śluzotok łącznicy u noworodków.** (*Wien. Med. Presse Nr 7, 1883*).

A. wykazuje konieczność nowych środków przeciwko śluzotokowi łącznicy u noworodków będącemu najczęstszą przyczyną ślepoty. Jakkolwiek dla stłumienia śluzotoku posiadamy nadzwyczaj skuteczną metodę leczenia, jednakże choroba ta przynajmniej w trzeciej części przyczynia się do zaludnienia instytutu dla ociemniałych. Śluzotok łącznicy istnieje przynajmniej u 5% (5–50%) wszystkich noworodków, a tymczasem w statystykach okulistycznych nie zajmuje on nawet 1% wszystkich chorych ocznych. (Cohn 0,14%, Pagenstecher 0%!), choroba więc ta w ogromnej większości przypadków pozostaje nie leczoną — winą tego jest nieznaną następstw i lekkomyślność ze strony rodziców i akuserek.

Wykazując skuteczność środków zapobiegawczych (antyseptyczne przemywania pochwy u rodzącej i oczu noworodka), autor wspomina o urzędowych instrukcjach wydanych w tym celu w ostatnich czasach i podnosi konieczność gruntownego zbadania kwestyi, jako też obznajomienia publiczności z powstawaniem, przebiegiem i następstwami wyżej wymienionego cierpienia.

Przyp. sprawozd. U nas dotychczas kwestyją śluzotoku noworodków nie zajmowano się prawie zupełnie, — konieczność jednakże podniesienia takowej, istnieje może więcej jak gdziekolwiek indziej; — lekarzowi ordynującemu w lecznicach dla biednych, nadzwyczaj często przynoszą noworodków ze zniszczonymi rogówkami przy śluzotoku łącznicy — na zapytanie dla czego wcześniej do niego się nie zwrócono — otrzymuje zwykle odpowiedź, że aku-

szka uważała to za zbyt cenne, a natomiast zaleciła ciepłe okłady z naparu rumianku.

J. Przybylski.

212. Prof. GAYET. **Statystyka zaćm.** (*Rev. d'ophtal. Novemb. 1882*).

Prof. G. z Lyonu, na kongresie odbytym w Sierpniu w Roszelli (Association française pour l'avancement des sciences) podał szczegóły o liczbie zaćm (cataracta) w 8 departamentach, dostarczających kontyngens chorych do szpitala Hotel Dieu w Lyonie. G. przychodzi do przekonania, że na 1000 mieszkańców przypada 2 zaćmy; bywa i 3 na 1000 mieszk., lecz tylko w okolicy Loary, obfitującej w zakłady szklanne i metalurgiczne.

Stosunek ten między kobietami jest nieco mniejszy: 1,57 na 1000.

Wysoka temperatura przyczynia się bardzo do wytworzenia zaćmy, ztąd jej częstota u robotników w hutach.

Prof. VERNEUIL, w zawiązaniej w skutek tego dyskusji wyraża mniemanie, jakoby zaćma była cierpieniem analogicznym z ateromatycznym zwyrodnieniem tętnic i podaje za jej przyczynę reumatyzm i podagrę. *Piaszczyński.*

VI. Gynekologija i Peditryja.

213. Prof. LUDWIG KLEINWÄCHTER. — **Przyczynę do anatomii i patologii — przedsiönka pochwy.** (*Ein Beitrag zur Anatomie und Pathologie des Vestibulum Vaginae*) *Prager Medicinische Wochenschrift Nr. 9, 1883.*

W artykule tym K. dołącza jedną jeszcze obserwację, do obserwacji ogłoszonych przez SKENA (The Anatomy and Pathology of two important glands of the female urethra. The American Journal of Obstetrics etc. 1880. Vol. XIII p. 265) i KOCKS'A („Ueber die Gartnerschen Gänge beim Weibe“. Archiv für Gynäkologie 1882, Bd. XX p. 487).

Dwaj ostatni autorowie odkryli pierwsi po bokach cewki otworu moczowej u kobiety, dwa otworki, 0,001 m. średnicy mają-

ce, z których każdy prowadzi do kanaliku długiego 0,01—0,02 m., zakończonego ślepo, pojedynczego lub kilkakrotnie się rozgałęziającego. Kanaliki te przebiegają w kierunku cewki moczowej, na zewnątrz jej błony śluzowej, w warstwie mięśniowej.

Otworki odszukują się z łatwością, jeśli forma otworu cewki moczowej, nie została w jakibądź sposób zmieniona, w przeciwnym razie znaleźć je można roztwierając nieco ten ostatni. Według Kocks'a, kanaliki te są pozostałościami przewodów wyprowadzających ciał Wolffa, — zwanych inaczéj kanałami Garthnera. — Kanały te, stale u świń i krów spostrzegane, Skene uważa za kanały wydzielnicze gruczołów głębiej położonych, czego jednak ani Kocks ani Kleinwächter nie potwierdzają, gdyż przy badaniu histologicznem nie znaleźli tkanki właściwej gruczołom. — Okoliczność ostatnia wymaga jednak jeszcze ściślejszego zbadania, tak pod względem histo— jak i embriologicznym. Kanaliki te nic nie mają wspólnego z opisanymi przez Luschkę, Henlego i Hugnier'a wgłębieniami błony śluzowej w téj okolicy często napotykanymi.

Zajęcie kanalików sprawą zapalną, — nie jest bez wartości klinicznej, gdyż działając środkami lekarskimi tylko na błonę śluzową téj okolicy bez wprowadzenia ich do wnętrza kanalików, nie jesteśmy w stanie usunąć uporczywego i częstokroć bardzo dolegliwego cierpienia.

Oto przykład: do Kleinwächtera zgłosiła się 23 letnia panna, od 3 lat cierpiąca na nieznośny pruritus vulvae. Vulva okazała się przekrwioną, obrzękłą i z licznymi śladami zadrażnień paznogciami. Wy-czerpano wszelkie środki, — używane w takich razach — lecz bezowocnie, dla tego téż w końcu Kleinwächter uciekł się do nacięcia hymenu i kauteryzacji nacięć, jak również błony śluzowej rozpaloném żelazem. Po pew-

nym przeciągu czasu vulva powróciła do normalnego stanu, tylko otwór cewki moczowej był obrzmiały, przekrwiony i bardzo bolesny. Wtedy Kleinwächter przypomniawszy sobie artykuł Skene, zbadał wyżéj wzmiankowane kanaliki. Przy wprowadzaniu zgłębnika, miejsca te okazały się najboleńszymi, a przy ucisku kateterem na kanaliki od wnętrza cewki, sączyła się z tych ostatnich ropa. Po zastrzyknięciu nalewki jodowej wewnątrz kanalików nastąpiło radykalne wyleczenie choréj od cierpienia. Podobne przypadki opisują także Kocks i Skene — ten ostatni radzi nawet w uporczywych przypadkach postąpić z kanalikiem jak z fistułą odbytnicy niezupełną, rozciąć kanalik na wewnątrz ku cewce moczowej, a następnie przyżegać rozcięte miejsce jodyną, lub kamieniem piekielnym.

J. Kuniewicz.

214. A. MARTIN. **Sprawozdanie o 410 owarjotomijach.** (*Berl. kl. Woch.* 1883, Nr. 10).

M. dzieli swe przypadki na 3 kategorie: do pierwszej zalicza 6 przypadków, w których operację wykonywał przed wprowadzeniem dzisiejszych, ściśle przeciwnilnych rękoczynów.

Zmarły 3 chore, t. j.: 50%: dwie wskutek zapaści (*collapsus*), jedna skutkiem posocznicy.

2) W drugiej kategorii M. zestawil 46 przypadków, operowanych antyseptycznie, ale bez zachowania przepisów z możliwą dokładnością; mianowicie miejsce operacji nie było specjalnie *ad hoc* przygotowanem, asystujące osoby niedostatecznie spełniły wszystkie zalecane przepisy antyseptyki. Umarło 12 chorych (26,6%). W 22 przypadkach były obszerne zrosty z sąsiednimi narządami. W 4-ch przyczyną śmierci charłactwo, skutkiem złośliwego zwyrodnienia torbieli, w 7-iu posocznica, w jednym — zropienie torbieli.

Do trzeciej grupy zalicza autor 58 przypadków, operowanych przy zachowaniu najściślejszej antyseptyki. Zmarły

tylko 2 chore (jedna wskutek zatoru 13-go dnia po operacji, druga wskutek szybko rozwijającego się raka otrzewnej). U sześciu chorych wycięto też zwyrodniałe jajowody; u 36 znaleziono bardzo obszerne zrosty z kiszkami i z narządami miednicy mniejszej; u 11 zawartość torbieli była ropna, u sześciu—krew i t. d. Pomimo tych powikłań żadna z chorych nie umarła na posocznice.

Wskazania: 1) Na pierwszym planie stoją *nowotwory i zwyrodnienia* jajników. Należy je o ile można najwcześniej operować ze względu na późniejsze niebezpieczeństwo, zagrażające chorą z powodu zrostów.

Złośliwe nowotwory M. operuje wtedy tylko, gdy jeszcze nie nastąpiło zajęcie otrzewnej.

Ze względu na niemożność dokładnego rozpoznania autor zaleca nawet próbną laparotomię, która, będąc aseptycznie wykonaną, jest nieszkodliwą.

2) Drugim wskazaniem do owariotomii są te przypadki, które HEGAR kwalifikuje do t. zw. kastracyi. Z 8 operowanych przez autora chorych jedna (z mięśniakiem macicy) zmarła.

3. Przewlekłe zapalenie jajników (oophoritis chr.). Przy tem cierpieniu jajnik bywa powiększony skutkiem nagromadzenia w nim płynu (surowiczego, ropnego lub krwawego); toż samo jajowód.—Wielu autorów nie aprobeuje tego wskazania dla owariotomii, ponieważ, jak utrzymują, można zapalenie jajnika innemi sposobami uleczyć lub przynajmniej do znośnego stanu doprowadzić. M. jednakże wykonywa owariotomię w tym mianowicie razie, gdy żadne inne środki nie zdołają polepszyć stanu chorą. Wszystkie 18 operowanych wyzdrowiały.

Etiologia: u pięciu chorych stwierdzono rzerzącę, trzy zaś chore (dziewice), doznawały bolesności w okolicy jajników podczas miesiączkowania.

Objawy przy przewlekłym zapaleniu jajników były następujące: chore skarży-

ły się na bóle nieustanne, były niezdolne do pracy, chodzenia lub stania, prócz tego wszystkie bezpłodne.

Rozpoznanie: jajnik umiarkowanie powiększony, nierówny na powierzchni, mało ruchomy, zrosnięty z macicą lub ścianą miednicy mniejszej, podczas miesiązki obrzmiewa jeszcze mocniej i bywa bardzo bolesnym. Około jajnika wyczuwa się jajowód bądź jako kolbkowaty, miękki wałek, bądź też w kształcie małych guziczek (jak sznur pereł). Większą część pacjentek M. badał w narkozie.

Najtrudniej było rozpoznać zrosty z kiszkami.

Technika operacyjna. Pokój do operacji przeznaczony, szorowano kwasem karbolowym i na całą noc mgłą karbolu napełniano. Narzędzia rozżarzano i szorowano w karbolu z piaskiem; gąbki przeznaczano do jednorazowego tylko użytku; wszystkie przybory leżały przez całą noc w karbolu. Poługacze i asystenci kąpali się przed każdą operacją, a ręce myli sokiem cytrynowym. Operację robił M. zawsze wczesnym rankiem.

Cięcie brzuszne można wykonywać tak długie, ile potrzeba wymaga; długość cięcia niema wcale prognostycznego znaczenia. Jeśli guz nie przylega do powłok brzusznych, lub кишки występują naprzód, to się te ostatnie wyciąga z jamy brzusznej zupełnie, za pomocą umaczaną w słabym karbolu chustki i zostawia na zewnątrz do końca operacji.—Ewentracja taka jest zupełnie nieszkodliwą; M. robił ją w 90% przypadków (!). Zawartość torbieli M. wydala za pomocą cięcia, a nie przekłucia; dostanie się pewnej ilości tej zawartości do jamy brzusznej nie zaszkodzi, ponieważ takowa w świeżym stanie łatwo ulega wessaniu. Krwotoki M. tamuje jedwabnemi nitkami; przy dłuższym trwającym krwotoku smaruje powierzchnię krwawiącą półtorochlorkiem żelaza lub olejkiem terpentynowym (czemu nie używa np.: żegadła Pacquelin'a? przyp. Red.).

Przy zeszywaniu rany brzusznej M. zwraca szczególną uwagę na możliwie dokładną adaptację otrzewnej. Opatrunek składa się z wąskiego paska osłonki i z warstwy waty salicylowej, przymocowanej gazowym bandażem.

Każda z operacyj trwała w zwykłych przypadkach 15 minut, w umiarkowanie powikłanych 20—25 minut; 45 minut bardzo rzadko.

Dopóki trwało odbijanie, chore musiały zupełnie pościć; podawano im morfinę w dużych dawkach; mocz odpuszczano cewnikiem. Po ustaniu odbijania dostawały z początku trochę wody łyżeczkami, później kawę, rosół, wino. Piątego dnia dopiero podawano olejek rycynowy, a gdy stolec nastąpił, rozpoczęto systematyczne karmienie chorąg.

Pierwszy opatrunek zmieniał się 8—10 dnia. Chore opuszczały zakład 13—20 dnia po operacji.

Z powikłań w rekonwalescencji, M. widział w przypadkach trzeciej grupy, ropienie w ścianach brzusznych 8 razy, zapalenie dokoła szypuły z wysiękiem—7 razy.

Pacanowski.

215. EMIL PFEIFFER. **Uwagi nad wzrostem i wazaniem ciała ssawców.** (*Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. XIX. 2 Heft.*)

W ostatnich latach próbowano nieraz podnieść do wysokości prawa dla wzrostu ssawców — spostrzeżenie FLEISCHMANN'A, iż ssawcy w końcu piątego miesiąca ważą przecięciowo o 550 grm. więcej od podwójnej ich wagi początkowej, jako też, iż w końcu pierwszego roku, waga ich przewyższa o 900 grm., potrójną wagę początkową.

Według tej formuły starano się oceniać prawidłowość i nieprawidłowość krzywizny wzrostu. Sam FLEISCHMANN dalekim był od uważania tego spostrzeżenia za stałe prawo. Liczne też od niego spotykamy odstępstwa. VIERORDT, zestawiając 38 krzywizn wzrostu zmodyfikował już rezultaty F. Według niego wa-

ga przy końcu 22 tygodnia przewyższa podwójną wagę początkową (koniec pierwszego tygodnia) tylko o 41 grm., a waga przy końcu pierwszego roku jest tylko o 438 grm. wyższą od potrójnej wagi początkowej.

I dla pojedynczych przypadków nie zawsze okazuje się słuszną formuła F.—I tak, autor (E. P.) przytacza krzywiznę wzrostu dziecka, które po urodzeniu ważyło 5000 gramów.— Dziecko to ważyło w końcu 22 tygodnia 9100 grm.: brakowało mu więc do podwójnej wagi 900 grm. Toż samo dziecko, mając 1 rok i 10 dni, ważyło 12790 grm.: brakowało mu więc do potrójnej wagi początkowej 2210 grm. A jednakże nikt dziecka tego—ważącego przy końcu pierwszego roku około 25 funtów, mającego 8 zębów siecznych i 4 trzonowe i wyglądającego prawie na dziecko dwuletnie—nie mógłby uważać za źle odżywione.

Z drugiej strony autor przytacza dokładną krzywiznę wzrostu dziewczynki, urodzonej w 33 tygodniu ciąży i ważącej po urodzeniu 2225 grm. Dziecię to przy końcu 22 tygodnia ważyło 5125 grm., a zatem o 675 grm. więcej od podwójnej wagi początkowej;—w końcu zaś pierwszego roku ważyło 8430 grm., czyli o 1755 grm. więcej od potrójnej wagi początkowej.— Dziecko to, pomimo tak szybkiego wzrostu, było powodem wielu łez swąg matki, widzącej, jak jest wątłe i słabe.

Widocznem jest, że zboczenia od formuły FLEISCHMANN'A, tém są wyraźniejsze, im większa jest różnica wag początkowych. Pierwsze dziecko, według formuły F. musiałyby mieć przy końcu pierwszego roku nadmierną wagę 14100 grm., czyli 28¼ funtów;—natomiast drugie dziecko musiałyby ważyć w tymże czasie tylko 5575 grm., czyli miałyby posiadać zwykłą wagę ssawca zaledwie 3½ miesięcznego.

Daleko odpowiedniejsze otrzymamy rezultaty, jeśli krzywizny wzrostu oceniać będziemy, nie w stosunku do wagi począt-

kowej, lecz jeśli rozpatrzemy *bezwzględnie* cyfry wzrostu, zupełnie niezależnie od wagi początkowej i jeśli według nich wykryśliśmy krzywiznę wzrostu i oznaczymy jej prawidłowość i zboczenia. Sposób ten przyjętym już jest przez BONCHAUD'A i VIERORDT'A. Być może, iż cyfry tych badaczy potrzebują jeszcze poprawy; zasada jednak, według której ułożone są te krzywizny, jest słuszniejszą, albowiem stosuje się do wszystkich przypadków, tak dla dzieci bardzo ciężkich, jak i bardzo lekkich. Formuła F. ma wprawdzie tę dogodność, iż jest bardzo prostą i wymaga spamiętania paru tylko cyfr, z których można szybko i łatwo ocenić prawidłowość lub nieprawidłowość wzrostu ssawca, gdy tymczasem formuła ułożona podług zasady BOUCHAND'A zawiera wiele cyfr, które trudniej zatrzymać w pamięci; ostatnia jednakże więcej odpowiada rzeczywistości i pozwala każdy przypadek należycie ocenić.

Prócz tego zasada formuły Fleischmanowskiej, jest zupełnie niefizjologiczną. Według spostrzeżeń autora, ilość mleka, dostarczanego przez kobietę karmiącą, w ciągu pierwszych 5-u miesięcy wynosi mniej więcej od 1000—1100 grm. pro die.

Ponieważ cyfry te stanowią możliwie wielką ilość wydzieliny piersiowej i nie mogą być przekroczone, przeto przy samém karmieniu piersią, tak ciężkie jak i lekkie dzieci otrzymują pokarm w ilości mniej więcej jednakowej. Z tego wypada, iż nawet dzieci olbrzymie, jeśli zostają na samą tylko piersi, nie mogą przyswajać więcej, jak dzieci średniej wagi, albowiem nie otrzymują więcej materji pokarmowych, a zatem nie mogą wzrastać proporcjonalnie do wagi swego ciała lecz tylko proporcjonalnie do otrzymanej ilości pokarmu. Małe i wątłe dzieci, może tylko nie są w stanie zużyć w zupełności dostarczonego pokarmu i ztąd mniej zyskują na wadze.

Całkiem co innego ma miejsce w drugiej połowie pierwszego roku, gdy ssawcy

dostają oprócz piersi i inne pokarmy, jako też u dzieci sztucznie karmionych.— W tych przypadkach dzieci cięższe, a ztąd i silniejsze, lepiej pokarm przerabiają i więcej przyswajają. Ta ostatnia okoliczność jest powodem, iż wzrost w drugiej połowie pierwszego roku staje się większym, aniżeli to F. podaje.

Autor przytoczył cyfry z własnych 9 tablic wzrostu dzieci, o bardzo różnej wadze początkowej, karmionych najprzód samą piersią, następnie piersią i mlekiem krowiém, lub innymi pokarmami i wyrachował dla każdego miesiąca przecięciowy wzrost dziecka, przy przecięciowej wadze początkowej. Cyfry te opuścić tu możemy. Wspominamy tylko, iż krzywizna z cyfr tych wykreślona zgadza się z krzywizną BONCHAUDA, to jest stanowi od końca pierwszego aż do końca dziesiątego miesiąca łuk bardzo lekki i bardzo do linii prostej zbliżony, z wypukłością do góry. Nie ma tu mowy o *silnej* wypukłości do góry, jaką F. zakreśla dla swojej krzywizny. Dla pierwszego i dla dwóch ostatnich miesięcy, znajdują się przy początku i przy końcu tej krzywizny dwie, równoległe do siebie i płasko przebiegające linie.

Według wspomnianej tablicy autor wyprowadza przeciętną wagę przy końcu piątego miesiąca, jako o 60 gramów mniejszą od podwójnej wagi początkowej, a przy końcu pierwszego roku o 44 gramów mniejszą od potrójnej wagi początkowej. Cyfry te są daleko bliższe cyfr BONCHAUD'A i VIERORDT'A, aniżeli FLEISCHMANNA.

W. Kosmowski.

MISCELLANEA.

216 Dr C. VERAGUTH z Zurichu podaje sposób wykrywania laseczników gruźliczych w preparatach chromowych. Po wyjęciu z płynu Müllera preparaty należy moczyć przez 2—3 dni w płynącej wodzie, a potem stwardnić w wysokoku. Skrawki przed barwieniem zanurza się na 24 godzin w wysokoku bezwodnym, a wtedy dopiero pogrąża się w roztworze fuksyny na 48 godzin.

Odbarwianie w rozcieńczonym kw. saletrzanym trzeba doprowadzać do chwili, gdy skrawki przyjmują brudno-żółtą barwę, a włożone do wody po kilku sekundach odzyskują jeszcze czerwone zabarwienie.

Jeżeli zabarwienie fuksyną nie było zbyt mocnym, to odbarwiania lepiej zupełnie zaniechać.— Barwienie siankiem metylowym, powinno trwać 5—10 minut.

Przy takim postępowaniu skrawki są bardzo mocno zabarwione, dla tego też należy je znów zanurzyć na kilka minut w bezwodnym wysokoku, który szybko unosi nadmiar barwnika. Do sprz. zroczyszczenia używa się ol. gwoździkowy.

Autor utrzymuje, że częste niepowodzenia przy wykrywaniu laseczników zwłaszcza w świeżych preparatach zależą od tego, że nie zawsze używanym bywa właściwy barwnik—którym ma być jedynie zasadowa „Diamant-fuchsin”. Dalej trzeba zwracać uwagę, aby roztwór był świeży i zachowywał zapach oleju anilinowego.

Świeże preparaty powinny przynajmniej dni kilka leżeć w wysokoku. (*Berl. klin. Woch. Nr. 11 1883*).

217 Dr PÉL odczytał na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego petersburskiego rezultaty swych badań nad **gniciem mąki żytniej i wpływem sporyszu na jej gnicie**, wyjaśniające po części ciemną dotąd kwestyję „ergotyzmu”.

Podług P. szkodliwy wpływ takiej mąki zależy od gnilnych alkaloidów (ptomainy), tworzących się z rozkładu peptonu ciał białkowych mąki. Ptomainy znalezione przez P. w mące są zupełnie identyczne z takimiż ciałami powstającymi w trupach, ropie etc. Sporysz, jak to wykazały badania P., posiada znakomite zdolności peptonizacyjne, t. j. w mące zawierającej sporysz, wytwarza się więcej peptonu, a więc i więcej gnilnych alkaloidów.

Gdyby się sprawdziła teoria PÉL'A, wyjaśniło by się dla czego niektórzy experymentatorzy nie otrzymali ergotyzmu u zwierząt, chociaż karmili je ciałami masami sporyszu. (*Med. Wiest. Nr. 8, 1883*).

218 Dr FAUVEL opisuje ciekawy **przykład wędrówki kuli karabinowej**. Fryzyjer D. został raniony w 1870 r. pod Artenay, otwór wejścia kuli znajdował się pod lewem okiem, na wysokości kości licowej, otworu wylotu nie było. Rana się zagoiła i D. wciągu lat dziesięciu uważał się za zupełnie zdrowego. Dopiero w lipcu 1880 roku wystąpiły objawy ze strony krtani, zupełnie podobne do objawów napotykaných przy phthisis laryngea.

F. przy badaniu zauważył w lig. ary-epigloticum sinistrum ciało czarne okrągławe o nierównej powierzchni, które przyjmował albo za ciało obce (kawałek węgla lub trufi), albo za nowotwór włóknia-kowy; właśnie przygotowywał się do usunięcia tego obcego ciała czy też guza, pętlą galvano-kaustyczną, gdy nagle, po silnym napadzie kaszlu, chory wyplu-

wał kulę, stożkowatego kształtu, ważącą 24 grm. Po wydaleniu kuli wszelkie objawy chorobowe ustąpiły. Na przebycie drogi od kości licowej do krtani kula potrzebowała 10 lat i 2 miesiące.

(*Pet. Med. Woch. Nr. 9, 1883*).

219 **Elastyczne zawijanie przy paraphimosis**. O'CONNOR otrzymał dobry rezultat obwijając członek od główki, aż do miejsca zaciśnięcia cienkim bandażem elastycznym, przy czem wywierał dość znaczny ucisk. — Przy odwijaniu bandaża, na-plettek sam nasuwa się na główkę.

(*Brit. med. Jour.—Deutsch. Med. Zeit. Nr. 8, 1883*).

220 Dr STUMPF robił poszukiwania nad **działaniem różnych środków na wydzielanie mleka** i doszedł do następujących rezultatów:

Jodek potasu zmniejsza znacznie ilość wydzielanego mleka.

Alkohol, morfina i preparaty ołowiu, nie wywierają żadnego wpływu.

Kwas salicylowy pobudza gruczoły do szybszego wydzielania.

Pilokarpina nie przyspiesza wydzielania mleka jak to mylnie utrzymywano. Skład chemiczny mleka zmienia się pod wpływem niektórych środków, i tak: przy użyciu wysokoku, powiększa się ilość tłuszczu w mleku; kwas salicylowy wywołuje powiększenie ilości cukru. Co się tyczy przechodzenia środków lekarskich do mleka: jod przechodzi bardzo szybko, szybko też znika po zaprzestaniu poddawania go karmiącej (u trawożernych znika powolniej), lecz ilość jodu zawartego w mleku jest bardzo zmienna, co znakomicie zmniejsza terapeutyczne znaczenie takiego mleka jodowego, Alkohol nie przechodzi do mleka trawożernych; ołów i kwas salicylowy—tylko w minimalnych ilościach, tego ostatniego więcej zawiera mleko kobiety niż samice trawożernych.

(*Deut. Arch. f. klin. med. Bd. str. 201, 1882*).

221 Dr. M. WELSH, podaje następujący **środek przeciw napadom astmy**:

Rp. Fol. Stramonii dr. 10

Natri nitrici dr. 5

Sem. foenicul. 1½ dr. m.

Sacchari albi 2 dr. m.

Fol. stram. i sem. foeniculi trzeba rozetrzeć na proszek nie bardzo mialki, przesiać, i następnie rozetrzeć w móżdziejcu wraz z innymi środkami wchodzącymi w skład przepisu. Trochę proszku zapala się na miseczce i zaleca się choremu wdychać dym. (*Med. Record. 83*).

222 ANDERSON zaleca na zasadzie sześcioletniego doświadczenia dla **pobudzenia wydzielania mleka**, podawać napar z liści rośliny **Gossypium barbadense**, 6 do 8 liści wystarcza na filiżankę naparu, picie osłodzone. (*Med. Chir. Rund. Nr. 1, 1883*).

223 Dr. JOHNSON otrzymał doskonałe rezultaty przy **dyfteryście** i analogicznych cierpieniach gar-

dła i krtani stosując mieszaninę „kalii jodati cum kalii chlorico“. Przepis brzmi jak następuje:

Rp. kalii jodati—
Kalii chlor. aa 4,00
Aq. dest. 120,0.

MDS. Skłóciwszy — podawać co godzina dzieciom mniej niż 5 lat mającym po łyżeczce od kawy, starszym po łyżce deserowej, mającym więcej niż 10 lat wieku po łyżce stołowej. J. twierdzi, iż działanie tego środka jest tak pewne, jak działanie chininy przy malarii (!)

224 Dr MAGLLIERI znalazł, iż we wszystkich formach malarii, nawet przy „Febris intermittens perniciosas“, gdzie chinina okazuje się bezskuteczną doskonale działa **odwar ze świeżych cytryn**.

(Med. Chir. Rund. Febr. 1883).

225 Dr NYDE z Filadelfii podaje następującą **mieszanie dla wygubienia brodawek** (verrucae).

Rp. Extracti Cannabis indicae 0,6 grm.
Acidi salicylici 1,2 grm.
Collodii elastici 32 grm.

MDS. Smarować codziennie pędzelkiem.

(Gaz. Med de Paris Nr. 6, 1883)

226 BEVERLY-ROBINSON z New-Yorku podaje następującą formułę na **proszek** do zażywania podczas **ostrego** kataru:

Rp. Morphii sulph. 0,06 grm.
Magisterii Bismuth: 12 grm.
Gummi arab. pulv. 4 grm.
MDS. zażywać jak tabakę.

227 Pr. BUTLEROW ostrzega przed **użyciem** dzieciennych **grzebyków z celluloidu**. Celluloid jest mieszaniną masy wybuchowej (pyroksylin, nitrocellulos, fulmikoton) z kamforą, zapala się bardzo łatwo i gora nadzwyczaj szybko. B przytacza przypadek oparzenia 4-letniej dziewczynki w skutek zapalenia się takiego grzebyka z celluloidu.

(Med. Wiestn. Nr. 8, 1883)

228 W Wiedniu u kobiety używającej z przepisu lekarza naparu z **radix Bardanae** wystąpiły **objawy** otrucia **belladoną**. Prof. VOGEL wykrył w ziólkach znaczną ilość drobno pokrajanych korzeni Belladonny. — Rewizya u aptekarza, który ziółka dostarczył, jak również u drogistów wiedeńskich wykryła znaczną ilość korzeni Belladony zmieszana z radix Bardanae — ponieważ były drobno pokrajane trudno więc było wykryć zafalszowanie. — W takiej już formie otrzymują drogiści radix Bardanae od agentów skupujących go w okolicy Sassin'a w Węgrzech. Wykrycie to wywołało ze strony urzędu lekarskiego wiedeńskiego rozporządzenie zniszczenia całego znajdującego się u drogistów wiedeńskich zapasu radicis Bardanae. Oprócz tego urząd wiedeński zalecił aby drogiści sprzedawali aptekarzom wszelkie materyjały roślinne tylko całe, a nie posiekane.

(Wien. Med. Woch. Nr. 7, 1883).

229 W Towarzystwie higienicznym londyńskim wystawiono do obejrzenia **ubranie dla ludzi stykających się z chorymi zaraźliwymi**, uszyte z lakierowanego od zewnątrz i wewnątrz makintoshu. Tylko twarz i dlonie pozostają odkrytymi, do ust przykładają się respirator. Podobno strój taki nie zaraża ubrania, w którym lekarz lub krewni odwieżdają chorych.

(Med. Times Nr. 6, 1882).

230 Fabrykant ANCELIN w Paryżu wynalazł **nowe** piecyki, różnej wielkości, których używać można w szpitalach, magazynach i karetach. Hermeticznie zamknięty kocioł (piecyk), zawierający octan sodu, ogrzewa się w przeciągu 5—35 minut w ciepłej wodzie—wyjęty z wody zatrzymuje przez kilka godzin ciepło.

231 **Wozy ambulansowe** w New-Yorku.—Wóz taki zawiera brankar dla umieszczenia rannego, przedmioty opatrunkowe i siedzenie dla lekarza i woźnicy; jest zawsze gotów do drogi.— Amerykanie mają za punkt honoru, aby powóz taki przybył jaknajspieszniej na miejscu wypadku. Dla tego też wozy stoją w stajni zupełnie przygotowane; nad dyszlem wisi uczeplona do sufitu uprzęż na konie, do obsługi każdego wozu są przeznaczone 2 konie doskonale wytresowane; podczas gdy jeden stoi przy żłobie; drugi odwrócony tyłem do żłobu oczekuje sygnału, po daniu którego, odwiązują go od kółka, a koń natychmiast sam udaje się do odpowiedniego wozu i staje na miejscu, wtędy spada uprzęż na konia i w kilka minut wszystko już jest gotowe do drogi. Dzień i noc czuwają w stajni urzędnicy przy drutach telegraficznych, idących z rozmaitych dzielnic miasta;—za pociśnięciem odpowiedniego guzika na mieście, w stajni rozlega się odgłos dzwonu i oznaczoną jest część miasta, w której potrzebuje pomocy, jednocześnie zawiadamiany jest lekarz dyżurny szpitala.

(Un. med. Nr. 26, 1883).

Wiadomości bieżące.

— **Tow. lek. warsz.** Posiedzenie kliniczne 3 marca r. b. Dr SZOKAŁSKI w imieniu Zarządu zapropozował wybór na członków korespondentów 3-ch lekarzy z Piotrkowa D-rów Mianowskiego, Rontala i Wygrywalskiego, którzy uproszeni zostali do administrowania domem, zapisanym przez D-ra Chwieskowskiego.

Prof. HOYER demonstrował preparaty bakterji karbunkulowych; krew z człowieka, zakażonego karbunkulem, zaszczepioną została śwince morskiej, która zdechła na 3 dzień. Najwyraźniej widać bakteryje na preparacie nerki, kłębki Malpighiego są zupełnie niemi zatkanie; toż samo i w naczyniach innych narządów (płuca, wątroba). Tak piękne preparaty prof. H. otrzymał dzięki anilinowym barwnikom; stosował on bądź pojedyncze, bądź podwójne barwienie.

Prelegent utrzymuje, iż bakteryje karbunkułowe nie powodują znaczniejszych zmian w samych tkankach; grają one przeważnie rolę ciał obcych w naczyniach, utrudniając prawidłowe krążenie. Zupełnie odwrotnie zachowują się bakteryje gruźlicze, napotyamy je bowiem właśnie w tkankach i to w mniejszej daleko ilości, niż karbunkułowe.

W końcu prelegent podaje kilka wskazówek technicznych, jak przygotowywać preparaty do badania

Narządy zaraz po wyjęciu należy natychmiast wkładać do alkoholu. Co się tyczy płynów, jak np. ropa, krew, płwocina, to puściwszy małą kropelkę na szkiełko przedmiotowe, wysusza się ją na powietrzu, a nie nad lampą, następnie po wysuszeniu puszcza się na to kropkę alkoholowego roztworu barwnika anilinowego; po kwadransie preparat opłukuje się wodą i znowu suszy na powietrzu. Taki preparat można już utrwalić w damarze i pokryć szkiełkiem.

Kol. ORŁOWSKI opowiedział historję choroby pacjenta, od którego prof. H., wziął krew do szczepienia bakteryj karbunkułowych; chory ten oprawił wieprza, następnego dnia zjadł żeń mięso i zaraz zachorował, a w dwa dni później umarł.

Kol. MATZEL czyta sprawozdanie z dwóch posiedzeń komitetu sanitarnego, oraz projekt kol. Przewoskiego, dotyczący przepisów dla rodziców i przełożonych szkół co do zachowania się w razie wybuchu między uczniami stopień przyznano.

— **Doktoryzacja** Dnia 1 kwietnia Ludwik Wolberg bronił rozprawy p. t. „Badania krytyczne i doświadczalne nad zsywaniem i regeneracją nerwów”. Oponentami z urzędu byli: prof. Kosiński i Jefremowski, oprócz nich zabierali głos docent prywatny Pasternackij i Dr Neugebauer.

Doktorantowi stopień przyznano.

— **Słownika lekarzy polskich**, wydawanego przez D-ra Kościńskiego, bibliotekarza tow. lek., wyszedł zeszyt pierwszy i obejmuje litery A—H.

— Dnia 1 lutego w Moskwie przy Miasnickim oddziale szpitala dla wyrobników otworzono pierwszą **szkołę dla akuserek**, w celu wyuczenia tych ostatnich rozpoznawania i leczenia chorób wenerycznych u kobiet i dzieci. (*Med. Wiest. Nr. 7, 1883.*)

— **Kolegom**, którzy zamierzają odwiedzić mającą się wkrótce otworzyć wystawę higieniczną w Berlinie, przypominamy, iż przy berlińskiej poliklinice otworzono kursa kliniczne ze wszystkich gałęzi medycyny. Kursa te rozpoczynają się każdego 1-go dnia miesiąca i trwają 1 miesiąc.

Berlińska poliklinika znajduje się naprzeciw Szpitala Charite Louisen Strasse Nr 51.

— Na mającej się odbyć w roku bieżącym wy-

stawie międzynarodowej w Amsterdamie, otworzonym będzie specjalny oddział lekarski, którego zadanie polegać ma na bliższem poznaniu stanu sanitarnego i lekarskiego w koloniach zamorskich.

Oddział lekarski składać się będzie z 5 sekcyj: w pierwszej znajdzie pomieszczenie wszystko, co się odnosi do higieny publicznej w koloniach; druga zajmie się organizacją służby lekarskiej w rozmaitych koloniach; trzecia sekcya da poznać sposób udzielania pomocy chorym i rannym.

(*Gaz. hebdom. Nr. 3, 1883.*)

— Podczas semestru zimowego 1882/83 na **uniwersytet wiedeński** uczęszczało ogółem 4010 słuchaczy (w przeszłym roku 4246), z tych na wydział medyczny zapisało się 1750 (w przeszłym roku 1412).

(*Wien. Med. Pr. Nr. 3, 1883.*)

— **Liczba słuchaczy** medycyny w **Wielkiej Brytanii** wynosiła w 1882 roku ogółem 2073, a mianowicie w Anglii 1064, w Szkocji 585 i w Irlandyi 424 słuchaczy.

(*St. Pet. Med. Woch. Nr. 7, 1883.*)

— **Służba lekarska nocna w Paryżu**. Dotychczas lekarze i akuszerki otrzymywali za wizytę nocną jakiegokolwiek natury po 10 fr.; obecnie rada municypalna postanowiła takse 20 fr. za czynność akuszerską.

(*Gaz. de Paris Nr. 14, 1883.*)

— Dr. NAGLE podał **statystykę samobójstw w New-Yorku**, od 1804 do 1880 roku. Roczna liczba samobójstw była bardzo zmienna, i tak: w r. 1805 przypadło 1 samobójstwo na 3017 mieszkańców, a w roku 1864 było najmniej samobójstw, gdyż przypadało jedno samobójstwo na 23,827 mieszkańców.

W ciągu 11 lat, t. j.: od stycznia 1870 r., do grudnia 1880, było w New-Yorku ogółem 1521 samobójstw (1193 mężczyzn i 328 kobiet), prawie wyłącznie dotyczą one biatych, między murzynami wydarzyły się tylko 3 samobójstwa (2 męż. i kobieta).— Stosunkowo często odbierały sobie życie dzieci. Najstarszy samobójca liczył 91 lat i 4 miesiące.

Najczęściej użyto dla odebrania sobie życia trucizny, dalej idąc: broń palna, powieszenie, broń sieczna i utopienie.

Na 100,000 emigrantów, przypada 115 samobójstw, a na 100,000 mieszkańców urodzonych w New-Yorku tylko 16. (*Progrés. Med. Nr. 13, 1883.*)

Nekrologija.

— Prof. KAROL LASEGUE umarł w Paryżu, dnia 22 marca r. b.