

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija ogólna.

313 KÖNIG. *Bacillus tuberculosis* i poszukiwania kliniczne. — *Tuberkel bacillus und klinische Forschung.* (*Centr. f. Chir. N. 22, 1883*).

Prof. König, znany z licznych prac o gruźlicy stawów i kości, który wraz z Volkmann'em dowodnie wykazał istnienie gruźlicy kości i związek jej z gruźlicą ogólną, zachował dotąd milczenie w obec znakomitego odkrycia Koch'a. — Dopiero w ostatnim numerze „Centralblatt'u” prof. K. wygłasza swe zdanie w tym względzie i określa stanowisko jakie badacze kliniczni w obec tego odkrycia zająć powinni. Uznając całą ważność tego artykułu przytaczamy go prawie że w dosłownym tłumaczeniu.

Zaznaczywszy, jak niewiele lat jeszcze przeszło od chwili, w której przypuszczenie, iż gruźlica jest chorobą zakaźną, prawdopodobnie natury pasorzytowej, wywoływała uśmiech niedowierzania, — jak liczne posypały się zaprzeczenia zdaniu Volkmann'a i Koenig'a, iż to co dawniej uważano za tumor albus, jest niczem innym jak gruźlicą stawów, — autor stwierdza, że odkrycie Kocha całkiem postać rzeczy zmieniło.

Dotychczasowi przeciwnicy zakaźnego pochodzenia gruźlicy stali się bezwarunkowymi sprzymierzeńcami tej teorii. Wszelka wątpliwość, czy suchoty płucne są pochodzenia gruźliczego, czy gruczoły zółzowe są gruźlicze, czy tumor albus jest gruźlicą stawów, znikła z chwilą pojawienia się prac Kocha o bacillus tuberculosis.

Wpływ ten, jaki odkrycie Kocha wy-

warło na pojęcia o gruźlicy, mówi dalej prof. K., należy uważać za największą korzyść, jaką w danej chwili przyniósł ten wynalazek.

Ogólne i bezwarunkowe przyznanie bacillus tuberculosis ustaliło grunt dla wspólnej pracy.

Jeśli jednak zostawiając na boku korzyść czysto teoretyczną, będącą niezaprzeczeniem nieocenioną zdobyczą na drodze rozwoju nauki o gruźlicy, zapytamy się jakie praktyczne korzyści odniesiemy z odkrycia Kocha, to musimy przyznać, że nie będą one tak wielkie. Z wyjątkiem znaczenia bacyllów dla wyjaśnienia rozpoznania w niejasnych przypadkach chorób płuc, nie możemy się spodziewać, aby nas one doprowadziły do ważnych rezultatów na polu klinicznego badania choroby, ani też jej terapii.

Stwierdzenie istnienia bacyllów, podług prof. K., jest zupełnie zbytecznym dla rozpoznania gruźlicy, przynajmniej tej jej części, która jest dostępna dla chirurga, źle by było gdyby chirurg nie umiał z ogólnego obrazu choroby zrobić rozpoznania z taką pewnością, iżby niepotrzeba było szukać bacyllów. Z drugiej strony wykazanie obecności bacyllów w połączeniu z doświadczeniami na zwierzętach, jest w stanie rozstrzygnąć istniejące wątpliwości, stosuje się to szczególnie do ciemnych przypadków gruźlicy organów moczopłciowych.

Jeśliśmy jednak myśleli, iż z odkrycia Kocha wynikną wielkie korzyści w poznaniu historii samej choroby i jej leczeniu, i jeśliśmy polegając na tem przypuszczeniu, opuścili drogę klinicznych badań i doświadczeń terapeutycznych, po-

której dotychczas postępujemy, było by to tak szkodliwym dla kwestyi rozświetlenia naszych pojęć o gruźlicy i jej leczeniu, iż odkrycie bacyllów gruźliczych trzeba by w takim razie uważać za krok wsteczny na drodze postępu.

Tylko badanie choroby u ludzi i doświadczenia na zwierzętach mogą nasze wiadomości naprzód posunąć.

Warunki życiowe bacyllów gruźliczych, powinny być badane na ciele ludzkim. Lecz i w tym kierunku trzeba się strzedz od jednostronności. Tak samo jak z obserwacyj nad gruźlicą skóry i gruczołów nie można sobie wytworzyć dokładnego obrazu choroby, tak też do niczego nie dojdziemy, jeśli się zwrócimy jedynie do gruźlicy płuc i do tak zwanych suchot płucnych.

W tym ostatnim razie otrzymalibyśmy cały szereg mylnych wniosków już ztąd, iż przy suchotach płucnych, obok zakażenia gruźliczego, istnieje zakażenie septyczne, które czystość obrazu chorobnego zaciera.

Toż samo da się powiedzieć o wszystkich procesach gruźliczej natury, w których doszło do naruszenia pokryw zewnętrznych, gdzie się potworzyły otwarte wrzody. Tak zwaną gorączkę gruźliczą autorów, należy całkiem na karb infekcyi septycznej położyć.

Najważniejsza dla ludzkości kwestyja rozprzestrzeniania się choroby i sposobów jej leczenia może być też rozwiązana tylko drogą badań klinicznych i doświadczeń na zwierzętach. W tym kierunku chirurgowie dużo już pracowali, szkoda tylko, że dotąd prawie wyłącznie z ujemnym rezultatem. Jeszcze przed odkryciem Kocha wiedzieliśmy, iż jad gruźliczy nie ulega wpływowi zwykłych środków przeciwnilnych, nie sprawdziły się entuzjastyczne nadzieje Huter'a, przypuszczającego, że kilka kropel mocnego roztworu kwasu karbolowego wystarczy dla uleczenia gonitiditis tuberculosae, toż samo stosuje się do jodoformu, nie wyka-

zano bowiem dowodnie, czy zadziwiająco dobry wpływ jaki wywiera jodoform po usunięciu gniazd gruźliczych rzeczywiście za specyficzny uważać należy.

Obecnie chirurgia może liczyć tylko na jedno, a mianowicie: że doszczętne usunięcie tkanek uległych gruźlicy, czy to za pomocą noża, czy też ostrzej łyżeczki, środków żrących lub rozpalonego żelaza, miejscowo chorobę stłumia.

Tak więc odkrycie bacyllów gruźliczych stworzyło wspólny grunt dla pracy klinicznej. Dopiero jeśli z nowymi siłami zabierzem się wspólnie do pracy, możemy mieć nadzieję, iż ludzkość osiągnie prawdziwe korzyści z ważnego odkrycia Kocha.

W. H. Krajewski.

II. Medycyna wewnętrzna.

314. Th. ESCHERICH. **Zakrzep zatok mózgowych uwiądowy.** (*Die merantische Sinus thrombose*), przy choleryze dziecięcej—(*cholera infantum*). (*Jahrb. f. Kinderheil. etc. XIX B. 3 Heft*).

Zakrzep zatok mózgowych uwiądowy u dzieci, w porównaniu z lepiej znanym i wystudjowanym zakrzepem traumatycznym, nie zwracał na siebie tej uwagi, na jaką zasługuje. Historia interesującego tego o brazu chorobowego zaczyna się dopiero od 1857 r., w którym Gerhardt opisał dokładnie jego objawy i zarazem podał ich wyjaśnienie. Literatura, odnosząca się do tego przedmiotu, jest bardzo ograniczona. Do prac, podanych w wielkim wykładzie zbiorowym chorób dziecięcych Gerhardta w tomie IV, można tylko dodać jeszcze pracę Vormann'a, podaną w „*Medicinische Wochenschrift*”, o jednym wypadku wyleczonego zakrzepu zatoki mózgowej. Z wypadków dokładnie opisanych, wraz z podaniem historii choroby i badania pośmiertnego, autor niniejszej pracy, mógł znaleźć tylko sześć wypadków—i dla tego ogłoszenie jego artykułu wraz z opisem rozpoznanego za ży-

cia zakrzepu zatok mózgowych uważamy za pożyteczne i interesujące.

Historia choroby przedstawia się w sposób następujący. Pacjent Aloizy St., wieku 7 tygodni, przyjęty został do oddziału dzieciennego szpitala w Würzburgu w dniu 15. VI. 82 r. Ojciec ma lat 26, zdrów. Matka cierpiała podobno na serce, zmarła w czasie połogu. Poród był prawidłowy. Pacjent był przy piersi tylko przez dni 4, następnie dostawał mleko krowie, kleik i t. p. Od urodzenia miewał rozwolnienie i wymioty. Chłopiec jest na swój wiek mało rozwinięty, kości czaszkowe miękkie, ciemiężka otwarta, nie zapadnięta. Łącznica i błona śluzowa podniebienia blada, język pokryty pleśniawkami. Klatka piersiowa zbudowana prawidłowo, uderzenie wierzchołka serca w piątym odstępku międzybrowym. Serce i płuca prawidłowe. Stłumienie wątroby nieco mniejsze, śledziona nie powiększona. Brzuch lekko wzdęty, miękki, na ucisk nie wrażliwy. Tętno pełne, czyste, 120 uderzeń. Oddychanie jednostajne, nie przyspieszone, ciepłota 36,7, waga ciała 3,2 kg. Stolce silnie wodniste i wymioty. Zalecono Acid. tann. 0,5 : 100, pędzłowanie ust Natr. bic.

18. VI. Od wczoraj biegunka się nieco zmniejszyła, wymioty już nie występują. Ciepłota rano 39,7, wieczorem 39,5, tętno 160.

21. VI. Biegunka silna, bez wymiotów, pokład pleśniawek silniejszy. Ciepłota nieco niższa, rano 38,7, wieczorem 37,5.

24. VI. Ciepłota rano 39,9, wieczorem 38,2.

28. VI. Ciemiężko zaczyna zapadać, oddech się przyspiesza, dziecko słabnie coraz więcej. Waga ciała ta sama 3,2 kgr. Ciepłota rano 40,2, wieczorem 39,5.

1. VII. Ciemiężko mocno zapadłe, kości czaszki zachodzą na siebie, kość czołowa zachodzi pod brzegi kości ciemieniowych. Dziś w nocy 3 razy wymioty, biegunka silniejsza 9—10 razy. Ciepłota 38,8, wieczorem 39,2.

2. VII. Dziecko leży w stanie komatycznym z oczami na wpół otwartymi. Wymioty i rozwolnienie trwają dalej. Ciepłota r. 40,2, wieczorem 36,2, Zalecono lawatywę.

3. VII. Lawatywa zaraz odeszła, 2 razy wymioty, silna biegunka. W nocy dozorczyńni obserwowała 2 napady drganek. Żrenice wielkości łepka od szpilki. Badanie oftalmoskopem (prof. Michel), możliwe dopiero po wpuśczeniu atropiny, wykazało po obu stronach stan prawidłowy dna oczów. Ciepłota r. 39,2, w. 39,6.

4. VII. Oddech bardzo przyspieszony, po stronie prawej od przodu wciągnięcie wdechowe. Żyła szyjowa lewa zewnętrzna (v. jugularis externa) nieco zdaje się więcej wypełniona od prawej. Dziecko przyjmuje tylko trochę wina; coma przerywana od

czasu do czasu przez kloniczne ruchy gątek; zetu nie widać. Ciepłota r. 39,7, w. 39,7 tętno 156.

5 VII. Od wczorajszego wieczora nie ma już stolca; spiączka się powiększa; nieco przykurczenia mięśni karku; nierówne wypełnienie żył szyjowych znikło. W bardzo krótkich przerwach jużto dobrowolnie, jużto przy dotykaniu jużtż przy podnoszeniu dziecka występują drgawki górnych kończyn, szczególnie lewej, i nystagmus, następnie stan spiączki. Żrenice są szerokie, po stronie lewej wcale, po prawej nie wiele oddziałują na światło (działanie atropiny). Około godziny 11 rano przedsiębrane badanie oftalmoskopem dało rezultaty ujemne. Ciepłota r. 39,4, tętno 136. Popołudniu około godziny 3 przy opadnięciu ciepłoty i niewyczuwalnym tętnie promieniowem nastąpiła śmierć.

Rozpoznanie kliniczne: Cholera infantum. Sinus-thrombosis.

Badanie pośmiertne zrobił w 19 godzin po śmierci prof. Rindfleisch d. 6. VII. Oto rezultat.

Umiarkowany stopień stężenia pośmiertnego trupa mocno wychudzony.

Zatoka podłużna (sinus longitudinalis) wypełniona krwią płynną. Przy wyjęciu mózgu wydobywa się już przed otwarciem komórek bocznych obfity płyn jasny, który zbiera się także w tylnych jamach czaszkowych. Po stronie lewej przy wejściu bocznych żył mózgowych do zatoki podłużnej znajdują się 3 dłuższe skrzepy krwi, które skutkiem twardości dają się z żył wyciągnąć. Po stronie prawej podobne skrzepy w mniejszym stopniu. Mniejsze te zakrzepy przechodzą w jeden wielki zakrzep, który wypełnia całą zatokę poprzeczną, posiada barwę ciemno-czerwoną i charakter zakrzepu dawniejszego. Kończy się on po stronie lewej w części wstępującej zatoki poprzecznej, a po stronie prawej nie idzie tak daleko.

Komórki boczne rozszerzone przez płyn w nich zebrany, substancja mózgowa przedstawia się ciemniej od korowej. Konsystencja mózgu, szczególnie opuszki mózgowej (bulbus cebra) widocznie wzmocniona.

Kiszki w całej długości mocno gazami wypełnione, blade, przeświecające, nie przedstawiają wyraźniejszych zmian. Gruczoły kiszki zabarwienia białego, nieco powiększone. W kiszkiach cienkich znajduje się płyn rzadki, żółty, pomieszany z obfitymi kłaczkami serowymi. Zawartość takasama znajduje się w całej długości kiszki. Kiszki niewiernie małokrweste, w żyłach nie ma kropli krwi. Wyraźne ztłuszczenie nabłonków, torebki samotne w kiszkiach grubych obrzmiałe. W ileum nie ma obrzmienia gruczołów limfatycznych, w dwunastnicy fady Kerkringa słabo rozwinięte.

Śledziona mała, twarda, barwy brunatnej.

Wątroba mocno ku tyłowi i ku górze wciągnięta.

ta, tak iż brzeg jęj przechodzi ponad brzegiem żebrowym.

W żołądku znajduje się lekki osad pleśniawek w okolicy dna żołądka.

Prawe płuco przedstawia miejsca atelektatyczne.

Opłucna nie przedstawia nic szczególnego. —

W innych organach nie spotyka się nic ważnego.

Badanie pośmiertne potwierdziło tu więc rozpoznanie kliniczne i wykazało obok objawów cholery dziecięcej typowy obraz zakrzepu zatok mózgowych po poprzedniej utracie płynów, czyli tak zwany zakrzep uwiądowy.

Szczególny interes w tym wypadku przedstawia bardzo wysoka ciepłota, wahająca się przez całą chorobę między 38° i 40° i często wyższa rano jak wieczorem (p. 2 VII). Ponieważ autor podobne zachowanie się ciepłoty ciała obserwował w kilku innych wypadkach cholery dziecięcej, przeto fakt ten, dotąd nigdzie jeszcze nie uwzględniony, zasługuje na szczególną uwagę i zbadanie, szczególnie dla rozpoznania różniczkowego od tyfusu.

Podobnie szczególnym jest zachowanie się wagi ciała, która wbrew mniemaniu Parrot, mimo wysokiej gorączki zachowywała się jednakowa, przynajmniej w pierwszych ośmiu dniach.

Odnosnie mało dotychczas poznanych danych zasługuje także na wspomnienie ujemny rezultat powtarzanego badania oftalmoskopowego.

Wydatne były tutaj szczególnie objawy drgawkowe. Widziano oprócz nystagmus i kurczu karkowego, także drgawki kloniczne górnych kończyn, szczególnie lewej.

Na szczególną jednak uwagę zasługują tutaj objawy spostrzegane ze strony żył szyjowych. Pierwszą zmianę spostrzeżono w nich w d. 4—VII, rano. Pokazało się wyraźnie, ale tylko przy specjalnie skierowanej uwadze w tym kierunku, mniejsze wypełnienie prawej, większe zaś nieco lewej żyły szyjowej. Fakt ten obserwowano w ciągu 32 godzin, następnie powróciło mniejsze, lecz po obu stronach jednakowe, wypełnienie żył szyjo-

wych. Naturalnie, nieprawidłowo mały stopień wypełnienia mógł być skonstatowany tylko w porównaniu ze znanym już poprzednio stanem prawidłowym.

Fakt ten o tyle jest ważnym, iż w wypadkach dotychczas opisanych objaw nierówności wypełnienia żył szyjowych (rozstrzygający rozpoznanie), pozostawał zawsze wyraźnym, aż do śmierci i pozwalał wnosić o egzystencji i siedlisku zakrzepu. W jednym tylko wypadku Gerhardta widziano ku końcowi podobne zniknięcie tego objawu, razem z wypukleniem poprzednio zapadłego ciemiączka. Badanie pośmiertne, podobnie jak w tym wypadku, wykazało zakrzep zatoki podłużnej i prawej, jakoteż części początkowej obu zatok poprzecznych, obok wielkiego wynaczynienia w prawej półkuli. I w tym wypadku miało miejsce mniejsze wypełnienie prawej żyły szyjowej zewnętrznej.

Ponieważ z zachowania się żył szyjowych zewnętrznych możemy wyciągać bezpośredni wniosek co do stopnia wypełnienia żył szyjowych wewnętrznych, usuniętych z pod naszej obserwacji, — przeto w obu wypadkach spostrzegane słabsze wypełnienie żyły szyjowej prawej dowodzi przeszkody w odpływie krwi z prawej połowy czaszki, to jest, dowodzi odosobnionego zakrzepu zatoki poprzecznej prawej przy mniej więcej otwartej zatoce podłużnej i zatoce poprzecznej lewej. Ponieważ o wydaleniu zakrzepu lub o innym przywróceniu poprzednich stosunków cyrkulacyjnych, możemy myśleć w wypadkach niezmiernie rzadkich, — przeto występujące po dłuższym trwaniu powyższego objawu, jednakowe po obu stronach i słabsze wypełnienie żył szyjowych pozwala nam wnosić z wielką pewnością o rozszerzeniu się zakrzepu, początkowo jednostronnego na zatokę podłużną i poprzeczną lewą.

Podobny sposób powstawania odpowiada nie tylko objawom niewątpliwie obserwowanym i badaniu pośmiertnemu, ale także i pojęciom, jakie sobie wyrabia-

my o tworzeniu się i rozszerzaniu zakrzepu. Z jakiegoś ogniska zakrzepowego, powstałego skutkiem przyczyn miejscowych w zatoce poprzecznej prawej, robi się następnie, przez układanie się nowych warstw, całkowita obstrukcja poprzecznego kanału krwionośnego i mniej lub więcej szybko w kierunku przeciwnym strumieniowi krwi obstrukcja także zatoki podłużnej górnej. W wielu wypadkach zdarza się, iż czopek zakrzepowy sterczący w ujściu lewej zatoki poprzecznej doprowadzi także do wytworzenia się w niej w wiadomy sposób zakrzepu — i tym sposobem będziemy mieli wówczas zakrzep w zatoce podłużnej środkowej i po obu stronach odchodzące od niego zakrzepy symetryczne.

Uwagi te dają sposobność do zestawienia opisanych dotąd wypadków zakrzepu zatok przy cholerycznej — odnośnie siedliska i rozmiarów zakrzepu.

Na 8 wypadków zamkniętą została:

Sin. long. sup. (sama) — — 0
„ „ „ „ „ sin. 0
„ „ „ „ „ z obiema transv. 2
„ „ „ „ „ w zupełności — — 6
„ transvers. dext. — — — 7
„ „ „ sin. — — — 3
Obie sin. transver: — — — 3
Sin petr. inf. — — — — 7
„ cavernos. — — — — 7

Tabela ta wskazuje wyraźną przewagę zatoki poprzecznej prawej, co właśnie jest charakterystycznym dla uwiądowych zakrzepów zatokowych u dzieci. Znajdujemy zakrzep w sin. transv. dexter + sin. long. sup. w czterech wypadkach, zakrzep w sin. transv. dext. + sin. long. + sin. transver. sin. w dwóch, i zakrzep w sin. transv. dext. + sin. w jednym wypadku.

W. Kosmowski.

IV. Chirurgija i Oftalmologija.

315. Tlenek azotu jako środek znieczulający.

BLUM. *Stick-oxydul als Anästheticum.* München 1878).

Das Stick-oxydul, Seine Herstellung, Anwendung und Wirkung als Anästheticum. (Wydawnictwo firmy Ash et Sohn 1877).

R. TELSCHOW. *Ueber Stick-oxydul.* — (Viertj. f. d. Zahn. T. XX. Zeszyt IV).

J. WERNER. *Physiologische Beobachtungen ueber die Wirkung v. Stick-oxydul.* (Coresp. f. Zahnärzte. T. IX. Z. IV).

SAUER. *Das Stick-oxydul.* (Separat-Abdruck. Berlin).

GOLDSTEIN. *Ueber die Physiol. Wirkungen des Stick-oxydul Gases.* (Pflüger's Archiv Bd. 17 str. 331).

P. BERT. *De l'emploi de protoxyde d'azote dans les operations chirurgicales de longue durée.* (Progrès Medical Nr 9, 81 r.)

KLIKOWICZ. *O zakisi azotu.* (Sbornik rabot wraczej instituta M. Chir. Akademii, wydany pod redakcją Sławiańskiego 1880 r.)

BLUMM. *Ist est gerechtfertigt Frauen im Schwangeren Zustande mit dem Stick-oxydul gas zu narkotisieren.* (Viertj. f. Z. T. XX. Z. III).

Od r. 1847, t. j.: od czasu odkrycia własności anestetycznych chloroformu przez Simpson'a, cały świat lekarski z zapalem rzucił się do stosowania tego środka przy wykonywaniu bolesnych operacyj. Zdarzające się jednak wypadki śmierci podczas chloroformowania, zmusiły do szukania jakiego innego środka znieczulającego — mniej niebezpiecznego.

Między innymi, zwrócono uwagę na działanie fizjologiczne tlenu azotu i dziś kwestyja tego gazu poparta sumiennymi pracami naukowymi, mocno zainteresowała chirurgów, osobliwie od czasu stosowania tlenu azotu przez Pean'a w Paryżu, podczas długotrwałych operacyj.

Rozpowszechnienie ogólne, jakim się ten gaz obecnie cieszy, skłoniło mię do obznajmienia czytelników Kroniki na podstawie wyżej przytoczonych artykułów

z własnościami, sposobem otrzymywania i działaniem tlenu azotu.

I. *Notatka historyczna.* Tlenek azotu otrzymał pierwszy raz w r. 1776 Priestley, z dwutlenku azotu, za pomocą odtlenienia opiłkami żelaznemi. W 1799 r., Humphrey Davy, wykazał własności znieczulające tego gazu. Davy wdychał tlenek azotu z worków jedwabnych, skutkiem czego po pewnym czasie występowały objawy rozmarzenia, przyczem D. nigdy nie doznawał duszności. Następnie Davy umieszczał zwierzęta pod kloszami zawierającymi tlenek azotu i zauważył, że te po dłuższym pobycie w tym gazie zdychały. Zjawiska te Davy objaśniał sobie własnością tlenu azotu, jako gazu identycznego z tlenem, a więc gazu zdolnego podtrzymywać czynności życiowe, który jednak w nadmiarze może się stać szkodliwym przez zbytne wysilenie tych czynności.

Tlenek azotu w r. 1845, był pierwszy raz stosowanym w celu znieczulenia przy operacji przez Horacego Wells'a w Hartford. Od tego czasu został zupełnie zaniechanym, a to głównie skutkiem niefortunnej anestezji, odbytej przez Wells'a w obec miejscowego Towarzystwa lekarskiego, gdzie Wells zawczasie przerwał inhalację, i chory oświadczył, iż czuł ból w czasie operowania. Wells został wyśmiany jako szarlatan.

Dr Evans wręczył dość znaczną sumę pieniędzy przełożonemu Dental Hospital, przeznaczając takową na doświadczenia z tlenkiem azotu. W tym celu wyznaczony komitet po ośmiomiesięcznych poszukiwaniach nad wyrabianiem i działaniem tego gazu, wydał bardzo pochlebną o nim opinię, opartą na 1380 wypadkach anestezji. Od tej pory tlenek azotu coraz częściej był używany.

W roku 1863 został zastosowany do anestezji przez Colton'a w Anglii, Preter'a we Francji, a w Niemczech od roku 1868 wszedł już w powszechniejsze użycie.

II. *Własności chemiczne.* Tlenek azo-

tu, niewykryty dotychczas w stanie swobodnym w naturze, jest gazem bezkolorowym, prawie bez zapachu, smaku słodkiego, przyjemnego, nieszczypiącego. Ciężar gatunkowy 1,527.

Gaz ten skrapla się przy normalnem ciśnieniu i temperaturze—88° Cels. Przy temperaturze—115° Cel., płynny tlenek azotu zamienia się na masę podobną do lodu.

Można otrzymać obniżenie temperatury do—140° Cels., parując pod dzwonem pompy pneumatycznej, płynny tlenek azotu. Gaz tlenu azotu dostatecznie ogrzany rozkłada się na azot i tlen—a ten ostatni wydzielając się podtrzymuje palenie tlejącego np.: drzewa lub węgla.

III. *Sposób otrzymywania.* Bacząc na trudności w wydobywaniu czystego tlenu azotu i dosyć znaczne koszty przy zaprowadzeniu potrzebnych ku temu aparatów, pierwszy Barth w Londynie zaczął wysyłać gotowy już gaz (swoim kolegom za granicą mieszkającym) w stanie ściśnionym, a potem płynnym, w baniach metalowych. Ponieważ jednak długo-trwałość przesyłki wypadła bardzo niekorzystnie na zawartość owych bań, gdyż często gaz z nich w zupełności się ulatniał, lub skutkiem starości nie był zdatnym dla anestezji—przeto dzisiaj po wszystkich główniejszych miastach Europy, znajdują się fabryki tego gazu (zwykle u któregoś z dentystów), sprzedające potrzebującym gaz, w stanie zawsze świeżym.

Działając na cynk kwasem azotnym, otrzymamy wodę, azotan cynku i tlenek azotu. Najkorzystniej jednak używać jako materiału do wyrabiania tego gazu azotanu-amoniaku (Ammonium nitricum purissimum), zwracając uwagę na czystość tego przetworu.

Aparat powszechnie dzisiaj używany dla wyrabiania tlenu-azotu z azotanu amoniaku, składa się z retorty szklanej, aparatu ochraniającego dla pomieszczenia retorty i trzech butelek Woulfa, połączonych między sobą i z retortą, za po-

mocą rurek szklanych z gutaperkowemi przerywaczami.

Ogrzewając retortę napełnioną azotaniem ammoniaku do temperatury $+230^{\circ}$ F, sól się topi, a przy $+360^{\circ}$ zaczyna wrzeć i wydzielać gaz tlenku azotu, o czem można się przekonać przybliżając do otworu rurki szklanej żarzący się kawałek drzewa, jeśli takowe płomieniem się zapali, będzie to dowodem, iż tlenek azotu już się wydziela; wtedy chwytamy gaz w gazometr za pomocą rurki gutaperkowej, łącząc go z aparatem do wyrabiania.

Butelki Woulfa, o których wspominałem, służą dla oziębienia i oczyszczenia gazu na wypadek zanieczyszczenia. Dla tego też pierwsza, najbliższa retorty, butelka, napełnia się zimną wodą.

Druga z kolei zawiera roztwór Ferri sulphurici in Aq. font., w stosunku 1—3 i ma za zadanie oczyszczać gaz w razie wywiązywania się tlenku azotowego (Sticky-oxyd). Trzecia butelka napełniona do połowy roztworem kali caustici puri i część na 16 części wody, służy dla zobojętnienia powstać mogącego kwasu azotowego.

Przy wyrabianiu tlenku azotu, należy bacznie regulować płomień, aby nie wywiązywały się białe pary kwasu azotowego, co się zdarza przy temperaturze $+500^{\circ}$ F.

Jak tylko białe pary zaczną się gwałtownie pokazywać i napełniać butelki Woulfa, należy coprędziej zerwać komunikację z gazometrem, a następnie z retortą, poczem dopiero ogień zagasić. Zaniedbanie tej ostrożności mogłoby wpłynąć na zanieczyszczenie już zebranego czystego tlenku azotu w gazometrze, a co więcej mogłoby przyczynić silną eksplozyję. Komunikację między butelkami Woulfa, należy także rozerwać, aby płyny zawarte w nich, nie zostały wpędzone z jednej butelki do drugiej.

W fabryce londyńskiej Ash'a, są wyrabiane termo-regulatory, mające za zadanie zabezpieczać od wywiązywania się

wyższej nad potrzebną temperatury. Tamże wyrabiane są przyrządy Kirby'a, gaszące automatycznie płomień pod retortą i przerywające jednocześnie komunikację między butelkami a retortą i gazometrem.

Obadwa te przyrządy, mimo swęj dozwolonej konstrukcyi, posiadają więcej teoretyczną, aniżeli praktyczną wartość, a spuszczając się jedynie na działanie takowych, można się narazić na silną eksplozyję, a co najmniej stracić wiele materjału, z którego moglibyśmy jeszcze wydobyć pewną ilość gazu, postępując zwykłym sposobem, t. j.: regulując płomień osobiście, według siły wrzenia soli i siły z jaką się gaz wywiązuje.

Z jednego funta ammonii nitrici, jeśli temperaturę w retorcie regulujemy uważnie, aby o ile możliwości opóźnić wywiązywanie się kwasu azotowego, możemy w ciągu dwóch godzin otrzymać 15—20 galonów czystego tlenku azotu.

Roztwór ferri sulphurici w butelce Woulfa zawarty, może pozostawać bez zmiany—dopóki na dnie nie pokaże się czerwony osad, co dopiero po kilku tygodniach nastąpić może. Roztwór kali caustici, może pozostawać jeszcze dłużej bez zmiany. Osadzanie się na ścianach butelki kryształów, dopiero wymaga odnowienia.

IV. *Sposób zastosowania dla otrzymania znieczulenia.* Po dokładnem zbadaniu stanu płuc, serca i ogólnego stanu zdrowia pacjenta, układamy go w pozycji prawie horyzontalnej i postępując ze zwykłą ostrożnością, jak to przy chloroformowaniu czynić zwykliśmy, dajemy inhałować tlenek azotu, za pomocą stosownie urządzonego mundsztuka, połączonego za pomocą rury gutaperkowej z gazometrem, lub balonem gutaperkowym, mieszczącym w sobie czysty tlenek azotu.

Są różnej konstrukcyi mundsztuki, stosownie do tego, w jaki sposób tlenek-azo-

tu ma być zadawanym. Sposobów tych jest 5:

Pierwszy polega na wdychaniu tlenu azotu zmieszanego z powietrzem, sposób ten obecnie zupełnie już został zaniechany.

Drugi sposób: wdychanie z gazometru czystego tlenu azotu i wydychanie bezpośrednio do tegoż gazometru.

Podług *trzeciego sposobu*, wdycha się czysty tlenek azotu a wydycha w rurkę prowadzącą do butelki z kali causticum solutum, dla oczyszczenia gazu od przymieszki kwasu węglanego. Z butelki oczyszczony gaz wraca znowu do gazometru.

Czwarty sposób: wdychanie czystego gazu, a wydychanie w gutaperkowy worek.

Piąty sposób: wdychanie czystego gazu i wydychania na zewnątrz w powietrze.

Dzisiaj najwięcej jest używanym i za najpraktyczniejszy uznany *mundsztuk Teleschowa*, urządony tak, że czyni zadosyć dwom w końcu przytoczonym sposobom zadawania gazu.

Mundsztuk ten za pomocą założonych w nim wentylów i kranów, służy dla inhalacji czystego gazu z gazometru i wydychania w przytwierdzony do mundsztuka worek gutaperkowy — a gdy ten już jest napełniony, za pomocą kranu, zmieniamy kierunek ininspiracji, tak, że pacjent wdycha z worka gutaperkowego tlenek azotu, zmieszany z gazem płucnym, a wydycha na zewnątrz.

Mundsztuk Teleschow'a opatrzony jest poduszeczką gutaperkową, która się napełnia powietrzem i służy dla szczelnego zamknięcia jamy ustnej i nosowej. Przy tym systemie oszczędzamy wiele gazu, którego część zebrana przy wydychaniu w worek gutaperkowy, spożywa się przy kończeniu inhalacji.

Mundsztuk urządony podług systemu Barth'a, osłania tylko jamę ustną, nos zaś musi być ścisany za pomocą osobno ku temu przyrządzonych szczypiec. Wydy-

chany gaz wraca się za pomocą tego mundsztuka do przyrządu napełnionego roztworem kali-caustici, dla oczyszczenia się z przymieszek CO₂, aby znów służyć do wdychania.

Mundsztuk systemu Clover'a zaopatrzony jest poduszeczką, mającą na celu zakrywać jamę ust i nosa, posiada dwa wentyle, z których jeden służy dla wdychania wprost z gazometru, drugi dla wydychania na zewnątrz.

Przy tym systemie marnuje się wiele gazu.

Przystępując do podawania tlenu azotu w celu znieczulenia, należy mundsztuk tak szczelnie nałożyć na usta i otwory nosowe pacjenta, aby ten li tylko przez mundsztuk mógł wdychać i wydychać.

Przed nałożeniem mundsztuka należy założyć rozwieracz między zęby, przez co inhalacja odbywa się swobodniej i nie traci się czasu w razie nastąpić mogącego szczękocisisku.

Przestrzegając pacjenta, aby śmiało i głęboko oddychał, wkrótce zauważymy występujące na twarzy rumieńce, oczy mętnieją, źrenica się rozszerza (rogówka jednak reaguje na dotyk), oddychanie staje się głębsze, puls z początku powolniejszy i pełniejszy, staje się prawie normalnym; aż wreszcie powstaje ściskanie palcy rąk w kuliak (co prawie zawsze daje się spostrześć). Jest to już stopień dostatecznej anestezji, aby skutecznie krótkotrwałą operację, np.: ekstrakcję jednego lub dwóch zębów. Stan taki następuje po półtorej minuty inhalacji i trwa od 1—2 minut.

Jeżeli mamy zamiar usunąć 5 lub 7 zębów, w takim razie zadajemy gaz tak długo, aż nastąpi chrapliwe oddychanie, co świadczy o głębszym znieczuleniu — następuje zwykle po 2—4 minutach i trwa 3—4 minut.

Pozwalając inhalować dalej — twarz pacjenta blednieje, powstają konwulsyjne ruchy kończyn i całego ciała, puls staje

się pełniejszym i powolniejszym, a oddech nieregularny i powierzchowny. Do tego jednak stopnia anestezji nie powinniśmy doprowadzać, raz z przyczyny mogących nastąpić groźnych objawów w oddychaniu, powtóre, że już ten stopień anestezji, przy którym następuje chrapliwe oddychanie, jest dostatecznym, aby operowany żadnego bólu nie odczuwał.

Po przejściu stanu anestetycznego, operowani budzą się jakby raptownie, bez żadnych orzeźwiających środków, nie pamiętają o odbytej operacji, czują się dobrze i są najczęściej zdolni przechadzać się o własnych siłach.

Co się tyczy niewygód dla operowanego na chorym, znieczulonym działaniem N_2O : jedna tylko okoliczność jest tu czasem nieprzyjemną, a tą jest konieczny pośpiech w działaniu instrumentem, mając wciąż na uwadze, że chwile są policzone, w których pacjent bezwiednie naszemu rękoczynowi się poddaje. Przy pewnej jednak wprawie i obmyśleniu naprzód planu, w jaki nam najprawdopodobniej działać wypadnie, możemy np.: usunąć 6—7 zębów, rozumie się jeżeli przy ekstrakcyi nie spotykamy żadnych nadzwyczajnych przeszkód, któreby nam czasu wiele absorbowały.

Ażeby uniknąć tych niedogodności, jak również w wypadkach potrzebujących bezwzględnie dłuższego czasu, stosowano N_2O , po kilkakroć z rzędu, t. j.: zaczynano na nowo inhalację, jak tylko operowany przychodził do przytomności.—Przekonano się jednak przy takim postępowaniu, że przy następnych inhalacjach, czas dla wywołania anestezji coraz się zwiększa, a uśpienie trwa coraz krócej i że przy tem, sinica występuje coraz wyraźniej.

Mimo to jednak amerykańscy i angielscy chirurgowie wykonywali nieraz dłużej trwające operacje, pod działaniem N_2O i przy odpowiedniej ostrożności, nie mieli żadnego wypadku śmierci.

V. *Działanie tlenku azotu na organizm.* M. Goldstein wykonał rozległe naukowe

badania nad działaniem tlenku azotu, na organizm różnych zwierząt i wykazał: że wtenczas następuje szybka i pełna narkoza i ta pewien czas się utrzymuje, jeżeli się kombinuje działanie tlenku azotu z niedostatkami tlenu.

Notując częstość oddechu, krzywizny pulsu i ciśnienie krwi, Goldstein działaniem N_2O , doprowadził zwierzęta ssące do stanu asfiksji i zjawiska powstające przy tem porównywał z symptomatami zwyczajnego uduszenia; dzielił je podług Högyes'a na trzy okresy.

W pierwszym okresie grają najważniejszą rolę inspiracyjne usiłowania, w drugim dołączają się do tego i expiracyjne—przy czem za każdym expiracyjnym usiłowaniem następują ogólne kurcze kloniczne. Po ostatnim najdłużej trwającym expiracyjnym kurczu, następuje inspiracja z czysto passywną expiracją, po czem inspiracje już rzadko następują, gdy tymczasem expiracyjne mięśnie są w zupełnej bezczynności. Trzeci okres zaczyna się dłuższą pauzą w oddychaniu. Goldstein porównywa objawy asfiksji N_2O , do symptomatów asfiksji od działania azotu, luh wodoru, a nie od zamknięcia dróg oddechowych na dostęp zewnętrznego powietrza.

Przy działaniu tlenkiem azotu, działanie anestetyczne zaczyna się natychmiast, objawy zaś zaduszenia długo się nie pojawiają.

Pytanie o ile wcześniej pojawia się dostateczne znieczulenie od porażenia centrów oddychania, Goldstein rozstrzyga w następujący sposób: u psów przy zwyczajnem zatakowaniu dostępu powietrza do płuc, po większej części dopiero w drugiej połowie trzeciego okresu, rogówka przestaje reagować, a więc niezadługo przed porażeniem centrów oddychania, które można jednak zawsze jeszcze pobudzić do funkcji za pomocą sztucznego oddychania. Przy inhalacji tlenku-azotu, rogówka przestaje w zupełności reagować już w okresie czynnej expiracji, a więc

w czasie, kiedy jeszcze nie ma najmniejszej obawy o jakieś groźne powikłania w centrach oddychania.

Jeżeli na początku trzeciego okresu doprowadzimy do płuc powietrze, to anestezja pozostaje jeszcze przez kilka minut, w ciągu których zwierzę oddycha nieco powolniej jak w normalnym stanie. W stałości następowania trzech okresów Goldstein widzi gwarancję przeciwko porażeniu centrów oddychania, przy użyciu tlenku-azotu jako środka anestetycznego; potrzeba tylko bacznie śledzić za oddychaniem i najpóźniej zaraz na początku drugiego okresu przerwać inhalację gazu.

Co się tyczy ciśnienia krwi, to te rzadko bywa wyższe od normalnego; G. opierając się na doświadczeniu Zuntz'a, według którego powiększone ciśnienie krwi, zależy głównie od kontrakcji naczyń krwionośnych jamy brzusznej, radzi być uważnym przy działaniu tlenku azotu w czasie przepelnionego żołądka, a osobliwie u cierpiących na wadę serca lub płuc, u których i tak ciśnienie krwi bywa znacznie powiększone. Z tych samych przyczyn G. zaleca ostrożność przy każdym stanie powiększonego ciśnienia krwi w naczyniach skórnych, jak to bywa np.: w czasie przebywania w gorącej atmosferze.

Przy działaniu tlenku azotu funkcja serca bardzo małym ulega zmianom.

G. zastanawiając się nad chwilą następowania anestezji, uważa czas w którym przy drażnieniu oka reaguje jeszcze powieka i w którym puls i oddychanie pozostają prawie że normalne, a w którym palce u rąk poczynają zaciskać się, za dostateczny dla rozpoczęcia krótkotrwałej operacji, jak np.: usunięcia jednego zęba.

W razie groźnej asfhyksji, radzi G. oparty na pracy Böhm'a, uciekać się jedynie do sztucznego oddychania, za pomocą działania na klatkę piersiową i presję brzuszną.

G. za pomocą wdechań tlenku azotu, do-

prowadzał zwierzęta do ustania oddychania, tak, iż tylko funkcja serca pozostawała nienaruszoną. Zwierzę doprowadzone do takiego stanu po wetchnięciu czystego powietrza, powracało do życia w krótkim przeciągu czasu, a w pół godziny wszystkie funkcje odbywały się normalnie.— Po wywołaniu znowu asfhyksji tlenkiem azotu, zaraz po przyjsciu do przytomności i po powtórzeniu tego eksperymentu 5—6 razy, G. nie zauważył żadnych długotrwałych zmian w czynnościach mózgowych.

Tak Goldstein jak i Blumm, na mocy doświadczeń dokonanych w laboratorium prof. Rosenthal'a, wygłosili opinię: że tlenek azotu jest najniezszkodliwszy ze wszystkich do dzisiaj znanych anestetycznych środków.

Blumm robiąc doświadczenia na brzemiennych królikach, przyszedł do przekonania, że tlenek azotu do wywołania anestezji dostatecznej dla krótkotrwałej operacji, może być bez żadnych złych skutków zadawanym ciężarnym i że w takich razach nie działa wcale szkodliwie na płód. (*Dalszy ciąg nastąpi*).

316. Dr. PETERSEN. **O rezeceji chrząstkowej przegrody nosowej z pozostawieniem błony chrzęstnój.** (*Berl. klin. Wochenschr* Nr. 22—83).

Prof. Jurasz zaleca przy znacznych skrzywieniach przegrody nosowej operację, której dokonywa za pomocą instrumentu przez siebie wynalezionego (ref. Kroniki lekarskiej 82 r.—nr. 7).

P. sądzi, iż metoda Jurasza w niektórych razach prowadzi do celu, lecz w innych przypadkach, jak np. w 3 operowanych przez autora, z pewnością nie można by było osiągnąć dobrego rezultatu. Przy tem, dla operacji metodą Jurasza, potrzebny jest instrument przez niego podany, co dla chirurga nie jest wygodnem, gdyż instrument ten jest bardzo skomplikowany; gdy przeciwnie przy subperichondralnej rezeceji, potrzeba jak najprostszyc narzędzi, co niezaprzeczenie stanowi wyz-

szość każdego chirurgicznego rękoczynu. P. w żadnym z trzech operowanych przypadków, nie napotkał trudności przy rezekcji chrząstki, pomimo, iż usuwał dość duże kawałki.

Autor przyznaje, iż mogą zdarzyć się przypadki trudniejsze do operowania np.: takie w których skrzywienie znajduje się bardzo wysoko, lub też dziurki nosowe są tak małe, iż zmuszeni jesteśmy zaniechać rezekcji. Chorzy autora byli w wieku od 6—20 lat, a więc nie dzieci, u tych ostatnich warunki dla operacji są bezwarunkowo trudniejsze.

Operację wykonywał autor podług metody opisaną dokładnie jeszcze przez Chassaiguac'a i Linhard'a.

Po zachloroformowaniu chorego, rozszerza się o ile możności za pomocą haczyków dziurkę nosową. Na wypukłej stronie przegrody nosowej robi się cięcie pionowe, o ile możności jak najdalej ku tyłowi i przedłuża się je ku górze w jamie nosowej, stosownie do wielkości kawałka przegrody, który usunąć chcemy. Dalej prowadzimy cięcie poziome od tyłu ku przodowi, odpowiadające dolnemu brzegowi chrząstkowej przegrody nosowej.— Jeżeli nawet skrzywienie nie znajduje się na dolnym brzegu chrząstki, a np. w samym środku, to i wtedy radzi autor robić cięcie o ile możności ku dołowi, aby mógł usunąć dolny brzeg chrząstki. Trzecie prostopadłe cięcie w przedniej części otworu nosowego zakończy wycięcie płatu w formie U z podstawą skierowaną ku górze. Cięcia drążą przez błonę śluzową i chrzęstną, aż do chrząstki, krwawienie przytem nie bywa wielkie, i daje się zawsze z łatwością wstrzymać przez dłuższy ucisk nosa.

Następny akt operacji, stanowi odzielenie błony śluzowej i chrzęstnej po stronie wypukłej skrzywienia.

Wykonywa je autor za pomocą małego elewatorium, i radzi przytem ostrożnie manipulować, gdyż warstwa jest nadzwyczaj cienką. W dalszym ciągu oddziela się chrząstkę przy dolnym jej brzegu od

części miękkich przegrody i tym sposobem dostajemy się na drugą stronę chrząstki manipulując ciągle przez tenże sam otwór nosowy, oddzielamy za pomocą elewatorium chrzęstną od chrząstki po drugiej stronie.

Takim sposobem chrząstkę z obu stron obnażyliśmy od chrzęstnej i przecinamy ją z tyłu i z przodu za pomocą noża lub nożyczek.

Wkońcu cięcie górne za pomocą mocno zakrzywionych i cienkich nożyczek uzupełnia rezekcję.

Wycięta część posiada w przybliżeniu taki kształt—0. Dziurka nosowa po stronie wklęsłości przegrody pozostaje przytem nietkniętą, naturalnie jeżeli przy odzielaniu za pomocą elewatorium nie została uszkodzoną błona śluzowa. Po dokonanej rezekcji zbliża się za pomocą szwów płat składający się z błony śluzowej i chrzęstnej do kątów lub też do środka. Szwy nakładają się bardzo starannie, zapobiega się tym sposobem nagromadzeniu ropy.

Ranę zasypuje autor jodoformem, lub też innym środkiem podobnym, np.: tanią.

Leczenie następne jest nadzwyczaj proste. W pierwszym przypadku operowanym metodą autora, stosował on po stronie operowanej rozszerzacz z drzewa.— Uważa to jednak za zbyt cenne, w dwóch bowiem następnych przypadkach nie używał żadnych rozszerzaczy, a rezultat osiągnięty, był pod każdym względem dawałniającym. Gdyby jednak w danym przypadku okazała się potrzeba rozszerzaczy (jeżeli np.: skrzywienie znajduje się bardzo wysoko), wtedy radzi autor używać rurek inhalacyjnych Feldbausch'a, cokolwiek dłuższych od zwykle używanych.

Wycięcie chrząstkowej przegrody nosowej, jest metodą w każdym razie racjonalną. Mamy bowiem w tych razach do czynienia z przegrodą stosunkowo za długą (naturalnie w przypadkach nie urazo-

wych), i powinniśmy po prostu usunąć to co jest zbytecznym, aby otrzymać normalne stosunki. Ważną też jest rzeczą i ta okoliczność, iż inne części nosa nie zostają przy tem uszkodzone, i że operacja autora nie powoduje takiego okaleczenia jak metody Rupprechta i Rosera.

Guranowski.

317. KACAUFOW. **Leczenie jaglicy i jej komplikacji.** (*Wręcz Nr. 19—20*).

Jeśli jaglica niedawna, granulacyi niewiele i przytem niewielkie—to doskonale działają tuszowania sinym kamieniem przy jednoczesnym użyciu maści jodoformowej (jodof. gr. VII, Vaselini dr. II), która i w późniejszych peryjodach choroby, bardzo dobrze działa, zmniejszając nieprzyjemną suchość oczu, a w wypadkach Panusa'a rozjaśnia mętność rogówki.

Przy obfitych wydzielinach łącznicy, wskazane pędzlowanie roztworem lapisu. Wspomniałszy o tem, iż niektórzy okulisci przeciwni są przyżeganiu łącznicy, aby nie wywołać blizn, gdy inni wycinają jaglicowo zwyrodnioną łącznicę, autor zatrzymuje się na rozcieraniu i zdrapywaniu wewnętrznej powierzchni powiek (blepharoxysis)—sposobie znanym jeszcze z czasów Hipokratesa, i dziś jeszcze znajdującym zwolenników, używających w tym celu rozmaitych miotełek (xystrum), zgrzebeł (scardasso), igieł i łyżeczek. Skoro jaglica dość znaczna, wielkości żabiej ikry, autor wyłyżeczkuje takową, poczem zimne okłady, 3% roztw. kw. borowego; procedura ta powtarza się najwięcej 3 razy, i to z dobrym skutkiem.

Najlepiej się to udaje wtedy, gdy przekrwienie nieznaczne i wydzielinę łącznicy nieobfite.

Wspomniałszy następnie o działaniu jequirity, która nie zadowolniła autora, dr. K. opisuje sposób operowania trichiasis i distichiasis, zalecony przez Tamamszewa. Brzeg powieki podłużnym cięciem głębokim 4—6 mm., rozdzielony na 2 warstwy: górną (resp. przednią), składającą się ze skóry, rzęsów, częścią z mięśni i dol-

ną z chrząstki i łącznicy; oczyściwszy ranę, powierzchnię jej przyżegamy dobrze lapisem; po odpadnięciu strupa powierzchnia rany pokrywa się ziarniną i rzęsy na długo otrzymywały prawidłowy kierunek.

Autor niedość jasno pojmuje różnicę granulacyi i jaglicy, jak widać z następujących jego słów: „granulacje mające być wyłyżeczowane, winny być czysto trachomatycznego charakteru, a nie zależć od powiększenia brodawek lub limfoidalnych torebek łącznicy”. Właśnie, że trachomatyczne ziarna są torebkami przepełnionymi limfoidalnymi ciałkami.

J. Talko.

318. GRIGORJEW. *Epidemia conjunctivitis trachomatosae — w Temur-Chanszuryńskijskiej komendzie.* (*Kauk. Med. Zborn. Nr. 36—1883, str. 1—34*).

Opisawszy miejscowość, w której urządzono czasowy oftalmiczny lazaret („okołodok”), z 12 namiotów i przedstawiając barometryczny stan 4-letnich miesięcy, podczas których panowała epidemia oczna w miejscowej komendzie 49,1%, t. j. większy niż 46,5%, w sławnym 9 Sybirskim pułku grenadyjerów), autor w rozdziale stosownej terapii, kładzie nacisk aby zamiast pędzlowań łącznicy roztworem lapisu—używać oblewań worka łącznicy temiż ściągającymi środkami, za pomocą pipetek z następnym sprycowaniem czystą wodą kauczukową sprycąką.—Takie oblewanie nie drażni łącznicy i uszuwa możliwość przeniesienia zarazki z oka do oka. W wypadkach conj. trachomatosa, objawy zapalne średnio usuwały się w 18 dni przy pędzlowaniu i w 10 przy oblewaniu.

Dr. G. obserwował pojawianie się objawów zapalnych u jaglicowych, lub obostrzenie się takowych w skutek wpływu malaryi, w takich razach chinina okazywała się pożyteczną i dla oczu — stwierdza 5-ma obserwacyjami.

Przyczyną ocznej epidemii były głównie: straszna ciasnota w wilgotnych i nie-

wentylujących się koszarach, przy tem źle oświetlanych i nie mających podłogi; brak umywalni, ręczników, niedostateczny szeregowców, liczba których powiększyła się 98-miu nowobrańcami, między którymi dużo było cierpiących na oczy. Tout comme chez nous!

J. Talko.

V. Gyniekologija.

319. P. MÜLLER. *Der moderne Kaiserschnitt.* (Berlin 1882 A. Hirschwald).

Szybkie rozpowszechnienie się operacji cięcia cesarskiego sposobem Porro, oraz dążność do zmodyfikowania, lub usunięcia pewnych braków, albo niedokładności, nietylko, że nie pozyskały dla niej ogólnego uznania na jakie bezwątpienia zasługuje, lecz przeciwnie wywołały żywą reakcję na korzyść dawnego sposobu operowania, z zachowaniem macicy.

Schröder, Halbertsma, Schlemmer, Sänger, Cohenstein, Frank i inni, wystąpili w ostatnich czasach z zarzutami przeciw operacji Porro, które prof. M. w energiczny sposób w pracy swojej stara się odeprzeć.

Treść jej poprzedzają dwa szczegółowo opisane przypadki, operowane w bermeńskiej klinice, z których pierwszy zakończył się wyzdrowieniem matki,—drugi, prócz tego wydobyciem żywego dziecka.

Autorowie czyniący zarzuty operacji Porro z wielostronnego wychodzą stanowiska i tak:

1) ze stanowiska statystyki, która ma wykazywać, że operacja Porro bynajmniej nie wydaje lepszych rezultatów, lecz przeciwnie gorsze.

2) ze stanowiska czysto lekarskiego. Dawną, klasyczną metodą przez zaprowadzenie pewnych modyfikacji, korzyści też same osiągnąć się dają, jakie operacja Perro przedstawia.

3) ze stanowiska etyki lekarskiej—sprzeciwiającej się pozbawieniu kobiety

zdolności płodzenia przez wycięcie organów płciowych.

4) ze stanowiska prawnego. Prawo nie dozwala wywoływania kalectwa.

5) ze stanowiska religii i moralności—których przepisom nie odpowiada operacja Porro.

Co do 1) cyfry śmiertelności odnoszące się do operacji cięcia cesarskiego sposobem dawnym z różnych źródeł cytowane, nie wytrzymują żadnej krytyki gdyż prawie wszystkie okazały się fałszywe, a znane autorowi liczne wypadki śmiertelnem zejściem zakończone, nie publikowane nigdzie stanowią niezbitą dowód tego twierdzenia.

Statystyka w tych krajach tylko jest prawdziwą i wiarogodną, gdzie ustawy państwowe są tego rodzaju, że żaden wypadek przed kontrolą rządową [ostać się nie może. Takim krajem jest dzisiejsze królestwo Wirtembergskie, oraz dawne księstwa Hessen i Nassau.

Z 13 operowanych w wielkiem ks. wirtembergkiem. według tabeli urzędowych 12 było wypadków śmierci.

W księstwie Hessen, gdzie obowiązkiem każdego lekarza było donoszenie o wszelkich operacjach akuszeryjnych w latach 1852—1866 wykonano 10 razy cięcie cesarskie z jednym zejściem pomyślnem. W Nassau, gdzie jak wiadomo wszyscy lekarze byli urzędnikami państwowemi, w latach 1821—1859,—22-ch operacji dokonano, z pomiędzy których 17 zakończyło się niepomyślnie.

W 3-ch przytoczonych tu krajach zatem procent śmiertelności wynosi 85.

W ogóle różni autorowie podają procent śmiertelności przy operacji cięcia cesarskiego sposobem jawnym na 50—60, z czego wynika, że na 2 operowane jedna pozostaje przy życiu;—że tak nie jest zdaje się nie potrzeba dowodzenia i każdy, kto kwestyi téj bliżej się dotykał przyzna, że 4 przypadki śmiertelne, na 5 operowanych więcej prawdopodobieństwa przedstawiają.

Co do operacji Porro, to wszelkie prawdopodobieństwo istnieje, że wszystkie przypadki po dziś dzień operowane, doszły do wiadomości ogółu; — procent śmiertelności wynosi 50; — był on nierównie pomyślniejszy w początkach, gdy operacja rzadziej wykonywaną była. Operacja Porro dzieli losy wszystkich większych operacji, które w miarę swego rozpowszechniania, z łatwych do pojęcia przyczyn, gorsze rezultaty przedstawiają.

Pierwsze bowiem operacje wykonywane są zwykle przez wprawnych chirurgów z odpowiednią pomocą i przy sprzyjających warunkach.

Zdaniem autora krzywizna śmiertelności przy operacji Porro, dosięgła już swego szczytu i bliską jest chwila w której ona opadać zaczyna.

Drugi zarzut operacji Porro czyniony, skierowany jest do tego, że wycięcie macicy nie jest koniecznym, metodą bowiem dawną, przy użyciu nowych środków chirurgicznych, ten sam rezultat dałby się osiągnąć.

Porównywając obydwie metody, autor przede wszystkim roztrząsa kwestyję krwotoku jako jedną z najważniejszych i najwięcej niebezpieczeństwa przedstawiających. Krwotok pierwotny, t. j.: podczas samej operacji powstający, w obydwóch metodach równe budzi niebezpieczeństwo, co zaś do krwotoku następczego, to nie ulega wątpliwości, że szew na macicę nałożony, nie jest w stanie mu zapobiedz. Usiłowaniom dokładnego zaszczenia macicy i zapobiegania tem samem powstawaniu krwotoków, stoją na zawadzie już same stosunki anatomo-fizjologiczne.

Protokoły sekcyjne świadczą, że w małej tylko liczbie przypadków, znaleziono brzegi rany macicy sklejone, po największej natomiast części rana była otwartą, brzegi jej przez szwy, w zupełności lub w części przecięte, przy czem krew, lub krwisty płyn jamę brzuszną wypełniał.

Mięka konsystencja macicy, skurcze

i następne zwolnienie jej ścian przyczynę tego stanowią. W tym razie widoczną jest przewaga operacji Porro, która możliwość powstawania krwotoku następczego prawie że absolutnie wyłącza, zwłaszcza gdy pieńek poamputacyjny na zewnątrz jamy brzusznej umieszczony zostanie.

Wycięcie macicy, nie tylko że usuwa niebezpieczeństwo zakażenia otrzewnej, ale nadto zapobiega wszelkim procesom septycznym, które za pośrednictwem naczyń limfatycznych, krwionośnych, lub jajowodów szerzyć się mogą.

Im szybciej organizm ludzki na pewne szkodliwości oddziałuje, im objawy wywołane temi ostatnimi są niebezpieczniejsze, i im bezsilniej w obec nich stoimy, tem większą wartość nadawać winniśmy leczeniu zapobiegawczemu.

Operacja Porro, przy której pieńek poamputacyjny na zewnątrz jamy brzusznej zostaje umieszczony, odpowiada wszelkim zasadom metody przeciwniej i cel przez nią wytknięty w zupełności osiąga.

Prócz przytoczonych zalet, nie bez znaczenia jest też wolny wybór czasu do operacji. Podczas bowiem gdy wykonywając cięcie cesarskie metodą dawną, związani jesteśmy z chwilą wystąpienia silnych skurczów macicznych, tu wybór czasu, miejsca, odpowiedniej pomocy etc. od nas jedynie zależy. W możliwie więc pomyślnych warunkach operować jesteśmy w stanie. W prostocie też i łatwości rękoczynu upatruje autor nie małą wyższość operacji Porro nad metodą dawną.

III) Zarzut ze strony etyczno-lekarskiej, obwiniający operację Porro o pozabawienie kobiety organów z natury swęj tak wysokie fizjologiczne znaczenie posiadających, odpiera autor ze stanowiska czysto naukowego na zasadzie konieczności utrzymania przy życiu organizmu matczynego. Zagrożona egzystencja jednostki nie tylko, że dozwala lecz wymaga usunięcia pojedynczych części ciała lub

organów; jest to kardynalna i niezaprzeżona zasada całej naszej terapii, organy płodzenia bynajmniej wyjątku stanowić nie mogą.

„Nie choroba jako taka budzi wskazanie do wycięcia organów płciowych, lecz niebezpieczeństwo jakie ze strony tych ostatnich organizmowi zagraża“.

Przyczyna głównego niebezpieczeństwa przy cięciu cesarskiem spoczywa w obrażeniu macicy, która jest punktem wyjścia śmiertelnego zapalenia otrzewnej—wycięcie więc tego organu w zupełności jest uzasadnionem, tembardziej, że raz istniejące wskazanie wymagałoby w przyszłości powtórzenia operacji,—co w wysokim stopniu zwiększa procent śmiertelności.

Przy szczęśliwie zakończonych operacjach cięcia cesarskiego sposobem dawnym, nierzadko spostrzegano przy porodach następujących pęknięcie macicy.

Zmiany w organizmie i charakterze kobiecym bynajmniej nie występują tak jaskrawo jak tego chcą niektórzy autorowie.

Raz rozwinięte organa płciowe, nawet po ich usunięciu, wpływ swój w tym względzie utrwalają, jak o tem świadczą kobiety z innych powodów kastrowane.

Popęd płciowy zmniejsza się bezwątpienia, zupełnie jednak nie ustaje, sztucznie zaś wywołane klimacterium przedwczesnego starzenia się za sobą nie pociąga. W zamian za to wszelkie niebezpieczeństwo, jakie ze strony funkcji płciowych powstać może, jest zupełnie i na zawsze usuniętem”.

IV) Przeciwno operacji Porro ze stanowiska prawnego wystąpił Dr. Schlemmer w znanj broszurze: („Die Porro operation und ihre moralischen Gränzen”), gdzie cytuje odnośny paragraf kodeksu karnego niemieckiego, orzekający ciężką karę dla tego, który drugiego możliwości płodzenia pozbawi.

Z broszurki tej pokazuje się, że autor jej, a za jego przykładem i inni, operacy-

ję Porro jako przekroczenie przeciw powyższemu paragrafowi uważają. Według Schl., operacja ta jest jedynie środkiem zaradczym przeciw pojawieniu się ciąży, w istocie zaś głównym jej celem jest utrzymanie matki przy życiu. Sterilizacja więc nie jest wskazaniem do operacji, lecz jej skutkiem. Prof. M. słusznie wyraża swoje oburzenie, że nie kto inny, ale lekarz podobnie trudne do pojęcia zapatrywania na kodeksie karnym opiera.

Smutne to, lecz i pocieszające zarazem, powiada ironicznie autor, że Dr. Schl., poświęcił się studjom lekarskim nie prawnym. Jako sędzia osadziłby zapewne w więzieniu tego, ktoby ratując bliźniego od śmierci, zrobił mu obrażenie na ciele.

V) Ze strony moralnej zaczepioną została operacja Porro, również przez głównego swego przeciwnika D-ra Schlemmera, który twierdzi, iż wykonaniu jej sprzeciwiają się pewne przestarzałe przepisy kościelne; szczęściem medycyna wyswobodziwszy się oddawna od ich wpływu, stała się za równo w krytyce jak i teorii wiedzą kosmopolityczną i na wskroś humanitarną.

Metoda operowania.

Z przewagi, jaką operacja Porro nad dawnem cięciem cesarskiem posiada, należy korzystać i operacją przed rozpoczęciem porodu, najodpowiedniej na dni 14 wykonać, rozumie się z ścisłem zachowaniem przepisów metody listerowskiej.

Na samym początku należy zdecydować czy macicę przeciąć wewnątrz jamy brzusznej i po wydobyciu dziecka i łożyska, wyjąć ją i podwiązać, czy też postępując stosownie do modyfikacji wprowadzonej przez prof. M., wydobyć nie przeciętą macicę na zewnątrz jamy brzusznej i podwiązać dolny odcinek przed jej otwórzaniem.

Skoro wybór jest dowolny, wówczas zdaniem autora, drugiemu sposobowi należy dać pierwszeństwo,—przecinając bowiem macicę in situ, trudno jest uniknąć krwotoku, oraz zanieczyszczenia jamy o-

trzewnej krwią i wodą płodową. Przy modyfikacji autora cięcie brzuszne jest daleko obszerniejsze, nie wpływa to bynajmniej na rokowanie, jak tego dowodzi doświadczenie. Wydobycie nieprzeciętej macicy można sobie ułatwić obracając brzeg lewy macicy ku przodowi, który już i tak sam się tam zwraca, i tym sposobem zbliżyć najkrótszy wymiar macicy do podłużnego wymiaru cięcia, nadto skoro wody płodowe jeszcze nie odeszły, należy pęcherz otworzyć,—wreszcie różnemi manipulacjami wydobycie nieprzeciętej macicy na zewnątrz ułatwić. Gdy wydobycie to nastąpiło i macica zajęła już dolny kąt rany, wówczas z łatwością można ustrzedz otrzewną od zanieczyszczenia i oziębienia i uniknąć wypadnięcia trzewiów przez zbliżenie brzegów rany.

Przed przecięciem macicy należy podwiązać jej dolny odcinek, co ze stanowiska teoretycznego wychodząc, mogłoby niekorzystnie oddziaływać na życie płodu, w istocie rzeczy jednak postępowanie to bynajmniej niebezpieczeństwa nie przedstawia. — Podwiązanie, przecięcie macicy, oraz wydobycie płodu, powinno być możliwie szybko wykonanem. Pierwiastkowo przy podwiązywaniu stosowano drót metalowy, przy pomocy zaciskacza Maisonneuv'a, Cintrat'a etc., co jednak okazało się niepraktycznem, gdyż drót często ulega pęknięciu, lub też przecina substancję macicy. — Obecnie dają pierwszeństwo pętli Es-march'a, można również użyć grubiej ligaturę jedwabnej.

Przy podwiązaniu niekiedy można napotkać na bardzo poważne przeszkody i tak: przy silnych skurczach macicy i daleko posuniętym porodzie, zwłaszcza u pierwiastek, główka może być silnie przypartą u wejścia miednicy. Wówczas ligatura przyciska dolny odcinek macicy do części przodującej płodu,—wprawdzie przy przecięciu unika się krwotoku, w chwili jednak wydobycia dziecka ucisk

znika i krwawienie następuje. W takim razie należy pętlę metalową szybko zakręcić, ligaturę zaś elastyczną mocniej związać, lub nawet drugą nałożyć. W przypadkach podobnych możeby należało postępować za radą prof. C. Braun'a, który poleca macicę in situ przeciąć, asystent zaś ręką dokonywa ucisku na dolny odcinek dopóki ligatura nałożoną nie zostanie. Może się też wydarzyć, iż sznurek pępkowy lub też drobne części płodu wypadły, w takim razie przed podwiązaniem należy je odprowadzić, lepiej jednak przewizorycznie elastyczną nałożyć ligaturę, przy wydobyciu dziecka zwolnić ją a następnie stale podwiązać. Zwracać należy też uwagę aby wraz z macicą nie podwiązać kawałka кишки, sieci lub i pęcherza moczowego. Otworzenie macicy winno być bezpośrednio po szybkim podwiązaniu równie szybko wykonanem,—jeśli można jednym cięciem od dna macicy aż do miejsca podwiązania tak, aby płód za pośladki lub nóżki z łatwością mógł być wydobyty. Łożysko, po podwiązaniu sznurka pępkowego może być wyjętem, lub też można je pozostawić w macicy.

Jeśli mimo obszernego cięcia ścian brzusznych, macica nie daje się na zewnątrz wydobyć, wówczas nie pozostaje jak postępując metodą dawną, przeciąć macicę i wydobyć płód, natychmiast jednak po dokonaniu tego wyjąć macicę z jamy otrzewnej i w powyżej opisany sposób podwiązać.

Odcięcie macicy winno być dokonanem w odległości mniej więcej z ctm. od miejsca podwiązania. Pieniek poamputacyjny stanowczo zdaniem autora winien być zaszyty w brzegi rany. Po oczyszczeniu zatem jamy brzusznej, umieszcza go się w dolnym kącie i za pomocą dwóch długich igieł na krzyż idących, w tém położeniu utrzymuje, po czem zmniejsza go się i wygładza. Drenowanie i dalsze postępowanie na ogólnych prawidłach polega.

Stanowisko metody Porro wśród operacji położniczych.

Wskazanie do wykonania cięcia cesarskiego było dotąd bardzo wyraźnem i istniało li tylko przy absolutnem zwięźeniu miednicy.

Przed niedawnym czasem Pean, Eustache de Lille we Fracyi, Radfort w Anglii i inni poczęli zalecać cięcie cesarskie przy zwięźeniu 2-go stopnia i żyjącym płodzie zamiast kraniotomii, którą podług ich mniemania należy stosować tylko wtedy, gdy płód jest nieżywym. Autor, opierając się na cyfrach, wykazuje procent śmiertelności przy kraniotomii prawie o połowę mniejszy jak przy operacyi Porro i jest zdania, że i ta cyfra jeszcze o połowę się zmniejszy, jeśli kraniotomię właściwą metodą i przy właściwem wskazaniu wykonywać będziemy.

Względnie znaczny procent śmiertelności przy kraniotomii polega zdaniem autora na tem, że stosuje się ją jeszcze przy tak znacznem zwięźeniu miednicy, że nawet zmniejszony płód drogi porodowej, bez znacznych dla matczyngo organizmu szkód przebyć nie może. Jako ostateczną granicę dla kraniotomii podaje autor zwięźenie, przy którym wymiar prosty (conjugata vera) 6,5 ctm. wynosi, a do wykonania jej nie radzi innych używać narzędzi, tylko perforatora (trepan) i kranioklastu.

Przy zwięźeniu większem jak 6,5 ctm., bezwarunkowo żadna inna operacyja tylko cięcie cesarskie jest wskazaniem.

Co do wywołania porodu przedwczesnego, to autor uważa go za wskazany przy zwięźeniu również nie przenoszącem 6,5 ctm., i to w czasie właściwym (w 30 tygodni ciąży). Przy zwięźeniu wynoszącym 8 ctm, w miednicach płaskich i 9 ctm. w ogólnie zwięźonych u pierwiastek, poród przedwczesny sztuką wywołany, nie jest wskazanym.

Przy absolutnem zwięźeniu, jeśli dość wczesnie rozpoznaniem zostanie sztuczne poronienie winno być dokonaniem.

Projekty podawane przez różnych autorów, odnoszące się do zmodyfikowania i poprawienia dawnej metody cięcia cesarskiego są dziełem przeciwników operacyi Porro i w znacznej części w praktyce stosowanemi nie były.

Halbertsma upatrując główne niebezpieczeństwo w krwotoku, jaki przy przecięciu łożyska powstaje, radzi uciec się do zrobienia punkcyi próbnej, która oznaczy miejsce przyczepienia łożyska i tym sposobem dozwoli uniknąć przecięcia. W rzeczywistości jednak jak doświadczenie uczy, uniknięcie obrażenia łożyska wcale, lub rzadko tylko jest możliwem; siedliskiem łożyska jest bowiem najczęściej przednia strona macicy, miejsce zaś jego przyczepienia nierównie jest większem, jakby to sądzić można z urodzonego łożyska.

Cohnstein opierając się na pomyślnych rezultatach, jakie osiągnięto przez drenowanie macicy przy jej pęknięciu, proponuje zmodyfikować metodą dawną w ten sposób, żeby robić cięcie na tylnej ścianie macicy, a następnie przeprowadzić dren, nie nakładając żadnych szwów.

Drenowanie wszelako niezabezpiecza ani od krwotoku, ani od zakażenia; przy laporotomii, szew bezwątpienia jest koniecznym, drenowanie zaś przy pęknięciu macicy, jest metodą wynikającą z konieczności, a bynajmniej nie z wyboru.

Projekt Francka więcej ma znaczenia jak dwa poprzednie.

Macicę pragnie on zachować ze znanych, a powyżej cytowanych powodów. Szew maciczny uważa za nieodpowiedni, jako nie mogący zapobiedz wypływu sekrecyi macicy do jamy brzusznej. Projektuje tedy nałożenie t. z. szwu maciczno-brzuszego. Jest to metoda stosowana przy torbielach, których dla różnych powodów z jamy brzusznej nie jesteśmy w stanie oddalić.

Metoda ta jednak zkażadną zasługującą na uwagę, zdaniem autora przy cięciu cesarskiem nie daje się uwzględnić. Ma-

cica tu bowiem całą swoją przednią powierzchnią za pomocą bardzo obszernej blizny ze ścianą brzusznią się zrasta.

Stan taki bynajmniej nie odpowiada celowi t. j.: zachowaniu macicy, — zrośnięcie takie bowiem może być przeszkodą dla zapłodnienia, a nadto przedstawia skłonność do poronień i pęknięć.

Nakładanie szwu sposobem Sängera, wydaje się autorowi zbyt skomplikowanem

W ostatnich czasach wystąpił Kehner z nową modyfikacją cięcia cesarskiego, która zdaniem autora zasługuje na wypróbowanie. Polega ona mianowicie na przecięciu macicy poprzecznem, w dolnej przedniej części jej ciała, i nałożeniu szwów podwójnych, t. j.: na mięsień macicy i na otrzewną.

Wybór cięcia jest trafny, gdyż macica w przebiegu połogu przechylająca się ku przodowi, zapobiega rozejściu się brzegów rany.

Jan Erlich.

V. Hygijena.

320. KOPP. **O paleniu ciał.** (*Leichenverbrennung. Vierteljahr. für öffentl. Gesundheitspfl. Bd. VII p. 22, 1875*).

FISCHER. *Die Verwerthung der städtischen und Industrie-Abfallstoffe.* (Leipzig 1875).

LEACH. *Cremation.* (*Brit. med. Journ. Novemb. 4, 1882, p. 885*).

MOLLIÈRE. *Lyon médic. Virchow und Hirsch's Jahr 1881.*

SORMANI. *Incineramento dei cadaveri.* 1882.

WERNICH. *Desinfections-lehre zum practischen Gebrauch.* (Wien und Leipzig 1882).

CHOTOMSKI *O paleniu zmarłych.* *Poznań 1880.*

SZOKALSKI. *O paleniu ciał.* *Tygodnik illustrowany 1874.*

KOTLAREWSKIJ. *Pogrebalnyje obyčaj jazyczeskich sławian.* (Moskwa 1868).

LELEWEL. *Cześć batwochwalcza sławian i Polski.* (Poznań 8857).

Sprawozdania z kongresów higienicznych międzynarodowych.

Artykuły i doniesienia pomniejsze w Revue d'hygiène, Allg. Cent.-Zeit., Deutsche Medic.-Zeitung.

W ostatnich czasach palenie ciał stało się jedną z najbardziej ożywionych kwestyj higieny społecznej, za rzecz odpowiednią więc uważamy sprawię tej słów kilka poświęcić.

U narodów starożytnych pewien stopień cywilizacji przedstawiających, w epokach kiedy higiena społeczna była ściśle z religiją zespolona, postępowanie z ciałami zmarłych ujętem bywało zwykle w karby higieny. U egipcyjan, guanchów, peruwiańczyków, posługiwano się balsamowaniem ciał, które nietylko pod względem higienicznym odpowiadało celowi, ale i pod względem ekonomicznym, albowiem pewien rodzaj balsamowania u egipcyjan, według Herodota, prawie nic nie kosztował.

Wyznawcy religii Zoroastra, pozbywali się zwłok wystawiając takowe na pożarcie zwierzętom.

Meksykanie starożytni chowali zwykle ciała w ziemi przesuszonej na słońcu, w grobach zwanych *Adobe*.

W Europie palenie ciał właściwe od dawna Indusom, wprowadziły plemiona indogermańskie, i zwyczaj ten rozpowszechniony został u greków, rzymian, germanów, sławian, i starożytnych plemion Anglii.

Że chrześcijaństwo przeprowadzając reformę w tej mierze nie krępował się zasadami higieny, łatwo zrozumieć zważywszy, że religija chrześcijańska jest zupełnie przeciwną higienie, mając na względzie tylko duszę i pomijając nawet zasadę, in sano corpore sana anima vivit. Nadto słusznem wydaje się przypuszczenie historyków, przytaczanych przez Kotlarewskiego, iż chrześcijaństwo tępiąc wszelkie szczątki pogańskich zwyczajów,

palenie ciał, jako zabytek pogański, zastosował do żywych heretyków, uważając je za rzecz wstrętną.

Jakkolwiek więc żywych przez całe średnie wieki palono, palenie zwłok w państwach europejskich, zostało zupełnie zarzucone.

Rewolucja francuska wskrzesiła zwyczaj: w r. 1796 wydano dekret pozwalający na palenie zwłok, nikt atoli nie zrobił użytku z dekretu tego.

W r. 1814 po bitwie pod Paryżem spalono w Monfaucon około 4000 trupów ale palenie zwłok w wypadkach tego rodzaju służyło tylko jako środek ostateczny w chwili szczególnego niebezpieczeństwa zastosowany.

Dopiero na początku ósmego dziesiątka bieżącego stulecia, poczęły przemawiać pojedyncze głosy za wprowadzeniem ogólnem kremacyi, (De Pietre - Santa, Wegmann, Ercolani, Thompson, Reklam i inni).—Rezultatem prac tych było powstanie w rozmaitych krajach towarzystw zwolenników kremacyi, których czynność atoli z powodu praw istniejących, a bardziej z powodu rutyny społecznej, bardzo małe wydała owoce. W r. 1875 wybudowano piec w Medyjołanie i wiele już ciał od tego czasu we Włoszech spalono. Później postawiono piec w Gotha, gdzie również stosunkowo szerokie poparcie praktyczne znalazła kremacyja.

W Anglii krajowe „cremation-society” zbudowało piec w Woking, w którym jednak dotychczas ludzkich zwłok nie palono.

Oprócz tych Siemens w Dreźnie, zbudował piec, w którym odbywało się palenie zwłok ludzkich. We Wrocławiu też palono zwłoki.

Przed kilkoma miesiącami spalono 2 ciała w Anglii—po raz pierwszy w tym celu zbudowano piec umyślnie; w Ameryce w piecu istniejącym w Washingtonie, 26-go listopada r. z. spalono zwłoki D-ra Ebrhart'a z Alleghany; w New-Yorku,

wkrótce ma być zbudowany podobny aparat kremacyjny.

Z techniką palenia ciał, załatwimy się w kilku słowach, odsyłając czytelnika do powyżej przytoczonego dzieła Fischer'a, gdzie znajduje się opis wszystkich główniejszych odmian pieca, oraz rysunki objaśniające,

Palenie uskutecznia się:

1) bezpośrednio w ogniu bez żadnych przyrządów.

2) w piecach otwartych w których trup znajduje się w zetknięciu z materjałem opalowym.

3) w piecu, w którym ciało objęta jest płomieniem nie dotykając materjału opalowego.

4) w piecu, w którym nawet z płomieniem ciało się nie styka i zostaje zniszczone jedynie wpływem rozpalonego powietrza.

Pierwszy rodzaj palenia (stosy zwyczajne), ma tylko historyczne znaczenie.—Wymaganiom racjonalnym odpowiada ją tylko dwie ostatnie odmiany. Wymagania takowe, według Vinneli'ego, są następujące: palenie musi się odbywać szybko i niszczyć substancyje organiczne doszczętnie; podczas operacyi przemiana ciał organicznych i spalenie rozwijających się gazów, musi być tak zupełnem, ażeby woni nie było. Przytem potrzeba, aby szczątki dokładnie dały się zebrać; wreszcie wymaganą jest taniość palenia. Wymaganiom tym odpowiadają budowane dotychczas piece.

Piec Siemens—uważany jako jeden z najlepszych, pozwala na ukończenie operacyi w ciągu 1½ — 2 godzin, koszta nieznaczne, (w Dreźnie przed kilkoma laty obliczono tylko na 1 talar i 10 gr. sr.; ponieważ zużywa się około 12 centnarów, u nas więc wynosił by wydatek około rs. 5-ciu).

Okolo dwóch godzin lub więcej czasu upływa i przy paleniu w innych aparatach kremacyjnych, jak w przyrządach Gori'ego i Vénini'ego (koszt 48 franków), Mol-

liera, Thompson'a (operacja trwa 55 min., ciepłota dochodzi do 1100°, ale koszt—100—140 marek), albo w przyrządzie użytym niedawno w Anglii, a zbudowanym przez Richards'a, który korzystał ze wskazówek Spencer-Wells'a i Robinson'a. Woni nie czuć przy użyciu—żadnego z pomienionych przyrządów.

Aparat Simens'a kosztuje do 3000 talarów.

W ogólności piece składają się z 2 części: ogniska i kamery, w której się trup pali; obydwie kamery przedzielone są najczęściej płytami żelaznymi, posiadającymi otwory. Zresztą, każdy piec posiada osobliwości co do części służących do przeciągu powietrza, do czystości operacji, nawet do kształtu zewnętrznego;—przyrząd Gorini'ego wytwarza cug mocny za pomocą komina, aparat Venini'ego—za pomocą palącego się gazu, którego drugiego piec dostarcza.

Molière opisuje w ten sposób przebiegi palenia (w aparacie Venini'ego): trup w jednej chwili objęty zostaje tysiącem płomieni, powłoki głowy marszczą się i tłuszcz podskórny palić się zaczyna.—Brzuch kurczy się o połowę, nogi przybierają kształt mumii. W pół godziny zaczyna się dehydracja, przy czem kurczą się wszystkie części miękkie. Ciała kręgowców, kości ręki i nogi spalone, spadają pod ruszt, diafazy uda rozpadają się na drobne kawałki. Po upływie jeszcze pół godziny spalenie staje się zupełnem.

Technikę więc można uważać prawie za doskonałą.

Palenie ciał zyskiwało zawsze przychylną opinię międzynarodowych kongresów higienicznych. Oto są słowa ostatniego zjazdu: „Czwarty międzynarodowy kongres higieniczny w Genewie, potwierdzając wnioski poprzednich kongresów, zwraca się znowu z prośbą do rządów, aby przychylając się do praw swobody i stosując się do zasad higieny, usunęły prawne przeszkody co do palenia zwłok.

Przytem zwraca kongres uwagę rządów na pożyteczność palenia zwłok w przypadkach ciężkich epidemij”.

Jakoż francuzkiej izbie deputowanych przedstawiono przed kilku tygodniami projekt prawodawstwa w tej mierze; projekt ten oddaje zupełną swobodę rodzinie zmarłego co do palenia ciała tegoż;—w przypadkach podejrzenia o zbrodnię, palenie musi być poprzedzone oględzinami sądowo lekarskimi. Podobnie przedstawienia poczyniono w Londynie i Brukseli.

Tylko kremacja powszechnie zastosowana, może być uważana jako środek społeczno-hygieniczny, a ze swobody załedwie jednostki mogą skorzystać, o ile korzyścią może być nazwane proste dogodzenie zasadzie. Wszelkie też kremacje dotychczas wykonane pod względem higienicznym nie zasługują na uwagę.—Uffelmann badając usposobienie rozmaitych prowincyj Niemiec, względem kremacyj powiada, iż „kwestya dotychczas nie posiada praktycznego znaczenia”. To samo da się powiedzieć o innych krajach. Obowiązkowe tylko palenie zwłok, mogłoby mieć higieniczne znaczenie, udzielenia zaś swobody o tyle tylko o ile nie tamowało by działalności towarzystw kremacyjnych.

Nie mamy tu jednak zamiaru poruszać bliżej roli rządów i towarzystw prywatnych; natomiast parę słów poświęcimy przeszkodom, jakie napotyka kremacja.

Mają jej do zarzucenia niepodobieństwo dochodzenia w kwestyjach sądowych (ekshumacyi); zarzut ten w części tylko zostaje pokonany w projekcie podawanym we Francyi. Religia bynajmniej nie sprzeciwia się paleniu zwłok i obojętną dla niej jest rzeczą, czy proch szybko się w proch przemienia, czy też powoli.

Niezmiernie pouczającymi są przytoczone przez Leach'a słowa biskupa z Manchestru, który poświęcając nowy cmen-

tarz uważał się, iż droga ziemia wydiera się krajowi beużytecznie, powiada, że już czas byłby wynaleźć inny sposób chowania zmarłych, albowiem nie dla nich, lecz dla żywych jest ziemia przeznaczona. Natomiast przesady klerykalne stanowią nieprzewycięzoną przez długi czas przeszkodę wszelkiej modyfikacji w obrzędach.— Wreszcie palenie połączone jest z kosztami, które w wielu wypadkach mogłyby przedstawiać uciążliwy podatek.

Czy kremacja stała się koniecznością higieniczną, czy też znaczenie jej nie jest tak olbrzymie? Czy przedstawia ona jedyny racjonalny sposób pozbywania się trupów, albo czy w liczbie innych racjonalnych sposobów, zasługuje istotnie na pierwszeństwo?

Oto są pytania na które odpowiedzieć winniśmy.

Kopp porównując dwa główne sposoby uprzątnięcia zwłok, grzebanie i palenie, nader racjonalnie przedmiot ten przedstawia. W ziemi rozkład ciał odbywa się nieprzerwanie, pośrednictwo jednak gruntu, zwłaszcza przepuszczalnego gruntu łąk i łąków, przez wessanie produktów gnicia—czyni rozkład ten niedostępnym dla naszych zmysłów.

Produkty rozkładu stykając się z tlenem w ziemi zawartym, wchodzą w nowe związki—nieškodliwe, wytwarzając kwas węglany, wodę, amoniak, który przy dalszej oksydacji zamienia się na kwas azotowy i sole tegoż; mineralne składniki przemieniają się w sole rozpuszczalne, produkty te wytwarzają grunt najżyźniejszy, na którym roślinność bujnie się rozwija.

Przy paleniu ciał produkty amoniakalne przechodzą również w wodę, oraz w wolny azot części mineralne zupełnie bez użytku pozostają dla roślin, a przynajmniej trudno ulegają absorbcji, a kwas węglowy mniej przyznanie na rośliny działa, niż będąc w ziemi w zetknięciu z korzonkami.

Atoli zdolność trawienia ziemi posiada pewne granice; przesycona wytworami

gnicia zmienia się w czarną zbitą masę z której powstają szkodliwe wyziewy; rozpuszczalne produkty gnicia przechodzą do wody zaskórnej, a z nią do studni zakażając takowe.

Takie przesylenie ziemi wytworami gnicia ma właśnie miejsce w wielkich miastach, liczących kilka set tysięcy, a nawet i milion mieszkańców. Podczas, gdy na wsiach i w mniejszych miastach cmentarze odpowiednio utrzymane, odległe co najmniej o 500 metrów, nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa.— W wielkich miastach w skutek przesylenia ziemi produktami rozkładu, stanowiłyby istotne źródło zarazy. Można by temu w części zaradzić przez urządzenie licznych cmentarzy bardzo odległych od miasta, lecz wtedy koszta pogrzebów znakomicie by się zwiększyły w skutek kosztów przewozu, a w dodatku ludność narażoną by była na możliwość zarażenia, podczas gnicia przenoszonych trupów.— Jedynym środkiem ochronnym w takich razach jest balsamowanie, któremu w każdym razie musimy przyznać ważne znaczenie jako środka pomocniczego przy grzebaniu ciał, mianowicie w wielkich miastach przy oddalonych cmentarzach, nie ulega bowiem wątpliwości, że konserwowanie na dni kilka zawsze jest możebne; nie pociąga za sobą osobliwych kosztów, które — rozumie się — musiałyby ciążyć na mieście.

W ten sposób dałaby się usunąć ujemna własność grzebania ciał pod względem sanitarnym, nawet i w wielkich miastach przy oddalonych cmentarzach.

Co do miast mniejszych robi Kopp uwagę, że rozpowszechnianie zwyczaju chowania w prywatnych posiadłościach, jaki istnieje u zamożnych rodzin w Anglii, a więc grzebanie w ogrodach, parkach i t. p., mogłoby zadość uczynić wymaganiom sanitarnym. Autor ten przytacza następujące ciekawe liczby. Gdyby chowano ciała w odległości 10 metrów jedno od drugiego, i na dwa metry głęboko (jak o-

becnie), wówczas przypadało by na ciało 200 metrów sześciennych, czyli 400,000 kilogramów ziemi więcej, niż potrzeba nawet. Na przestrzeni mili kwadratowej można byłoby pochować w ten sposób 116,000 ciał; gdyby więc przestrzeń ta należała do miasta w którym rocznie umiera 1000 ludzi, potrzeba byłoby dopiero po upływie 116 lat w tem samym miejscu drugie ciało grzebać. Zupełnie wszakże wystarczyła by odległość 5 metrów i przeciąg czasu 30—40 lat.

W każdym razie łatwo zrozumieć, że cmentarze muszą mieć olbrzymie rozmiary. Łatwo je atoli spożytkować, powiada Kopp, nie obrażając uczuć ludności, mianowicie systematycznie rozsadać drzewa, które i teraz w pewnym stopniu ludność na cmentarzach pielęgnuje (najlepiej bujnie rosnące i wonne, jak eucalyptus, sosny, jodły, topole); po upływie lat 30—40 można las zużytkować; natomiast i niektóre lasy już istniejące należałoby używać na cmentarze.

Tak więc pod względem sanitarnym racyjonalna reforma cmentarzy może być uważaną za środek wystarczający; co zaś do wypadku epidemii—kwestycję tę za nierozstrzygniętą jeszcze najlepiej byłoby uważać, o ile, że i doświadczenia brak, i teoryje nie są ustalone.

Dodajmy do tego wyżej przytoczone ujemne strony palenia (względ sądowo-lekarski, koszt pieców i opału w miastach, niezwalczone przesady klerykalne), dodajmy wreszcie, że znaczenie higieniczne miałyby tylko ogólne i obowiązujące palenie w miastach wielkich (u nas tylko o Warszawie mogłaby być mowa), pozwolenie zaś proste po uprzednim wykonaniu sekcji lub oględzinach tylko, nie przyczyniłoby się bynajmniej do zmodyfikowania warunków sanitarnych—a przy znamy, że za rzecz właściwszą w daną chwilę uważać wypada reformę cmentarzy, oraz sposobów przenoszenia zwłok i odwietrzania w porze gorącej.

J. Polak.

MISCELLANEA.

321 SEIFERT. Przyczynek do leczenia rozszerzeń oskrzelowych.

Literatura chirurgicznego leczenia niektórych chorób płucnych w ostatnim dziesięcioleciu, znakomicie się wzbogaciła. Począwszy od Moslera, który w roku 1873 otworzył i leczył chirurgicznie jamę w płucu, pojawiły się następnie i inne prace w tym kierunku. Feuger i Hollster na 6 przypadków drenowania jam płucnych, otrzymali w jednym zupełne uleczenie.

Według nich nacięcie z przedrenowaniem jest wskazanem przy jamach zgorzeliowych, gdzie otwór łączący jamę z oskrzelem, jest niedostatecznym do wydalenia zawartości.

Gluck, Schmid, Block i Morens, przekonali się, iż zwierzęta nieźle znoszą wycięcie pewnej części płuca.

Koch stawia następujące wskazania do chirurgicznego leczenia płuc:

- a) przewlekła zgorzeł płuca, powstająca z workowatych rozszerzeń (Bronchektasis saccata).
- b) ostra zgorzeł po obrażeniach.
- c) gnilne zapalenie oskrzeli bez rozszerzeń.
- d) ciała obce w oskrzelach.
- e) umiejscowiona gruźlica

Przytem Koch pierwszy podał sposób przeistoczenia (u zwierząt) pewnych części mięzsza płucnego w tkankę łączną za pomocą wstrzykiwań mocnych roztworów jodu. Sokolowski wstrzykiwał jod i kwas karbolowy do jam suchotniczych, wprowadził bez skutku, ale też bez jakichkolwiek ujemnych przypadłości ze strony chorych; dla tego zaleca on wypróbowanie tej metody w większej liczbie przypadków.

Dr. Seifert w 2 przypadkach znacznych rozszerzeń oskrzelowych z cuchnącą wydzieliną zastosował wstrzykiwania 3 proc. roztworu kwasu karbolowego; po każdej takiej iniekcji następowała znaczna ulga,—plwocina stawała się skąpszą i mniej cuchnącą, natomiast odczynu prawie wcale nie było.

(*Berl. klin. Woch.* 1883, N. 24).

322 Dyskusya nad zaraźliwością suchot, płucnych w Medic. Society, oraz w Patholog. Soc. w Londynie.

W dyskusjach tych zaznaczono co następuje:

WHIPPHANI wykrył w 7 przypadkach ostrój gruźlicy, znaczną liczbę bakteryj; w czterech zaś inych, w których nastąpiło polepszenie nie znajdował wcale laseczników, lub w małej tylko ilości—Wątpi on o prawdziwości teorii Kocha, na tej zasadzie, iż suchoty nie mają typowego ostrego przebiegu, że usposobienie do suchot nie jest tak częstem jakby przypuścić wypadało, przyjmując twierdzenie Kocha, któremu wreszcie przeczy i dziedziczne występowanie suchot.

WEST nigdy nie znajdował laseczników w tkance płuc tylko w płwocinie. Mniema on również że Koch bynajmniej nie dowiódł odkryciem swem zaraźliwości suchot.

GREEN podziela zdanie pomienionych mówców co do zaraźliwości gruźlicy i popiera zdanie to faktem, iż gruźlica najczęściej rozwija się w szczytach płucnych, gdy odkrycie Kocha przemawiałoby za jej występowaniem w każdym miejscu zarówno. Nadto można rokować poniekąd o przyszłym rozwoju suchot u danego osobnika, bynajmniej nie wchodząc w kwestyję ile on posiada lub będzie posiadał laseczników.

Do zdania Greena przychyła się i Seo. Rychardson zaś dodaje, iż w liczbie 3000 przeszło obserwowanych przezeń wypadków suchot, znajdował jako przyczyny: usposobienie rodzinne, zaziębnienie i t. p., nigdy zaś nie spostrzegł wypadków zakażenia.

Doran nie może uznać żadnych cech specyficznych w lasecznikach: uważa on je za grzybki zbliżone znaczeniem do grzybków znajdujących się w zębach spróchniałych.

(*Brit. Méd. Journ. Allg. M. C. Z.* 28—83).

323 Dr. PETERS podaje **nowy sposób barwienia laseczników gruźliczych**, bez użycia kwasu saletranego. Niejednokrotnie zastanawiając się nad tem, dla czego w preparatach z tkanki płucnej zazwyczaj mała tylko ilość wykazać się daje, P. przypuszcza, że kwas saletrzany (podług metody Ehrlicha), odbarwia znaczną część takowych.

Z tego powodu P. ogłasza swój własny sposób barwienia.

Skrawek po 1 minutowym przebywaniu w alkoholu, przekłada się na pół godziny do dwuprocentowego świeżego wodnego roztworu fioletowego barwnika (gentianaviolet) z wodą anilinową; następnie na 18 godzin do absolutnego alkoholu. Po wyjęciu z alkoholu, skrawek wkłada się na 1 minutę do wody, dalej na 3 minuty do dwuprocentowego wodnego roztworu żółtego barwnika anilinowego (anilingelb); wreszcie na 5—30 minut do absolutnego alkoholu. Laseczniki przedstawiają się błękitnemi na żółtem tle.

W podobny sposób zabarwiać się dają i laseczniki karbunkułowe.

(*Berl. klin. Woch.* 1883 Nr. 24)

Wiadomości bieżące.

— **Warszawskie towarzystwo lekarskie.**
Posiedzenie 19-go czerwca r. b.

— Na posiedzeniu tem rozważono projekt organizacji pomocy lekarskiej, w porze nocnej w Warszawie, wypracowany przez komitet sanitarny tow. lekarskiego.

Rozumie się, że uorganizowane nocnej pomocy

lekarskiej, musi być oparte na zastąpieniu fikcyjnego prawa leczenia przymusowego — zobowiązaniem się dobrowolnym. Idzie więc o wzgląd materyjalny, o obustronną gwarancję. Dla tego, zdaniem towarzystwa lekarskiego, współdziałal zarządu miejskiego koniecznym jest dla rozstrzygnięcia kwestyi.

Projekt w postaci takiej, jak przez towarzystwo został przyjęty, brzmi jak następuje:

1) W każdym cyrkułe przyjmują się od lekarzy w nim zamieszkałych deklaracje, w których oświadczają oni gotowość udawania się do chorych w porze nocnej, na każde wezwanie policyi. (Porą nocną trwa od godz. 11—7).

2) Lista lekarzy, którzy deklaracje złożyli, oraz adresy ich znajdować się mają w każdym cyrkułe policyjnym. Ci, którzy i akuszeryjną pomoc udzielać zobowiązują się, winni to w deklaracji zaznaczyć, o czem na liście wzmianka ma być umieszczona.

3) Osoba potrzebująca pomocy lekarskiej w nocnej porze, udać się winna do najbliższego cyrkułu i objawić życzenia swe urzędnikowi dyżurnemu, który jej listę przedstawi.

(W razie założenia stacyi ratunkowych, obowiązki te na nich cięższe będą).

4) Policyjant towarzyszyć będzie osobie tej do lekarza którego sobie wybrała, zaprowadzi tego ostatniego do mieszkania pacjenta i jeśli tego lekarz zażąda, towarzyszyć mu będzie do jego mieszkania.

5) Za każdą wizytę w porze nocnej lekarz winien otrzymać trzy ruble, na co wydać ma pokwitowanie policyjantowi. W razie nie zapłacenia, policyjant wręcza lekarzowi bilet za okazaniem którego kasa miejska wypłaca 3 ruble. W razie wykonania długotrwałej operacyi chirurgicznej lub położniczej lekarz ma prawo żądać wyższego wynagrodzenia stosując się do taksy obowiązującej.

6) W razie bardzo gwałtownej potrzeby, policyjant ma odszukać dorożkę, i wręczyć dorożkarzowi bilet na otrzymanie z kasy miejskiej 40-tu kop.

7) Lekarz przewidując przeszkodę w wypełnieniu zobowiązania danej nocy, powinien zawiadomić o tem cyrkuł przed godz. 11 wieczór, w przeciwnym razie płaci 10 rs. jeżeli wezwany, nie będzie mógł udać się do chorego.

8) Przed bramą lekarzy którzy deklarację złożyli, ma palić się postawiona kosztem miasta latarnia z napisem: „Pomoc lekarska”, latarnia ta nie będzie zapaloną każdej nocy, o której lekarz zawiadomił, że w domu nie będzie.

(Byłoby pożądanem zaprowadzenie dzwonka łączącego bramę wprost z mieszkaniem lekarza).

9) Wszyscy lekarze podający pomoc w porze nocnej, obowiązani są składać do urzędu lekarskiego raporta o ilości pacjentów, wieku, płci, miejscu zamieszkania i o rodzaju choroby.

— Otrzymałmy list następującej treści:

Szanowny redaktorze!

Zajmując się specjalnie dentystryką i rozporządzając obfitym materiałem, pragnąłbym młodszemu kolegom nastęrczyć sposobność obznajmienia się z tą gałęzią nauki lekarskiej.

Począwszy od 1-go października r. b. postanowiłem rozdzielić czynności wchodząc w zakres dentystryki na 3 części:

1) Gabinet operacyjny.

2) Gabinet dla plomb.

3) Gabinet dla protezy, (zęby sztuczne, obturatory, aparaty stosowane przy złamaniach szczęk etc.)

W ten sposób jednocześnie 3-ch lekarzy może rozpocząć praktyczne studia dentystryki.

Plombowaniem, oraz protezą, zajmować się będą specjaliści, dział zaś operacyjny sam prowadzić będę.

Czas potrzebny do obeznania się z przedmiotem, powinien wynosić według mego zdania, co najmniej rok jeden.

Racz szanowny redaktorze i t. d.

Dr. Ciunkiewicz,

— **Stacje nadmorskie dla chorych dzieci w Niemczech.**

W Berlinie tworzy się towarzystwo pod protektorem następcy i następczyni tronu, mające na celu zakładanie przytułków dla chorych dzieci przy morzu Bałtyckim i Północnem, na wzór odpowiednich sanatoryjów we Włoszech. Sekretarzem towarzystwa jest dr. Ewald z Berlina. Zbudowano już barak na 50—60 łóżek w Nyk (Föhr); w Zoppot, w bliskości Gdańska, szpital buduje się również (*Revue d'hygiene de Police Sanitaire April 1883*).

— **Sprawozdanie i opinię o kanalizacji rozmaitych miast w Niemczech,** podaje kwartalnik „*Vierteljahresschrift für gerichtliche Medicin und Öffentliches Sanitätswesen*“. Jest to rodzaj dodatku do wystawy higienicznej w Berlinie. Począwszy od Frankfurtu, którego kanalizację oceniano w latach 1875—1882 następujące miasta zostały pod względem kanałów, oraz projektów kanalizacji zbadane: Kolonija (1877), Poznań (1879), Neisse (1879), Hannover (1880—1881), Erfurt (1882) Szczecin (1881) Minden (1882).

(*Vierteljahresschrift für gerichtl. Medicin und öffentliches Sanitätswesen. XXXIX Band. Supplementheft 1883*).

— W Londynie wydano 9-go maja r. b., po raz pierwszy dyplom na lekarzy-chirurgów (Bachelor of surgery), dwom kobietom, z których jedna otrzymała natychmiast urząd inspektora lekarskiego poczt i telegrafów, druga zaś udaje się do Indyi.

— Trzeci międzynarodowy zjazd otjatrów, odbędzie się w Bazylei we wrześniu—1884 r.

Nekrologija.

— Dr. med. Władysław DYBEK, profesor byłej Szkoły głównej, zmarł dnia 20 czerwca r. b., we wsi Topoli w Łęczyckiem.

— Dr. DUBROWO redaktor dziennika: „*Letopis Moskowskiego chirurgiczeskago obszczestwa*“ umarł w Moskwie, zaraziwszy się dyfterytem, wysysając krew przez rurkę po dokonaniu tracheotomii u chorej dyfteryecznej. (*Wracz, 17—1883*).

— 18-go maja r. b. umarł znany uczonec Dr. TOUSSAINT, liczył lat 82.

(*L'union médicale 26 maja*).

ODEZWA.

— *IV zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.* W skutek odebranych w ostatnich dniach licznych tak prywatnych, jak zbiorowych listów, a mianowicie od towarzystw lekarskich: warszawskiego i krakowskiego, listów wyrażających życzenie, ażeby z powodu koincydencji we wrześniu b. r., różnych zjazdów naukowych i uroczystości narodowych, Zjazd czwarty lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, odbył się dopiero w roku 1884, widzi się niżej podpisany wydział gospodarczy zniewolonym do przełożenia terminu tego Zjazdu *ostatecznie i nieodwołalnie na 2-go czerwca 1884 roku.*

Wydział gospodarczy stanowczo przecież zaznacza, że przygotowania do Zjazdu przez tę zmianę żadnej nie doznają przerwy i ma nadzieję, że lekarze i przyrodnicy tém ogólniej pracami i udziałem liczny Zjazd nasz poprą.

Uprasza się wszystkie pisma o powtórzenie tej wiadomości.

Poznań, dnia 11 czerwca 1883.

Przewodniczący, Dr. B. Wicherkiewicz.

Sekretarz, Dr. Osowicki.

Skarbnik, Dr. Jarnatowski.