

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

11. Tymczasowy raport angielskiej komisji do zbadania cholery w Indjach Wschodnich.

Ostatni numer (z 3-go stycznia) czasopisma *The Brit. Med. Journal* podaje oficjalne sprawozdanie tymczasowe z prac komisji angielskiej w Indjach, drukowane w *Gazette of India* pod adresem sekretarza zarządu Indyj w ministerjum spraw wewnętrznych:

Kalkuta, 27-go listopada 1884.

Od d-rów E. Klein'a i Heneage Gibbes'a do generalnego chirurga i komisjona do spraw sanitarnych rządu indyjskiego.

Mamy zaszczyt nadmienić, że poszukiwania dokonane przez nas w Bombayu i Kalkucie wydały następujące wyniki:

1) Twierdzenie Koch'a, że „laseczniki przecinkowate“ znajdują się tylko w jelitach osób chorych lub zmarłych na cholere nie zgadza się z rzeczywistością, o ile że „laseczniki przecinkowate“ napotyka się i przy innych chorobach kiszek, jak przy bieguncie epidemicznej, dyzenteryi i katarze jelit, towarzyszącym sprawie suchotniczej.

2) „Laseczniki przecinkowate“ w ostrych typowych przypadkach cholery nie znajdują się bynajmniej tak często i w takiej liczbie, aby usprawiedliwić mogły twierdzenie Koch'a, że „jelito biodrowe zawiera zawsze czyste kultury laseczników przecinkowatych.“

3) „Laseczniki przecinkowate“ nie znajdują się w tkance jelit ani w żadnej innej.

4) „Laseczniki przecinkowate“ w hodowlach sztucznych przez jednego z nas (E. K.) dokonanych niczem nie różniły się

zachowaniem swem od innych ustrojów gnilnych.

5) Kłaczki śluzowe jelita biodrowego, wyjęte wkrótce po śmierci w typowych wypadkach cholery, zawierają liczne ciątka śluzowe, z których znaczna ilość zawiera właściwe drobne proste laseczki, znajdujące się też i poza ciątkami śluzowymi. Nigdy ich nie brak nawet tam, gdzie nie ma „laseczników przecinkowatych.“

6) Te małe laseczniki były hodowane przez jednego z nas (E. K.) i pokazało się, że nie zachowują się odmiennie od innych drobnoustrojów gnilnych. Nie ma ich też ani w tkance jelit ani w żadnej innej.

7) Żadnych bakterij ani innych znanych drobnoustrojów nie masz we krwi ani w żadnej innej tkance.

8) Wiele bardzo doświadczeń wykonał jeden z nas (E. K.) z następującymi skutkami:

a) Karmiono myszy, szczury, koty i małpy stolcami ryżowatemi, wymiocinami, kłaczkami śluzowemi jelita biodrowego, świeżemi lub wziętymi po upływie 24—48 godzin. Zwierzęta pozostawały w stanie przywidłowym.

b) Szczepienie świeżych i starszych hodowli „laseczników przecinkowatych“ i małych laseczników prostych, jakoteż kłaczek śluzowych—do tkanki podskórnej, do jamy otrzewnej, do żyły szyjowej, do jamy cienkich i grubych kiszek królików, kotów i małp nie wywoływało żadnych zaburzeń.

9) Materyjał, który mieliśmy do dyspozycji był zupełnie odpowiedni i obfity, i, co się tyczy poszukiwań drobnowidzowych, sądzimy, że nie potrzebujemy więcej materyjału.

Poszukiwania spodziewamy się zakoń-

czyć na początku grudnia i mamy nadzieję, iż wkrótce wrócimy do Anglii.“

Inna gazeta indyjska *Times of India* powiada, iż komisja choleryczna, otrzymawszy wyniki ujemne co do zjawisk opisanych przez Koch'a badała jeszcze znaczną liczbę wypadków w Kalkucie i Bombayu, nie mogła jednak wykryć żadnych drobnoustrojów, któreby okazywały jakiś stosunek do cholery.

I. Patologija ogólna i Parazytologija.

12. E. LESER. **Badania nad ischemicznymi porażeniami i przykurczeniami mięśni.** (*Untersuchungen über ischaemische Muskellähmungen und Muskelcontracturen. Volkm. Sam. Klin. Vort. N. 249*).

Haller w *Elementa physiologiae* przytacza doświadczenie Stensona, który, podwiązując aortę brzuszną, spostrzegł porażenie kończyn tylnych, ustępujące po zdjęciu ligatury, a przechodzące w sztywność mięśni wraz jej pozostawienia. Kühne robił podobne doświadczenia na żabach i doszedł do następujących wyników: utrata pobudzalności, porażenie mięśni, a następnie sztywność mięśni jako następstwo zбочenia w odżywianiu tychże, zależne od przerwy w krążeniu. Powyższe doświadczenia w klinice zastosował pierwszy Volkmann dla objaśnienia ciężkich przykurczeń, powstających wskutek nałożenia zamocno uciskających opatrunków. Jest to podług niego zapalne przykurczenie mięśni, niezależne od pierwotnego porażenia nerwu wskutek ucisku. Cechuje się ono nagłością powstawania, wielkością mechanicznego efektu i uporczywością, jaką okazuje wobec środków dążących do jej usunięcia. Porażenia i przykurczenia występujące po nałożeniu ciasnych opatrunków na rękę, przedramieniu, rzadziej na dolnych kończynach nazywa ischemicznymi. Porażenie zależy od tego, że pierwotne pęczki mięśniowe wskutek długotrwałego braku tlenu obumierają,

istota kurczliwa ścina się, rozpada i ulega wessaniu; występujące zaś następnie przykurczenie odpowiada sztywności pośmiernej. Ischemiczne porażenia i przykurczenia powstają zwykle jednocześnie lub bezpośrednio jedno po drugim; przy nerwowych zaś porażeniach przykurczenia rozwijają się powoli i dość późno. Autor spostrzegł 7 przypadków ischemicznego porażenia i przykurczenia mięśni. Wkrótce po nałożeniu ciasnego opatrunku swobodna część ręki i palce obrzmiewają, powstają w nich mocne bóle, niekiedy zaś uczucie odrętwienia. Jeżeli się opatrunku nie zdejmie, to w parę godzin zjawia się wzrastające przykurczenie zginaczy ręki i palców wobec strasznych bólów. Po 24 godzinach mięśnie przedramienia są bardzo twarde, chory nie jest w stanie wykonać najmniejszego ruchu, a ręka jest bardzo bolesną. Po zdjęciu opatrunku zjawia się reakcja zapalna, ramię obrzmiewa; trwa to znowu 48 godzin, po czym mięsień ulega bliźnowatemu zwyrodnieniu.

Fizjologiczne doświadczenie Ludwiga, że mięśnie są tkankami najmniej znoszącymi brak tlenu, a więc przerwę w krążeniu, często sprawdza się w klinice. Po przewiązaniu naczyń w celu operacji powstaje zgorzel kończyny, której pierwszym objawem jest sztywność mięśni. (Przyp. Fricke przytoczony przez autora). Jeżeli zaś przerwa w krążeniu nie była dość długotrwałą, by doprowadzić do zgorzeli, to wywołuje jednak ciężkie zбочenia w muskulaturze. Pierwotne przykurczenie prowadzi do skrócenia mięśni i typowych zбочeń w położeniu kończyn, które już nie mogą być poprawione.

Autor opisuje szczegółowo 7 spostrzeganych przypadków, w których wskutek nałożenia gipsowego opatrunku na złamane ramię powstało zбочenie w krążeniu, które doprowadziło do porażeń i przykurczeń. Charakterystycznym we wszystkich tych przypadkach było zachowanie się mięśni wobec prądu elektrycznego: zupełne zniesienie pobudzalności na prąd prze-

rywany, a znaczne osłabienie na prąd stały.

Aby się przekonać, czy można sztucznie wywołać podobne porażenia i przykurczenia mięśni przez ciasne opatrunki, wykonał autor badania na żabach i królikach, chcąc również poznać mikroskopowe zmiany występujące przy tem w mięśniach. U żab sprawa ta występuje powoli, nie nadają się też one do badania, ponieważ zbyt prędko zdychają. U królików natomiast już po trzech godzinach po przewiązaniu kończyny występuje porażenie; kończyna jest nieco chłodniejszą. Cucie nie jest wcale zmienione, pobudzenie elektryczne zaś mięśni znacznie osłabione. Po 24 godzinach przewiązania nie spostrzega się najmniejszego ruchu mięśniowego, chora kończyna staje się cieplejszą i obrzmiałą; obrzmienie powiększa się wciąż aż do 72 godzin i przedstawia charakter ostrego zapalenia mięśni. Po 8—14 dniach objawy zapalne ustępują, porażenie się zmniejsza, a po 6 tygodniach kończyna wraca zupełnie do normalnego stanu. Objawy powyższe zależą zarówno od czasu trwania zawiązania, jak i od stopnia ucisku tegoż. Wrazie dłuższego i mocniejszego przewiązania zjawia się sztywność mięśni i zgorzel kończyn; sztywność występuje najwcześniej po 16 godzinach trwania przewiązania. We wszystkich doświadczeniach spostrzegał autor znaczne osłabienie lub zupełne zniesienie pobudzalności elektrycznej mięśni na prąd przerywany i stały, a przewodnictwo nerwów było nienaruszone, jak się okazywało z utrzymanego czucia i z możności wywołania skurczu przez bezpośrednie podrażnienia odpowiedniego nerwu.

Zupełny powrót do normalnego stanu porażonych mięśni, spostrzegany u królików już po trzech tygodniach, stanowi sprzeczność z objawami u ludzi. Zależy to jednak od sposobu leczenia: króliki natychmiast po zdjęciu opatrunku otrzymywały zupełną wolność i swobodnie biegały, podczas gdy ludziom najczęściej nakłada-

no nowy opatrunek lub dbano o zachowanie jak największego spokoju chorej kończyny. Dowiódł tego autor swemi doświadczeniami.

Mikroskopowe badania mięśni królików i ludzi dały wyniki jednakowe. Autor brał najczęściej m. gastrocnemius; część tegoż kładł do płynu Müller'a, drugą do spirytusu,—a następnie rozpatrywał skrawki w glicerynie lub w balsamie kanadyjskim po zprzezroczyzczeniu w olejku gwoździkowym. Do barwienia używał karminu, hematoksyliny i bismarkbraunu. Kawalki mięśnia po wycięciu przedstawiają jasną, prawie białą barwę. Włókna pierwotne okazują wyraźne poprzeczne prążki, niektóre zaś łatwo rozpadają się w krążki (discus) Bowmanna, co normalnie rzadko się spostrzega. W tych włóknach rozkład jąder jest prawidłowy, nie spostrzega się ich zwiększenia, natomiast w wielu włóknach jąder nie ma wcale, a obok nich spostrzega się znaczna ilość białych ciałek krwi. Na przecięciu poprzecznym w niektórych miejscach włókna mięśniowe oddzielone są młodą komórkową tkanką łączną, która zastępuje miejsce tkanki mięśniowej. Pojedyncze pozostałe włókna mięśniowe są znacznie zmienione, niekiedy tak zanikłe, że przedstawiają się tylko jako wąskie ciemne pasemka. Włókna mięśniowe, pozbawione jąder, są już obumarłe, jak dowodzą Heidelberg i Kraske. Istnieje pewien stosunek między regeneracją mięśni i nacieczeniem tkanki białymi ciałkami krwi. Przy mniejszem nacieczeniu prędzej następuje regeneracja; ruchy mięśniowe, skurcze mięśnia usuwają najprędzej nacieczenie, a tem samem przyspieszają regenerację. Z tego wniosku wynika leczenie porażen i przykurczeń ischemicznych. Ruchy bierne kończyn są tu najwięcej wskazane; niekiedy wykonywane być muszą pod chloroformem wskutek mocnych bólów, a oprócz tego należy umiejętnie zastosować szynowe opaski, aby umocnić wyprostne położenie palców. Najważniejszą jednak rzeczą jest uprze-

dzanie podobnych wypadków przez nałożenie dogodnych opatrunków.

M. Hopfenblum.

13. J. POHL-PINCUS. **Sposób powstawania i istota zabezpieczenia przy ospie i szkarlatynie.** *Entstehung und Wesen der Immunität bei Variola und Scarlatina.* (*Virch. Arch.* Juni, 1884).

Autor na zasadzie licznych badań i doświadczeń, tyjących się pomienionej kwestyi, określa sposób powstawania i istotę zabezpieczenia w następujący sposób. Zakażające grzybki przechodzą z miejsca pierwotnego zaszczepienia do naczyń krwionośnych i kanalików sokowych, wywołując coraz nowe ogniska zakaźne, które w dalszym ciągu wysyłają nowe grzybki do obiegu krwi. Te ostatnie nie wywołują już powstawania nowych ognisk, ponieważ zabezpieczenie przez ten czas zostało już osiągnięte. Działanie zarazka polega na zwężeniu (contractura) kanalików sokowych, czego następstwem jest zmniejszenie przyływu soków do miejsca zakażenia. Ten ostatni warunek jest konieczny dla rozmnażania się zarazka. Wmiarę zaś rozmnażania się i przechodzenia grzybków do coraz nowych przestrzeni, takowy działa na wszystkie kanaliki sokowe całego organizmu w sposób wyżej opisany. Przy powtórnem wprowadzeniu zarazka kanaliki już nie ulegają zwężeniu lecz przeciwnie rozszerzają się, następstwem czego jest znaczny przyływ soków do miejsca zakażenia, co niedozwala rozmnażać się zarazkowi. Przemiana ta w kanalikach jest, zdaniem autora, istotą zabezpieczenia, jeżeli bowiem nie dopuścić zapomocą środków drażniących zwężenia naczyń i kanalików sokowych, to zarazek krążący swobodnie nie mogąc wyrzucić swego wpływu na nie, zakażenia nie wywoła a tem samem i zabezpieczenia.

Co się tyczy materii powodującej zmiany w kanalikach sokowych, to autor przypuszcza, że grzybki zakażające zawierają pewne ciała działające, którym daje nazwy *Variolin, Scarlatinin, Morbilin, An-*

thracin etc. Opierając się na tem przypuszczeniu utrzymuje, że profilaxis w przyszłości musi uleść zmianie, że zamiast wprowadzania do organizmu pośrednika zarazy (vehiculum), wprowadzać będziemy same działające ciała, a metoda taka będzie miała wyższość nad dotychczasową, ponieważ w każdym przypadku będziemy mogli wprowadzać do organizmu ilość dowolną i ściśle oznaczoną, w dowolnych odstępach czasu. Szczególniej autor obiecuje wielką korzyść z tej metody przy gruźlicy.

Wl. Maczewski.

14. WARGUNIN. **O chorobach płuc, powstających u psów przy wdychaniu płwociny suchotników i innych ciał organicznych.** (*Ueber die bei Hunden durch Inhalation der Sputa phthisischer Individuen und anderer organischer Substanzen erzeugten Lungenerkrankungen.* *Virch. Arch.* Juni, 1884).

Autor znalazłszy w literaturze znaczną różnicę w zapatrywaniach się na istotę chorób płucnych, powstających przy wdychaniu płwociny suchotników, wykonał 21 doświadczeń odnośnych na psach, w celu stanowczego rozstrzygnięcia tej kwestyi.

W doświadczeniach pierwszej kategorii, psy umieszczone w odpowiednich skrzynkach wdychały świeżą płwocinę suchotników, przy pomocy zwykłego parowego rozpylacza. U wszystkich psów bez wyjątku rozwinęły się w płucach procesy patologiczne, które makroskopijnie przedstawiały charakterystyczny obraz gruźledek.

Do doświadczeń drugiej kategorii, używał autor płwociny suchotników, dezynfekowanej za pomocą mocnego roztworu kwasu karbolowego i gotowania. Z trzech psów poddanych doświadczeniu tylko u jednego rozwinął się taki sam proces chorobowy, jak u poprzednich; u dwóch zaś w płucach nic nie znaleziono, co autor przypisuje zawczesnemu zabiciu zwierząt.

Wreszcie w trzeciej kategorii doświadczeń, psy wdychały rozpyloną płwo-

cinę emfizematyków, a także rozrobiony w wodzie sёр szwajcarski i mąkę pszenną. U wszystkich psów rozwinął się proces makroskopijnie podobny do otrzymanego przy poprzednich doświadczeniach.

Kliniczny obraz choroby we wszystkich przypadkach był jednakowy, co się zaś tyczy zejścia, to psy przy dobrych higienicznych warunkach wracały do zupełnego zdrowia.

Przy badaniu pod drobnowidzem autor znalazł ścianki drobnych oskrzeli silnie nacieczone komórkami wędrującymi, nabłonek pęcherzyków płucnych znacznie obrzmiały, wewnątrz pęcherzyków mnóstwo komórek złuszczonego nabłonka, ścianki nacieczone komórkami wędrującymi. Ponieważ obraz ten histologiczny nie odpowiada zupełnie budowie gruźlika, autor utrzymuje stanowczo, że nie we wszystkich przypadkach rozwinęła się gruźlica, lecz, że w niektórych była tylko zwykła *Broncho-pneumonia lobularis*, która powstała wskutek mechanicznego i chemicznego drażnienia bł. śluzowej oskrzeli, z kąd proces przeszedł w następstwie na pęcherzyki płucne. *W. Mączewski.*

15. Dr. ZIEMACKI. **O schyzomycetach w ropie.** (*Przegląd lekarski*, 1884, N-ra 46, 47, 48, 50 i 51).

Obecność ustrojów niższych w sprawach zapalnych wszelkiego rodzaju nie ulega już żadnej wątpliwości od czasu stwierdzenia tego faktu przez doświadczenia na zwierzętach.

Pierwszym był Klebs, który wszelkie zapalenie ropne tkanki łącznej postawił w prostej zależności od obecności mikroorganizmów, występujących w postaci prątków lub drobnoziarnistych mas, nazwanych przezeń *microsporion septicum*. Nieco pierwiej Recklinghausen, a nieco później Waldeyer, znaleźli drobnoziarniste masy, znane pod nazwą zooglea lub kolonii, w ropnych ogniskach różnych organów w chorobach septycznych.

Z. przedsięwziął badanie ropy w owym ostatecznym okresie zapalenia ostrego,

gdy już ropa została wytworzona w wielkiej ilości i spostrzegał mnóstwo mikroorganizmów nie w mniejszej ilości, niż w czasie szczytu zapalenia. Autor nie przytacza badanych przez siebie w niewielkiej ilości ropni przewlekłych, w których nie znalazł *takich* mikroorganizmów, jakie przy ostrych zapaleniach udało mu się zauważyć. W ropniach przewlekłych nie udało mu się ani razu odszukać schyzomycetów natomiast udało się niekiedy wykazać obecność lasecznika gruzliczego Kocha, barwiąc według metody Ehrlicha-Kocha.

Autor ogółem zbadał 15 przypadków sposobem Kocha, polegającym na rozcieraniu ropy pomiędzy dwoma szkiełkami na cienką warstewkę, które się na niewielkim ogniu podsusza, aby ścięło się białko i ropa mocniej przyłgnęła do szkiełka, i na minut kilka lub kilkanaście po grąża w 2^o/_o rozczyń barwnika anilinowego. Najlepsze zabarwienie daje barwa gencyjano-fioletowa i fuksyna. Nieraz należy ropę pozbawiać tłuszczu przez splókanie jej eterem lub chloroformem, przez co preparat przesiąka nadzwyczaj równo i prędko rozczyńem barwnika; w przeciwnym razie płyn wodny nie przenika równo przez warstewkę wskutek obecności tłuszczu i zostają w preparacie miejsca niezabarwione, a ztąd rezultaty niepewne i niejasne.

Zapomocą takiej metody w każdym zbadanym przypadku bez wyjątku mikroorganizmy spostrzegać było można, co bezwarunkowo dowodzi, że pomiędzy zapaleniem i schyzomycetami istnieje jakiś stały związek. Ilość mikroorganizmów bywa w różnych przypadkach bardzo różną nawet w różnych preparatach z tej samej ropy. Schyzomycety znajdują się w ropie w postaci grup, obłoczków lub rojów rozrzuconych nieprawidłowo w posocze ropy, nadzwyczaj rzadko zdarza się widzieć dwa lub trzy schyzomycety w komórce ropnej. Faktem niezmiernie ważnym jest to, że postać, rozkład, uporząd-

kowanie schyzomycetów bywają w jednostajnych pod względem klinicznym przypadkach wcale niejednostajne. Fakt ten był zapisany już przez kilku badaczy (Billroth, R. Koch, Ogston i w. in.).

Przypadki spostrzegane autor dzieli na pewne grupy, zaliczając do jednej wszystkie przypadki, w których znajdował jednakowe schyzomycety. Pierwsza grupa składa się z 7 przypadków: 1) endometritis puerperalis, pyaemia, 2) mastitis dextra, lymphadenitis axillaris, erysipelas dorsi et thoracis totius, pyaemia, 3) phlegmone manus et antibrachii, 4) Lymphadenitis cruralis acuta, 5) abscessus mammae utriusque, 6) phlegmone humeri sinistri in superficie interna i 7) abscessus cruris post erysipelas. W przypadkach tych schyzomycety spostrzegać się dają zawsze jednostajnego kształtu i jednostajnego ugrupowania. Schyzomycety występują w tej grupie w kształcie koków powiązanych w długie sznureczki, złożone z drobnitkich kulek, mające wielkie podobieństwo do różańca lub do sznurka pereł i paciorek; długość sznurków rozmaita, zawierają one nieraz 12—20 koków, zwykle tylko 6—8. Sznureczki te nie są proste lecz przedstawiają się w postaci pogiętych i powyginanych lub tylko lekko falistych nici, występujących prawie zawsze pojedynczo, rzadko kiedy splatane w dwie lub trzy nici razem. Ilość sznureczków mikrokokowych w różnych preparatach bywa bardzo różną. Przy zabarwieniu w 2⁰/₀ roztworze gencyjano-fioletowym nie sama pozostaje zwykle bezbarwną, a barwią się tylko koki, Zauważyć się dalej daje, że każdy niemal sznureczek składa się z parzystej ilości koków, sznureczki nieparzyste zdarzają się bardzo rzadko.

We wszystkich przypadkach ze sprawami zapalnymi rozmaitych organów schyzomycety bywają jednakowe. Różnorodność więc organów pozostaje bez najmniejszego wpływu na identyczność schyzomycetów. Ponieważ jednakowe schyzomycety z punktu widzenia teorii pas-

zynicznej wywołują jednakowe sprawy chorobowe, należy przyjąć, że zapalenia omówione w tej grupie przedstawiają zapalenia jednostajne i samoistne: A więc, jakkolwiek bądź phlegmone nie jest podobne do endometritis, musimy w tym razie powiedzieć, że *istota tych spraw chorobowych jest jedną.*

Druga grupa składa się z 6 przypadków: 1) panaritium pollicis dextri, 2) panaritium indicis sinistri, 3) mastitis sin. (in puerperio), 4) osteomyelitis acutissima multiplex, 5) osteomyelitis et periostitis femoris d. acutae i 6) osteomyelitis acutissima multiplex. W ropie tej grupy autor znalazł wyłącznie mikrokoki, które, co się tyczy wielkości, kształtu, zupełnie były podobne do opisanych w grupie pierwszej. Sznureczki jednak nie były tak długie jak tam, liczba koków w jednym sznureczku nie przechodziła nigdy liczby 8. Sznureczek nie giął się i nie wił się, a zarodki przedstawiały się zawsze uszeregowane w matematycznie prostej linii, lub pod kątem prostym.

Bardzo często napotyka się grupy z dwu koków złożone—diplococci, daleko rzadziej triplococci. Szeregi koków układają się tutaj w kolonije, tworząc niewielkie ale bardzo charakterystyczne *zoogloea*. Zdarza się tu nieraz nader charakterystyczne ugrupowanie koków w kształcie czwórki na kostce domina (gra).

Chociaż w wielu względach podobieństwo schyzomycetów w pierwszych trzech przypadkach tej grupy do schyzomycetów znalezionych w osteomyelitis acutissima (3 ostatnie przypadki) jest bardzo wielkie, to jednak przy baczniejszym badaniu dają się spostrzedz następujące nieznaczne różnice: 1) ilość mikrokoków w osteomyelitis jest stokrotnie większą aniżeli w pierwszych trzech przypadkach; 2) w osteomyelitis mikrokoki wydają się nieco węższymi, niby trochę mniejszemi; 3) forma pojedynczego mikrokoku w osteomyelitis jest o wiele prawidłowiej kulistą.

Trzy pierwsze przypadki (2 panaritium

ili mastitis puerperalis) pod względem klinicznym są cierpienia bardzo różne; na zasadzie zaś identyczności grzybka, będącego przyczyną zapalenia, musimy przyjść do wniosku, że istota tych cierpień jest tą samą, różnym jest tylko umiejscowienie sprawy zapalnej.

W obydwu więc grupach autor znalazł dwojakiego rodzaju schyzomycety, które są zdolne wywołać zapalenie. Liczba jednak bodźców zapalnych nie ogranicza się bynajmniej do dopiero co opisanych dwóch gatunków grzybków, istnieją bowiem inne, a nawet morfologicznie bardzo od nich różne grzybki, które przy zetknięciu się z organizmem w takiż sam sposób wywołują zapalenie ropne. Tak w ropie, wziętej z ropnia powstałego po lymphangoitis ramienia, znalazł autor twory zupełnie różne od wyżej opisanych. Zamiast mikrokoków znalazł jakieś długie nitki, poplątane z sobą w dość wielkie pęki. W każdym takim pęku było od 12—20 nitek, leżących równolegle, krzyżujących się tylko od czasu do czasu.

Również swoiste grzybki w postaci prątków znalazł autor w jednym przypadku ropnego zapalenia tkanki okołonerkowej. Prątki te malutkie, dość cienkie, bardzo słabo zgięte, spostrzegać się dają w wielkiej bardzo ilości, rozrzucone równo po całym preparacie.

Na zasadzie tych hadań autor wyprowadza następujące wnioski:

- 1) Zapalenia ropne tkanki łącznej w etjologicznym znaczeniu bywają różne.
- 2) Różność istoty zapalenia zależy od różności gatunku grzybka pasorzytniczego.
- 3) Zapalenia, posiadające ten sam bodziec, t. j. jeden i ten sam grzybek, są w istocie swojej identyczne, chociaż nagabywać mogą najrozmaitsze przyrządy i występować w przeróżnych postaciach klinicznych.

L. Krauze.

II. Medycyna wewnętrzna.

16. E. LEYDEN. **Uwagi kliniczne nad lasecznikiem gruźliczym.** (*Klinisches ueber den Tuberkelbacillus. Zeitschr. f. klin. Med.* Bd. VIII, H. 5).

Praca niniejsza ma na celu określenie postępu, jaki zrobiła klinika suchot płucnych od czasu odkrycia laseczników gruźliczych i dzięki temu odkryciu.

Co się tyczy rozpoznawania, to w przeważnej większości przypadków posiadaliśmy dlań dosyć pewnych podstaw w objawach fizykalnych, ogólnym obrazie choroby, w obecności włókien sprężystych w płwocinie i t. p., jeżeli zaś obecnie wykazanie laseczników usuwa wszelką wątpliwość, to w porównaniu z tem co było posunęliśmy pewność rozpoznania zaledwie o jeden stopień. Ograniczanie się przy stawianiu dyjagnozy tylko do wykrycia laseczników w płwocinie będzie jednak zawsze za ryzykownem, ponieważ nie wiemy dotąd dokładnie, czy i o ile laseczniki te mogą się spotykać bez gruźlicy i naodwrot, pomijając już możliwe błędy przy badaniu.

Niewątpliwym postępowaniem jest możliwość rozpoznania *okresów wstępnych*, kiedy wszystkie dotychczasowe metody badania zawodzą. Autor zgadza się z Hillerem, że pierwotne krwotoki są zawsze następstwem spraw gruźliczych, i, że w płwocinie już w tych wczesnych stadyjach można znaleźć laseczniki, pomimo że nie ma w niej sprężystych włókien, i pomimo braku ogólnych objawów. W wątpliwych przypadkach, pozorujących innego rodzaju cierpienia płucne, jak przewlekłe nieżyty, ropnie płuc i t. p. obecność laseczników stanowczo rozstrzyga różniczkowe rozpoznawanie.

Aby jednak należyście ocenić wartość rozpoznawczą laseczników gruźliczych—trzeba odpowiedzieć na dwa pytania: 1) czy brak ich w płwocinie pozwala na wniosek, że mamy do czynienia ze sprawą nie-

gruźliczą, i 2) czy laseczniki gruźlicze mogą się zdarzać w płwocinie—bez sprawy gruźliczej. Według autora dyskusja nad niemi nie jest jeszcze zamkniętą. Miał on np. dwa przypadki w których za życia znajdowano niewątpliwie laseczniki, a po śmierci w jednym nie znaleziono sprawy gruźliczej wcale, a w drugim w tak małym stopniu, że co do ważności musiała ustępować na bardzo podrzędne stanowisko wobec innego rodzaju zmian w płucach.

Co do pierwszego pytania—to wiadomo, że są, oprócz prosowatej gruźlicy, takie przypadki suchot, w których nie ma wcale płwociny—i tem samem laseczników wykazać nie można. Ale i przy obecności płwociny, nawet w przypadkach typowych suchot, często nie można wykryć laseczników—tak, że i ten nowy sposób badania w najkłopotliwszych razach zawodzi. Autor twierdzi dalej, że zmniejszanie się liczby laseczników w płwocinie resp. zupełne ich znikanie nie ma żadnego znaczenia przy rokowaniu i na dowód przytacza następane 2 przypadki.

Chory, wieku lat 42, rozległe zgęszczenie w górnym lewym zrazie, nieznaczne zajęcie prawego wierzchołka, apetyt mały, ogólne osłabienie i wyniszczenie, stan bezgorączkowy. Kilkakrotne badanie płwociny nie wykryło laseczników ani sprężystych włókien. Po czterech tygodniach chory zmarł w miejscu kuracyjnym, przy objawach obostrzenia się sprawy. Częste badanie płwociny (do 50 preparatów) nie wykazało i wtedy laseczników. Badanie pośmiertne stwierdziło dyagnozę. Na dwudziestu szkiełkach ze śluzoropnej płwociny z oskrzeli nie było również laseczników. W świeżych nacieczeniach serowatych płuc laseczniki znajdowały się obficie.

Drugie spostrzeżenie: Pani M. ze zdrowej rodziny miała przed kilku laty krwotok—bez zaburzeń ogólnych; odtąd uparty kaszel ze skąpem odkrztuszaniem. W 1878 r. znaleziono wyraźne stłumienie w pra-

wym wierzchołku. W 1882—zmiany mało posunięte naprzód, wydzielina szara nie zawiera laseczników. Stan ogólny dobry. Następnej wiosny—owrządzenie pod nagłośnią i na prawej stronie głosowej. W wydzielinie z powierzchni owrządzeń nie było laseczników. Sprawa w płucach prawie nie postępuje—zato w krtani idzie gwałtownie naprzód i zabija chorą po krótkim przeciągu czasu.

Spostrzeżenia te podaje autor w celu ostrzeżenia, aby nie stawiać rozpoznania jedynie na podstawie obecności lub braku laseczników.

W dalszym ciągu Leyden krytykuje tak zwaną „tuberculose zoogleique Malassez i Vignala“, przyjmując jedynie twory Kocha, jako przyczynę gruźlicy. Przyznając wielkie znaczenie dziedziczności, nie zgadza się jednak na sposób dziedziczenia, przyjmowany przez Loudouzy i Martin'a. Co do sposobu szerzenia się sprawy, to autor przedstawia ją sobie analogicznie z opisem Veraguth'a i Schäffer'a opartym na doświadczeniach na zwierzętach, poddanych wdechaniu rozpylonej płwociny suchotników. Wciągnięte do płuc laseczniki dostają się do komórek pęcherzyków płucnych. Komórki te nabrzmiewają, pęcznieją, wreszcie mnożą się silnie i zlewają z sobą w guzik.

Wskutek ucisku przegródki międzypęcherzykowe zanikają zupełnie—a sąsiednie są mocno przekrwione i rozpulchnione. Kilka w ten sposób wypełnionych pęcherzyków tworzy właściwy gruzełek, w którym zaświeża można wykryć jeszcze dawną budowę. Przez aspirację sprawa rozszerza się z jednego miejsca w inne; szybkości szerzenia się sprawy stoi bardzo dzielnie na przeszkodzie zdolność wydzielnicza płuc—ruchy migawkowe i kaszel.

Co do leczenia, to odniosło ono z odkrycia Kocha jedynie tę korzyść, że może być stosowanem we wczesnych okresach, w których dawniej sprawy nie podobna było jeszcze rozpoznać.

Ze względu na wielkie prawdopodobieństwo szerzenia się sprawy przez wdechowanie (*aspiratio*) autor ostrzega przed używaniem przyrządów do sztucznego oddechania i wogóle przed forsownym oddechaniem.

O. Hewelke.

17. Dr. BONSORFF. **Leczenie błonicy.** *Zur Behandlung der Diphtherie.* (*Zeitschrift für Klin. Med.* Bd. VIII, H. 5).

Doświadczenie zdobyte przez 20 lat praktyki w miejscowości, gdzie ciągle panuje błonica epidemicznie, i przeszło 1000 obserwowanych przypadków, skłoniły autora do ogłoszenia swoich spostrzeżeń i podania sposobu leczenia błonicy, zwłaszcza iż od czasu używania swojej metody autor zauważył znaczne zmniejszenie się procentu śmiertelności.

Autor twierdzi, iż bakteryje odgrywają główną rolę we wszystkich formach błonicy: kataralnej, dławkowej, septycznej i zgorzelinowej. Każda z lżejszych form musi być początkiem błonicy septycznej; wtedy bakteryje rozwijające się zazwyczaj na wewnętrznej stronie wypociny, przylegającej do tkanki, powodują rozszerzenie się procesu chorobowego włąb organu, następnie powstaje zgorzel, części zgorzelinowe oddzielają się, tworząc także owrzodzenia.

Bakteryje błonicowe rozmnażają się bardzo szybko pod wypociną. Dla tego też wszelkie leczenie bez usunięcia wypociny nie daje żadnych rezultatów, gdyż każde pędzlowanie, lub przestrzykiwanie drażni tylko części zajęte chorobowym procesem, nie niszcząc pasorzytów.

Autor otrzymuje tak dobre lecznicze rezultaty przez to, iż za główne zadanie uważa zniszczenie pasorzytów. W tym celu usuwa naprzód zapomocą miękkiego lub twardego pędzelka wypocinę i wtedy dopiero pędzluje mocnym lub stałym roztworem lapisu części zajęte sprawą chorobową, będąc pewny iż działa bezpośrednio na przyczynę choroby. Przy takim postępowaniu w najcięższych przypadkach wyleczenie następuje bardzo szybko.

Następnie autor określa metodę leczenia w każdej formie błonicy.

I. *Leczenie formy kataralnej.*

Leczenie tej formy, bardzo proste, polega na kilkakrotnym obmyciu zajętej procesem chorobowym błony śluzowej zapomocą zmaczanego w wodzie pędzelka, przyczem takowy dokładnie się opłukuje. Jeżeliby nie udało się zupełnie usunąć wysięku, skutecznia się to zapomocą pędzla twardego i następnie miejsce chore pędzluje się roztworem kamienia piekielnego w taki sposób, aby roztwór ten dłużej pozostawał w zetknięciu z błoną śluzową. Po 5-ciu lub 8-miu godzinach powtarza się tę samą manipulację, i najczęściej po 2 ch dniach choroba bywa uleczoną.

II. *Leczenie formy dławkowej.*

Leczenie tej formy odbywa się w tenże sposób co i poprzedniej, tylko z powodu ściślej przylegającego wysięku potrzeba dla usunięcia takowego używać twardego pędzla i takim samym pędzlem mocniejszym roztworem lapisować. Jeżeli wysięk znajduje się na tylnej ścianie gardzieli—wystarcza miękki pędzel. Przy wysięku w krtani lub tylnej części jam nosowych używa się pędzla z zagiętą rączką; wyleczenie następuje po dwóch lub trzech dniach.

III. *Leczenie formy septycznej i zgorzelinowej.*

Nad leczeniem tej formy, jako zagrażającej życiu chorego, autor zastanawia się nieco obszerniej; mówiąc o wskazaniach, uwzględnia dwa okresy: a) zwiastunowy, gdzie istnieje tylko wysięk i b) okres owrzodzeń, gdzie nastąpiła już utrata substancji.

A) *Leczenie okresu zwiastunowego.*

Autor rozróżnia tu wysięk dwojakiego rodzaju: 1) błoniasty (*membranös*) i 2) międzypęcherzykowy (*interfolliculär*).

Błoniasta postać, daleko częstsza, cechuje się licznymi biało-żółtymi plamami, rozszaniami na powierzchni migdałków. Jeżeli plam tych nie można usunąć zapo-

mocą pędzla, należy je zeszkrobać bisturem lub ostrą łyżeczką, ranę oczyścić miękkim pędzlem i następnie mocno zalapisać; rękoczyn ten stosownie do potrzeby powtarza się 2 lub 3 razy dziennie. U dzieci, które się obawiają ostrych narzędzi, można zeszkrobać wysięk trzonkiem łyżeczki lub szpilką od włosów. Jeżeli wysięk pojawia się na twardem lub miękkim podniebieniu, wtedy do usunięcia takowego w miejsce pędzla używa się palca owiniętego płótnem.

Międzywęcherykowa postać przedstawia przy leczeniu daleko większe trudności. Przy tej formie wysięku zazwyczaj nie bywa. Spozstrzega się tylko obrzęk migdałków i zacerwienioną błonę śluzową, na której znajdują się liczne białawe zagłębienia, pochodzące od obumarłej tkanki łącznej międzywęcherykowej. Po kilku dniach, migdałek, obrzękając coraz więcej, przybiera zabarwienie niebieskawe, co świadczy o rozpoczynającej się zgorzeli. Następnie powstaje rozpad i tworzą się większe lub mniejsze owrzodzenia o dnie nierównem, brudnem, brzegach poszarpanych i migdałek przybiera formę zepsutego grona. Przy leczeniu takich form należy zapomocą małego pędzelka obmyć dokładnie wszystkie owrzodzenia, poobcierać części zgorzelowe i kilka razy dziennie pędzlować roztworem lapisu. W niektórych razach należy wyciąć cały migdał, ranę często obmywać, oddalając wysięk i kauteryzując laseczką lapisu.

B. Leczenie okresu owrzodzeń.

Ten okres cechuje się głębokimi owrzodzeniami wypełnionymi wysiękiem, o brzegach i dnie zgorzelinowem. Owrzodzenia te najczęściej bywają na wewnętrznej stronie migdałków, wtedy łatwo ich spozstrzedz; lecz często pojawiają się na tylnej stronie migdałków; i wtedy, niedostępne dla wzroku, mogą znacznie przedłużyć chorobę; dlatego autor radzi w każdym przypadku jaknajdokładniejsze badanie chorego.

Tu także leczenie należy rozpocząć od

dokładnego obmycia rany zapomocą twardego pędzla. Następnie umaczać należy pędzel w proszku lapisu i takowym posypać części chorobowe głębsze, powierzchwie zaś posmarować roztworem. W niektórych razach i tu trzeba się posługiwać laseczką lapisu.

IV. Leczenie błonicowego zapalenia krtani.

Forma ta zdarza się najczęściej u dzieci. Leczenie jej należy rozpocząć od podania środka wymiotnego np. Tartarus stibiat 0,12 na 60,0 co 10 minut łyżeczkę od kawy, przyczem przyspieszać należy wymioty pędzlowaniem twardego i miękkiego podniebienia słabym roztworem lapisu. Po wymiotach trzeba podawać:

Rp. Tartari Stibiati 0,12,
Aquae destillatae 60,0,
Kali jodati 0,6.

M. D. S. Co godzina łyżeczkę od kawy.

V. Leczenie błonicy nosa.

Formę tę leczy autor według przepisów podanych poprzednio; naprzód oczyszczając kilka razy dziennie błonę śluzową zapomocą miękkiego pędzelka, zamoczonego w wodzie, i następnie pędzlując roztworem lapisu. Ponieważ forma ta zdarza się najczęściej u dzieci złotych, dlatego należy równocześnie podawać żelazo i tran z jodem.

Kończy autor swoją pracę opisując liczne ciekawsze chorobowe przypadki i gorąco polecając swoją metodę leczniczą, gdyż o dobrych rezultatach takowej przekonał się przez czas długoletniej praktyki.

C. Stiche.

(Por. ref. z pracy Aufrechta—Dławiec i Dyfteryja (Kronika lek., 1884, Nr. 23), w której autor, wychodząc zresztą z tego samego punktu zapatrywania na istotę choroby, radzi zupełnie odmienne leczenie.

Przyp. Red.)

18. J. MURRAY (b. główny inspektor szpitala w Bengalu). **O patologji i leczeniu cholery.** (*Observations on the Pathology and treatment of Cholera. The result*

of forty years' experience. By John Murray, M. D. II. edition. London, 1884).

Cenny ten rezultat 40-letniej obserwacji autora przeznaczony jest do użytku w razie wybuchu cholery w Anglii, dla zapobieżenia któremu nie może być mowy o pewnym środku jakimś, zważywszy że drogi szerzenia się cholery nie są zbadane. Proste zetknięcie osób bardzo rzadko było obserwowane, jako przyczyna wybuchu epidemii, i kwarantanny, które niegdyś założone zostały z powodu innych epidemij, dla cholery, a tembardziej przy dzisiejszych stosunkach międzynarodowych, pozbawione są znaczenia; co zaś do środków przeciwko zarazkowi cholery, należy mieć na uwadze zawsze nieobojętny ich wpływ na sam organizm ludzki.

Mało jest chorób, w których leki tak słaby wpływ wywierają jak przy cholery w okresie zapaści; ale w pierwszych okresach choroby większy wpływ może wywierać tu leczenie niż przy wielu innych chorobach, nawet z gwałtowniejszym jeszcze przebiegiem. Jedną z najcharakterystyczniejszych cech cholery są nagle przejścia do objawów zupełnie przeciwnych poprzednim: ogólne pogniębienie okresu zwiastunów przechodzi szybko w zwiększoną czynność przewodu jelitowego (biegunka), poczem znowu następuje zapaść i znowu odczyn energiczny. Odpowiednio szybko zmienia się i terapia cholery.

Pierwszy okres cholery (t. z. *malaise*) często nie spostrzeżony zostaje przez chorych; rzadko można go obserwować w szpitalu i nie widzą go ci, którzy uważają zapaść jako główną część choroby; ale już od wybuchu w Indjach z r. 1877 większość inteligentnych spostrzegaczy uznała takowy. W Europie w r. 1830 nie spostrzeżono tego okresu a nawet spierano się często o bieguncę jako o okresie cholery; dopiero od r. 1865 po konferencji w Konstantynopolu uznano powszechnie biegunkę jako stadium choroby.

W r. 1868 ogólnie uznano w Indjach

malaise jako pierwszy okres cholery, który wprawdzie często bez dalszych okresów przemija pod wpływem wydzielin fizjologicznych, wydalających zarazę z ustroju. Wpływy moralne, znużenie, pokarm zły wywołują *malaise*. Najskuteczniejsze środki w tym okresie są: świeże powietrze, resp. wentylacja energiczna, pokarm strawny i pożywny, lekkie ćwiczenia oraz przyjemne i nienużące zatrudnienia, wreszcie środki pobudzające; bardzo oględnie jednak uciekać się należy do leków wysokowych, aromatyczne natomiast nie przedstawiają niebezpieczeństwa; szkodliwie mianowicie działa pogniębienie następujące po cokolwiek obfitszem użyciu spirytusu. Chinina, która w Indjach okazywała się nader skuteczną, wskazaną jest mianowicie w jesieni, w dawkach małych (2—3 razy dziennie po 2 grany) i działa prawdopodobnie już to wzmacniając trawienie już przeciwdziałając miazmatycznemu wpływowi pory roku.

Drugi okres (biegunka) trwa od dwóch lub trzech godzin do 2—3 dni. Niekiedy już po pierwszych 1—2 wodnych stolcach występuje zapaść. Wypróżnienia z początku zwyczajnie stają się coraz wolniejszymi, bladymi i coraz obfitszemi; częstokroć występują stolce mimowolne; wreszcie stają się bezbarwnymi i zawierają kłaczkki; przytem występuje ból w okolicy nadpępkowej, kurcze w kończynach, a często i wymioty; takie płynne wydzieliny z kłaczkami znajdują się w grubych kiszkach i w dolnej części jelita cienkiego u osób nagle zmarłych; w dwunastnicy płyn jest o wiele gęściejszy w żołądku zaś znowu wodnisty, zmieszany z pokarmami i lekarstwami. W niektórych wypadkach biegunka występuje początkowo z bólami w rodzaju dyzenterji, stolce są śluzowe i żółciowe (bilious) lub zmieszane z niestrawionym pokarmem.

Środki czyszczące, nawet olej rycynowy lub proszek Seidlitza, są niebezpieczne i spowodzają często owe swoiste stolce,

Wszelkie odmiany biegunki podczas epidemii usposabiają do zapaści, czy to pobudzając czynność jadu już tkwiącego w ustroju, czy też usposabiając do przyjęcia jadu, przenikającego powietrze lub wodę miejscowości.

Wskazania w tym okresie polegają na uspokojeniu podrażnienia jelit i wstrzymaniu biegunki. Jeżeli podrażnienie zależy od niestrawionego pokarmu, wówczas olej rycinowy z kilkoma kroplami *laudani* przedstawia najlepszy środek. W innych wypadkach użycie oleju jest, jak powiedziano, niebezpiecznym, a należy jaknajwcześniej wstrzymać biegunkę zapomocą środków nie przeciwwskazanych ze względu na żołądek, wątrobę lub nerki. Najlepszy środek, zdaniem autora, przedstawiają tu pigułki o pobudzającej i wiatropędnej własności, złożone z 1 części makowca, 2 części czarnego pieprzu i 3 części *asae foetidae*; pigułki takie—pięciogranowe—podaje się z małą ilością zimnej wody co drugi stolec. W Indjach pigułki te stoją w butlach we wszystkich szpitalach i aptekach, w barakach, na stacjach policyjnych i t. p., najbardziej używano je od r. 1856 i według sprawozdań wyniki są pomyślne, gdziekolwiek były we właściwym czasie użyte.

Chorym lepiej jest powiedzieć, iż są w początkowym okresie cholery niż pozostawiać własnym domysłem, które o wiele bardziej ich męczą, gdy przeciwnie wypowiedzenie prawdy przez lekarza zmniejsza nawet rozdrażnienie ich, gdy wiedzą, że choroba jest rozpoznana w okresie, w którym uleczoną być może. Przytem pamiętać należy, że strata 1—3 godzin często sprowadza skutek fatalny.

Oprócz owych pigułek najlepszych nietylko ze względu na skuteczność, ale i na taniść oraz postać dogodną do użycia, posługiwano się poprzednio niemal powszechnie kalomelem z makowcem, i w istocie w rękach lekarza często może on być użyty z powodzeniem, podobnie jak i sam makowiec; pamiętać jednak na-

leży, że makowiec, wstrzymując czynność żołądka, wątroby i nerek, bywa w niektórych wypadkach szkodliwy. Opium z aromatycznymi środkami stanowi zwykły środek w rozmaitych kroplach szarlatańskich, które w wielu wypadkach w istocie są skuteczne, ale najczęściej drogic.

Adstringentia nietylko są bezpożyteczne ale i szkodliwe (olów, garbnik, siarczan żelaza), albowiem, zmniejszając liczbę wypróżnień, bynajmniej nie wpływają na ich jakość, a zmniejszają przytem inne wydzieliny, według zaś obserwacji d-ra Lewis'a (w r. 1870 w Kalkucie) organizmy rozwijające się w wypróżnieniach choletrycznych bardziej mnożą się w roztworze ołowiu niż w innych solucyjach.

Skoro się uda wstrzymać biegunkę w ciągu 6—8 godz., wówczas można mieć nadzieję na polepszenie, stopniowo wracają objawy właściwe pierwszemu okresowi i utrzymują się przez dni parę. Jeżeli przytem stolce są słabo zabarwione lub prawie białe i mocz skąpo się wydziela, wówczas poprawia stan rzeczy kalomel (3 grany) z opium (gr. jeden) lub jedna pigułka opisanego powyżej składu, poczem w sześć godzin zadaje się łyżkę oleju rycinowego. Lepiej jest gdy wypróżnienie wywołuje się przed nocą, w przeciwnym razie na noc trzeba zadać znowu jedną pigułkę. Łaknienie polepszone być może zapomocą chininy.

Dieta: nieco herbaty z mlekiem rano i wieczór, rosół i kieliszek wina w południe; nawykli do wina mogą użyć więcej tegoż na wieczór. Przechadzka na świeżem powietrzu jest użyteczną, ale unikać należy znużenia, które może wywołać zapaść.

Najtrudniejszym jest leczenie w okresie zapaści (*collapsus*), której autor rozróżnia trzy stopnie:

1) Zapaść początkowa, przy której przytomność istnieje zupełna i zmysły należyte działają, tętno wyraźne, oddech słaby, głos ochryply, trawienie ustało podobnie jak funkcje wątroby, nerek, ból

w dołku, stolce wodniste, jak opisano wyżej, zwykle wymioty podobnym płynem, kurcze w kończynach. Rokowanie zależy tu od siły tętna. Uleczenie następuje niekiedy samo przez się lub tylko przy użyciu zimnej wody, przyczem funkcyje stopniowo wracają do normy.

W tym okresie przede wszystkim idzie o spokój, gdyż są wypadki że podniesienie się z łóżka sprowadza śmiertelne omdlenie. Właściwemi są małe dawki zimnej wody (z lodem, z domieszką kwasu siarczanego lub octowego, to znowu z domieszką węglanów alkali, stosownie do danego przypadku. Wrazie pojawienia się palącego bólu w dołku właściwem jest użycie 10 gram chininy; jako środek dodatkowy dobrze działają pigułki przeciwcholeryczne, ale nigdy w ten sposób, iżby dwie mogły jednocześnie znajdować się w żołądku. Podobnie może skutkować jako środek dodatkowy kalomel po 2 gramy co 2 godziny. Zresztą leczenie przeważnie musi być tu wyczekującym; większość bowiem środków jak: kalomel z ipeką, napairstnica, makowiec wywierając wpływ na wydzielanie żółci, działają szkodliwie na inne części ustroju; korzystniej działają: kamfora z amoniakiem i nastoje pieprzowe.

Wrazie trudności zadawania leków przez żołądek uciec się trzeba do lewatyw, które z powodzeniem stosują się w Indjach od r. 1834. Używa się do tego roztwór z pół uncji soli kuchennej i pół drachmy sody na kwartę ciepłej wody (120° F.), poczem często ustaje biegunka i następuje odczyn. Przy silnej zapaści często też nie ratuje ten środek od śmierci, często jednak usuwa kurcze.

Żółć, mająca według poszukiwań Lewis'a, własność zabijania drobnoustrojów, użyta w ilości pół drachmy w połączeniu z 15 gramami pepsyny, działa często skutecznie (pierwsza zresztą dawka zwykle sprawia wymioty, ale następne utrzymują się i zabarwiają wkrótce odchody stolcowe). Może zachodzi tu związek z fak-

tem, iż w trupach cholerycznych pęcherz żółciowy bywa rozciągnięty, w jelitach zaś żółci niema. Upust krwi, niegdyś zalecany, jest szkodliwy.

2) W drugim okresie zapaści wydzieliny wątroby i nerek są wstrzymane, a serce i płuca działają słabo; przytomność zachowana, oczy zapadłe, język zimny, głos ochrypli, ból piecący w dołku, charakterystyczne wymioty i stolce, brak uryny, pot zimny, skóra palców pomarszczona, mocne kurcze w kończynach.

Wskazanie w tym okresie polega na przedłużeniu życia, podaniu czasu dla sił natury. Sen jest bardzo ważnym czynnikiem w wypadkach tych i dlatego nagromadzenie chorych w jednej sali szkodliwym jest, odejmując spokój. Żyć chorych należy jedynie zapomocą wodnego wyciągu z mięsa (w równych ilościach na wagę z dodaniem kilku kropel kwasu solnego), po 1—2 uncji co 2 godziny, albo zapomocą rosolu lub arrow-root'u i sago na mleku. Silne środki lekarskie są niebezpieczne. Kalomel przed wystąpieniem odczynu jest obojętny, po wystąpieniu zaś może sprzyjać wydzieleniu żółci i moczowi, ale tylko użyty w małych dawkach. Makowiec i chloroform lubo mogą chwilowo złagodzić objawy, jako środki niebezpieczne z powodu wstrzymywania wydzielin, nie mogą być używane. Alkohol w rozmaitych formach wielokrotnie zgon sprowadza tam, gdzie bez użycia tego środka życie mogło być zachowanym. Kamfora i amoniak przeciwnie niekiedy oddają pewne usługi.

Ze środków zewnętrznych gorczyczniki z następczem zastosowaniem morfiny na obnażoną skórę należą do pożyteczniejszych; przypalania i niegdyś stosowane ligatury kończyn wyszły prawie zupełnie z użycia, podobnie jak zastosowanie lodu na grzbiet.

Z liczby podskórnych wstrzykiwań zasługuje na uwagę morfina, łagodząca objawy choroby. Najskuteczniejsza kuracyja w tym okresie jest, według autora, nastę-

pująca: Zimna woda (jak opisano poprzednio), ciepłe enemy ze soli, ciepłe okłady, kamionki, linimenta, gorczyczniki lub wezykatoryje. Dodanie małej ilości chininy do wody zapobiega obostrzeniom, występującym niekiedy po upływie 12 godzin.

Wysiłki fizyczne nawet takie jak usiłowanie podniesienia się mogą spowodować śmiertelne omdlenie.

3) Trzeci okres zapaści odznacza się tem, że ruchy zarówno od woli zależące jak i niezależące są b. osłabione. Przytomność słaba, oczy nawpół otwarte i zapadłe, słuch przytępiony, oddech słaby i przerywany, głos ochryply, tętno niewyczuwalne, stolce wodniste pomimo wolne, niekiedy przed śmiercią na kilka godzin nastające. Wyzdrowienie tu jest rzadkie, z powodu znacznych zmian we krwi, i prawdopodobnie obecności skrzepów w sercu.

Wszelkie środki pozostają tu zwykle bez skutku; wstrzykiwanie roztworu soli do żył może chwilowo spowodować ukazanie się tętna i świeższy wygląd skóry, ale biegunka wraca, wątroba i nerki nie działają i czynność serca wkrótce ustaje; w rzadkich wypadkach obserwował autor wyzdrowienie po użyciu małych dawek wody lodowatej, z małą domieszką sody lub węglanu amonu i małą ilością chininy przy zastosowaniu jednoczesnem rozcierań, lewatyw ciepłych i okładów. Pojawienie się wymiotów i biegunki, gdy już były ustały, podaje lekką nadzieję odczynu. W niektórych przypadkach opisywany stopień zapaści ukazuje się po upływie 1—2 godzin od chwili wystąpienia biegunki cholerycznej; częściej jednak po upływie 4—6 godzin.

Próżno więc niektórzy lekarze wyczerpują wszelką energiją, stosowując najrozmaitsze środki w tym okresie, lepiej jest pozostawić kuracyję wyczekującą inteligentnym dozorcóm a zwrócić uwagę na ratowanie osób będących we wczesnych okresach choroby.

Pierwszy okres cholery (malaise) jeżeli znika, nie pozostawia po sobie żadnych zaburzeń w ustroju; po biegunce cholerycznej stolce niekiedy okazują zabarwienie zielono lub ciemno-brunatno; wówczas używać należy po 2 grany kalomelu i pół pigułki przeciwocholerycznej 2—3 razy dziennie. Przeciwno boleściom używają się gorczyczniki na brzuch; pacjent pozostawiać winien w łóżku. Przy podrażnieniu żołądka—woda lodowata albo gorczyczniki lub wezykatoryje w dołku. Pokarmów stałych używać nie należy, tylko rosół, herbatę, arrow-root, nieco wina, i taki rodzaj diety trwać winien jeszcze 2—3 dni po ustąpieniu nieprawidłowych wypróżnień.

Po zapaści istnieją jeszcze niekiedy wymioty i nieprawidłowe wydzielenie moczu, przeciwko któremu używa się kalomel oraz wezykatoryje i chloran potasu. Przy wymiotach ciągłych żywić należy chorego zapomocą lewatyw z mleka, rosółu, arrow-rootu, w niektórych razach enemy pobudzające; do wewnątrz zaś małe dawki wody lodowatej. W ogólności nie należy uciekać się do środków gwałtowniejszych, a zadawałać się wolnem znikaniem objawów.

Po nastąpieniu rekonwalescencji świeże powietrze, wentylacja przedstawia wskazania niekiedy życiowe o czem przy urządzaniu szpitali należy pamiętać. Ze środków lekarskich stosownie do objawów używają się: kalomel, ipeka, chloran potasowy, chinina która sprzyja działaniu innych leków.

Niekiedy po reakcji występują groźne objawy mocznicy. W mózgach osób zmarłych w tym okresie znajduje się lekkie przekrwienie tkanki mózgowej oraz lekki wylew surowiczego płynu, nasyczonego mocznikiem. U chorych uremicznych często występuje gwałtowne majaczenie, zwłaszcza gdy używano wysokoku lub chloroformu. Gwałtowne postacie mocznicy zawsze kończą się śmiercią.

Z miejscowych środków przy uremii

najlepsze są: lód, pijawki, synopizma, oprócz tych używają się z powodzeniem kalomel i ciepłe kąpiele, ale nadzieja pojawia się dopiero z chwilą rozpoczęcia się czynności nerek.

Mocznica nie zależy od samego braku wody we krwi ani od zmian organicznych w nerkach, ale raczej od zmian w układzie nerwowym.

W wątrobie organicznych zmian nie ma zwykle w trupach ludzi zmarłych na cholera, ale pęcherz żółciowy jest rozciągnięty nagromadzoną żółcią. Jeżeli zapaść trwa krótko, wówczas funkcja wątroby i żółci w stolcach pojawia się szybko; w ogólności zaś wraca wcześniej niż czynność nerek, i należy wspierać tę czynność, która łagodzi i objawy mózgowie zależące od mocznicy. Właściwe tu są małe dawki kalomelu z ipeką, makowiec jest przeciwwskazany.

W jelitach trupów częstokroć są minimalne tylko zmiany, jak różowe zabarwienie w jelicie cienkim, śluz i płyn białawy i to nie zawsze; niekiedy pod mikroskopem dostrzedz można braki nabłonka, a w stolcach odlewy gruczołów. Wodniste, krwawe stolce po nastąpieniu odczynu stanowią bardzo złą wróżbę, wyzdrowienie rzadko wówczas następuje. Zmiany w gruczołach Brunner'a i Payer'a przedstawiają już nie istotę ale następstwo choroby, i nie ma ich w gwałtownych wypadkach. Zależą one od podrażnienia kałem, niestrawionym pokarmem i t. p. Przy opisanych stolcach nieprawidłowych używają się: lewatywy z krochmalu z dodaniem makowca, małe ilości kalomelu, chininy, wizykatoryje na brzuch, dieta ścisła; w długotrwałych wypadkach pobyt na świeżem, morskiem powietrzu; przy obecności wrzodów—enemy z octanu ołowiu lub azotanu srebra. Przy wymiotach małe dawki chloralu, ewent. enemy pożywne.

Przy rekonwalescencji wskazaną jest dieta pożywna co do jakości i skąpa co do ilości pokarmów, oraz noszenie pasa flanelowego, pożyteczne i dla zdrowych pod-

czas epidemii, gdyż chroni sympatyczny układ nerwowy od zmian ciepłoty; dalej wskazaną jest zmiana powietrza i wody mineralne.

Konieczne podczas epidemii są specjalne szpitale izolowane; leczenie w szpitalach ogólnych sprzyja rozwojowi epidemii. Nagromadzenie pacjentów w sali jest szkodliwe, koncentruje bowiem zarazę i pognębiająco działa na chorych, widzących agonję sąsiadów; oddzielna sala dla umierających odbiera znowu takowym ostatnią nadzieję. Najlepsze są drewniane baraki na cztery łóżka niezbyt oddalone od centrów epidemii.

J. Polak.

III. Chirurgija.

19. GUYON. **O wstrzykiwaniach do pęcherza moczowego.** (*Leçons cliniques à l'hôpital Necker, Annales des maladies des organes Génito-Urinaires*, N. 5, 1884).

Wstrzykiwania do pęcherza robić możemy w dwojakim celu, popierwsze, aby podziałać na ściany jego, albo też na zawartość *mechanicznie*; podrugie, aby podziałać na ściany lub zawartość pęcherza *chemicznie*.

Wstrzykiwania w zamiarze działania mechanicznego na ścianę pęcherza robimy właściwie w celu zwiększenia pojemności takowego. Potrzeba tego zachodzić może w tych rzadkich przypadkach niezwyklej kurczliwości ścian pęcherza, w których, przy normalnym stanie błony śluzowej, pęcherz bardzo małe tylko ilości moczu zatrzymywać może. Rozszerzanie jednak takie nie może się naturalnie obejść bez rozciągania ścian pęcherza, a to ostatnie, jak wiadomo, może zwiększyć istniejące zapalenie. Dlatego też G. radzi stosować metodyczne rozszerzanie pęcherza tylko w tych wypadkach, w których napewno zapomocą chemicznego i drobnowidzowego badania dowiedzionem zostanie, że mocz nie zawiera żadnych składników, pozwalających podejrywać najlżejsze

choćby zapalenie błony śluzowej pęcherza.

Daleko szersze zastosowanie ma mechaniczne działanie przemywań na zawartość pęcherza: mówimy tu o wypłókiwaniu z pęcherza ciał obcych, jak np. rozkruszonych kamieni po litotrypsyi, skrzepów krwi, komórek ropnych i t. d. Leczą tu są przeciwwskazania: za jedno z najważniejszych uważa G. bolesność (patrz N. 24 Kron. Lek. Guyon: „O wrażliwości pęcherza moczowego na dotyk i rozciąganie“). Drugim przeciwwskazaniem jest ostry stan zapalny w nerkach; przy przewłocznych bowiem cierpieniach tychże ostrożnie robione wstrzykiwania nie sprządzają szkodliwych następstw.

Co się tyczy wyboru instrumentu, zastosowywanego w wyżej oznaczonym celu, G. radzi używać cewnika metalowego jedynie dla uwolnienia pęcherza od nagromadzonych w nim odłamków kamieni i piasku po litotrypsyi, w wyjątkowych zaś tylko razach radzi użycie tegoż przyrządu przy większej ilości i znacznej wielkości skrzepów krwi. W pozostałych wypadkach autor przekłada użycie cewnika miękkiego z wulkanizowanego kauczuku.

W większości wypadków, podług zdania autora, za dostateczną grubość uważać należy Nr. 21 cewnika metalowego, kauczukowego zaś Nr. 18, a nawet Nr. 16.

Zgięcie dzioba cewnika metalowego powinno być dosyć duże. Co do otworów, to najlepiej, gdy cewnik posiada dwa; warunek ten bowiem wpływa korzystnie na wywołanie silniejszego prądu płynu w pęcherzu, co ze swej strony pomaga do dokładniejszego wymycia tegoż.

Już z tej wychodząc zasady, G. nie radzi używać cewników „à double courant“, gdyż ruch wywołany w pęcherzu prądem płynu, wchodzącego przez ciekłą doprowadzającą rurkę cewnika, jest bardzo nieznaczny, wskutek czego piasek, odłamki kamieni, a nawet ropa i t. p. obce ciała pozostają w znacznej części nieporuszone na dnie pęcherza. Niemniej ważną prze-

szkodą w zastosowaniu cewników „à double courant“ jest ta okoliczność, że kanał odprowadzający tychże musi być stosunkowo cieńszy, przez co wyprowadzenie nazewnątrz większych odłamków staje się niemożliwym. Wreszcie i grubość całego cewnika „à double courant“, a więc jego numer musi być zawsze wyższym, aniżeli numer cewnika zwyczajnego o jednym prądzie; gdy bowiem użyjemy cewnika pojedynczego Nr. 25, to dla osiągnięcia tego samego rezultatu musimy zastosować cewnik „à double courant“ Nr. 30. Rzecz prosta, że wprowadzenie tak wysokich numerów nigdy nie jest pożądaniem, a często niebezpiecznym.

Do wstrzykiwania płynu należy używać szpryc średniej wielkości (seringue à hydrocèle), w których tłok powinien się poruszać lekko. Łatwość poruszeń tłoka stanowi tu okoliczność nader wielkiej wagi, gdyż pozwala wstrzykiwacemu wy czuć nawet słaby opór, jaki przedstawia wchodzącemu płynowi sprężystość ścian pęcherza, a zatem daje możliwość ustrzedz chorego pęcherz od nadmiernego rozciągnięcia, co, jak wiadomo, jest bardzo ważnym. Dlatego też szprycę powierzyć można tylko doświadczonemu lekarzowi; jeżeli zaś dla jakichbądź przyczyn wstrzykiwania dokonywane być mają przez osobę niedoświadczoną, lub nawet przez samego chorego, w takim razie zalecić wypada użycie irygatora z średniej długości (około 1½ metr.) rurką kauczukową.

Ilość wstrzykiwanego płynu, podług autora, ma być niewielką, zależnie jednak od wypadku chwije się ona od ½ do 2 litrów i więcej. Samo wstrzykiwanie zato odbywać się powinno szybko i energicznie. W wypadkach, które mamy tu na uwadze, autor radzi wyłącznie używanie 4% roztworu kwasu bornego.

Położenie chorego w czasie wstrzykiwania powinno być poziome; wyjątek stanowią tu tylko wypadki, w których zbyt słaba, z powodu atonii ścian energia skur-

czów pęcherza wznowioną być musi współdziałaniem tłoczni brzusznej. Niemniej jednak nie należy nigdy zupełnie opróżniać pęcherza, owszem po każdym wypuszczeniu trochę płynu pozostawić należy.

Częstość wstrzykiwań zależy też od wypadku. Można robić takowe codziennie, ale o ile możności wystrzegać się należy wstrzykiwań po kilka razy na dzień.

Wstrzykiwania z zamiarem podziałania chemicznego, mają przedewszystkiem na celu powstrzymanie rozkładu moczu; prócz tego jednak powinny one działać i na błonę śluzową pęcherza, aby doprowadzić ją do stanu normalnego. Inaczej przerwanie fermentacji moczu będzie zawsze tylko czasowem.

Dla zadosyćuczynienia obydwom wspomnianym warunkom, G. ucieka się do następujących środków. W niektórych wypadkach, do zmiany odczynu moczu dostatecznymi bywają proste przestrzykiwania z letniej wody, które, uwalniając błonę śluzową od ciągłego zetknięcia się z ropą, przez to samo stawiają ją w warunkach, sprzyjających zdrowieniu i usuwają tym sposobem jedną z przyczyn fermentacji. Czynnij już występują przestrzykiwania 4% roztworem kwasu borowego; one bowiem, niezależnie od czysto mechanicznego działania, mają nad pierwszemi tę przewagę, że raz działają przeciwgnilnie na sam mocz, z drugiej zaś strony nie pozostają obojętnymi i przy zetknięciu się z samą błoną śluzową.

Nareszcie najsilniej działającym środkiem jest roztwór azotanu srebra, który, tak z powodu zbawiennego wpływu na błonę śluzową w stanie zapalnym będącą (G. nazywa go nawet „ami des muqueses“), jak i z powodu własności zabijania grzybków — odpowiada w danym razie wszelkim wymaganiom leczniczym.

Wstrzykiwanie roztworu azotanu srebra trzeba robić po uprzednim przemyciu pęcherza obojętnym płynem dla oczyszczenia błony śluzowej. Wstrzykiwać na-

leży powoli i w dwóch dawkach, zatrzymując płyn przez dwie do trzech minut w pęcherzu; cewnik musi być wyjętym przed zupełnym opróżnieniem pęcherza, aby reszta płynu podziałała na błonę śluzową tylnej części kanału moczowego, będącej zawsze zajęta przy zapaleniach pęcherza. Roztwór azotanu srebra G. radzi brać 0,25 na 125 wody (gram jeden na uncję wody). Ogólnem przeciwwskazaniem do wszelkich wstrzykiwań jest bolesność i w takich razach G. radzi robić zamiast wstrzykiwań instylację do pęcherza kilku kropel (od 10—20) roztworu azotanu srebra z gramów 10 do 20 na uncję wody.

J. Garbowski.

20. Prof. Ed. v. WAHL. **Zjawiska wysłuchowe przy zranieniu tętnie i w tak zwanych tętniakach traumatycznych.** *Ueber die auscultatorischen Erscheinungen bei Gefäßverletzung und sogenannten traumatischen Aneurysmen.*— (*Deut. Zeitschr. f. Chir. Bd. 21—H. 1 u. 2. 1884 r.*).

Jako objawy, upoważniające nas do przypuszczenia, iż pień tętniczy został zraniony wyliczają zwykle:

- 1) krwotok na zewnątrz.
- 2) krwotok do tkanek otaczających naczynie (krwawe nacieczenie, tętniak traumatyczny nietętniący lub haematoma periarterialis primaria Klebsa).
- 3) brak tętna poniżej uszkodzonego miejsca.
- 4) szereg objawów ogólnych jako to: zemdlenie, wymioty, pragnienie bezgłos i t. d.

Wszystkie wymienione tu objawy rzadko jednak wystarczają do postawienia stanowczego rozpoznania. I tak:

- 1) *krwotok na zewnątrz* zwykle już ustał przed tem, nim się chory dostał w ręce lekarza, a wtedy ten ostatni musi się zadowolnić opowiadaniem samego chorego lub otaczających, obejrzeniem bielizny i ubrania i z tych chwiejnych danych sądzić o wielkości i pochodzeniu krwotoku, co mu się naturalnie nie zawsze udaje.—

Co główniejsza, na sumienne zebranie tych danych potrzeba czasu, którego najczęściej właśnie w takich razach nie ma (na przykład na polu bitwy), ztąd też wskazania do pierwotnego podwiązywania naczyń bardzo zostały ograniczone; utarło się zdanie Neudörfera, iż jeśli tętnicy krwotok sam się powstrzymał to krwotok wtórny nie grozi przed upływem 4 lub 5 dni i dla tego odkładano podwiązanie rzeczywiście do późniejszego czasu, mianowicie do pojawienia się krwotoku wtórnego. — Czy takie postępowanie jest dozwolone, czy nie zagraża ono utratą życia chorego, o tem poniżej.

2) *krwawe nacieczenie tkanek* ma też bardzo względną wartość rozpoznawczą już z tego powodu, iż dla powstania tego objawu niezbędne są zupełnie swoiste warunki, a mianowicie: odpowiednia długość kanału rany, możliwość zamknięcia go przez kurczące się włókna mięśniowe, tętnica musi być otoczona luźną tkanką, na koniec, co najważniejsza naczynie musi być tylko nadciętem, a nie zupełnie przeciętem, gdyż w tym ostatnim razie światło jego szybko się zamknie i nacieczenia nie będzie.

3) *brak tętna* poniżej zranienia utracił też zupełnie swą wartość rozpoznawczą; w wielu wypadkach, w których nie ma zranienia tętnicy może brakować pulsu (nprz. przy ucisku wywartym na naczynie przy zamknięciu jego światła skrzepem i t. d.), z drugiej znowu strony po zranieniu głównego pnia tętniczego puls ani na chwilę bić nie przestaje (Pirogow), szczególnie jeśli ciągłość ścianek naczynia nie na całym obwodzie przerwana została.

4) co do objawów ogólnych te są jeszcze bardziej zwodnicze, mogą być na przykład wprost rezultatem silnego wstrząśnienia nerwowego.

I tak widzimy, iż w tak ważnej kwestyi, jak symptomatologija świeżych obrażeń tętnic, nie stoimy dotąd jeszcze na wysokości zadania, każda więc próba, dążąca

do udoskonalenia naszych środków rozpoznawczych w tym kierunku, skwapliwie przyjętą i wypróbowaną być winna.

Taką właśnie próbę—zastosowanie wysłuchiwanie w celu rozpoznawania obrażeń tętnic, przedstawia prof. Wahl w streszczanym artykule.

Fakt, iż w miejscu zranienia tętnicy powstaje pewien szmer był już zaznaczony przez Guthrie'go, późniejszy jednak autowie tak ściśle zespolili szmer z istnieniem tętniaka, że to się właśnie przyczyniło do pominięcia tego tak ważnego objawu zranienia naczynia. Przypuszczano, iż warunki niezbędne dla powstania szmeru będą dane dopiero wtedy, gdy się wytworzy na zranionem naczyniu prawdziwy tętniak t. j. ograniczona przestrzeń, do której wlewa się krew z komunikującego z nią naczynia przy każdym skurczu serca. Kliniczne jednak badania wykazują, iż szmery powstają w skutek przerwania ciągłości ścianki naczyniowej,—to jest przyczyną fizyczną powstawania określonych zjawisk akustycznych, występujących pod postacią szmeru.

Nauka o powstawaniu szmerów w naczyniach długo była niejasną, dopiero po pojawieniu się prac Ward'a, Hope'go i Corrigan'a większość badaczy zgodziła się na to, iż szmer powstaje we wszystkich tych miejscach, w których płyn z wąskiej rury przechodzi do rozszerzonego miejsca. Jeżeli zważymy, iż przy nadcięciu ściany tętnicy kanał w którym krew przepływa zostaje absolutnie rozszerzonym, musimy teoretycznie dojść do przekonania, iż we wszystkich tych razach szmer zaraz po zranieniu naczynia powstać powinien.

Asystent prof. W. Dr. Blau, postarał się dowieść eksperymentalnie ten dowód terapeutyczny. W tym celu przeprowadził szereg badań fizycznych nad przepływem płynów w rurach sprężystych, i badania doświadczałne na zwierzętach.—Poszukiwania te przekonały go, iż ilekroć razy na rurce, w której przepływała woda, zrobił boczne nacięcie, zawsze za po-

mocą stetoskopu, przyłożonego do ścianki przeciwległej otworowi, słyszał wyraźny szmer podmuchowy. Doświadczenia na zwierzętach przekonały, iż przy nadcięciu tętnicy powstaje prawie zawsze szmer, tam zaś gdzie go nie było albo naczynie okazało się zamkniętem przez skrzep albo tętnica w całej swej grubości przecięta została.

O dostarczenie odpowiednich danych klinicznych postarał się sam prof. v. Wahl, zebrał on mianowicie 21 wypadków zranienia głównych pni tętnicznych, częścią z literatury, częścią z własnych obserwacji, w których zanotowano różne objawy wysłuchowe. Zestawienie tych objawów z rodzajem obrażenia naczynia doprowadziło autora do następujących wniosków ogólnych:

1) przy każdym nadcięciu tętnicy, gdzie zatem krew płynie jeszcze ku obwodowi w rynience utworzonej przez nie-naruszoną część ścianki naczyniowej, wysłuchiwanie odkrywa przepuszczające, izochroniczne z pulsem, podmuchowe lub skrobiące szmery, występujące najwyraźniej na miejscu zranienia i rozprzestrzeniające się w obie strony (do środka i obwodu), ale zawsze dalej w kierunku strumienia krwi. W większości takich wypadków puls daje się wyczuć poniżej obrażenia, jest tylko cokolwiek słabszy od wyczuwanego po stronie zdrowej.

2) w pewnych, usposobionych odpowiednio okolicach ciała, przy dostatecznie długim kanale rany, jeśli krwotok na zewnątrz w skutek krzepnięcia krwi szybko ustał, a tętnica zupełnie przecięta nie była, tworzą się bardzo szybko większe lub mniejsze okołotętnicze nacieczenia krwawe (Haematoma periarterialis), które nie tętnią, lecz za to dają bardzo wyraźny szmer podmuchowy izochroniczny z pulsem.

3) szmeru nie usłyszymy: a) jeśli tętnica została przecięta w całej swej grubości, a końce jej skurczywszy się zamknęły czasowo światło naczynia; b) jeśli

tętnica wprawdzie nadciętą tylko została, lecz światło jej w tem miejscu czasowo zamknięte zostało skrzepem. Jednem słowem szmeru nie ma we wszystkich tych razach w których swobodny przepływ krwi przerwany został. W takich razach rozpoznanie należy oprzeć na zupełnym braku tętna poniżej obrażenia.

4) jeżeli dośrodkowy lub obwodowy koniec zupełnie przeciętej tętnicy, jakiś czas zamknięty, znowu się otworzy w dalszym przebiegu rany, wtedy powstaje guz krwawy tętniący (pulsirendes Haematom, endständiges Aneurysma), który jednak nie wykazuje żadnych szmerów. W jednym tylko razie szmer usłyszymy, mianowicie jeżeli jednocześnie była obrażoną żyła i jeśli krew tętniąca przenika do żyły

Praktyczne znaczenie szmerów słyszalnych przy obrażeniu tętnicy jest jasnem, Jeśli za pomocą tego objawu będziemy w możności stanowczo rozpoznawać zranienie tętnicy, tam gdzie główny jego objaw — krwawienie ustało, to zdanie Guthrie: iż nie należy wykonywać żadnych operacji na zranionej tętnicy, która nie krwawi, traci zupełnie swą wartość. — Właśnie ten okres przerwy w krwotoku należy użytkować, aby uniknąć krwotoków wtórnych, które według zestawienia Fischer'a dają 60 do 80% śmiertelności. W tym właśnie okresie wolnym od krwawienia należy naczynia odnaleźć i podwójnie podwiązać; da się to wtedy łatwiej skuteczniej niż podczas krwotoku, a uwalniając jednocześnie ranę od skrzepów krwi zapewnimy tem samem aseptyczny przebieg gojenia.

W. Krajewski.

IV. Dermatologija.

21. P. G. UNNA. *Zur Klinik und Therapie des Lichen ruber.* (Petersb. Med. Wochenschrift. 1884, N. 45, 46, 47, 49 i 50).

Zanim Hebra odkrył skuteczność arseniku przy lichen ruber, trzynaście wy-

padków ciężkich tego cierpienia w oczach jego zakończyło się śmiercią.

Arszenik skuteczny jest w każdym okresie choroby, działa jednak powoli; leczenie arsenikiem trwa wiele tygodni, nawet miesięcy.

Autor stosuje od paru lat inną, mianowicie miejscową metodę, która daje znacznie szybsze wyniki. Metoda ta zasadza się na wcieraniu w skórę dwa razy dziennie maści następującej:

Rp. Ung. zinci Wilsoni 500,0
Acidi carbolici . . . 20,0
Sublimati . . . 0,50 — 1,0

Leczenie trwa od 8 dni (w świeżych, ostrych wypadkach) do 4 tygodni (w zastarzałych).

Co do samego cierpienia, autor rozróżnia 3 postacie lichen r., trzy wybitne typy, które jednak rozwijać się mogą obok siebie na jednym chorym.

Lichen r. accuminatus (po raz pierwszy opisany przez F. Hebrę) zjawia się najczęściej nagle, w ciągu jednego dnia, z dreszczykami i silnym swędzeniem. Swędzenie stanowi wybitny objaw cierpienia, jakkolwiek w przewlekłych wypadkach zwolna słabnie.

Wysypka przedstawia się, jako gęsto usiane maleńkie, czerwone, stożkowate guziczki, wielkości ziarnka gorczycy, z łuszczką u wierzchołka. W dalszym przebiegu guziczki zlewają się i przedstawiają sino-czerwone, łuszczące się i mocno swędzące, nacieczone „plaques.“ Nieleczony, może lichen accuminatus zająć całą skórę, zniszczyć włosy i paznokcie, spowodować ogólne wyniszczenie i śmierć. Zdarzają się jednak i lekkie wypadki.

Inne postacie opisywanego cierpienia nie dają się pomieścić w ramach lichen r. planus jak to czynią podręczniki; autor odróżnia tu jeszcze dwa typy:

Lichen obtusus (lichen planus Wilsoni) przedstawia się w postaci lekko wzniesionych, u góry spłaszczonych guzików,

wielkości ziarnka pieprzu do soczewicy, ciemno-czerwonych, gładkich, twardych, z woskowym połyskiem. Guziki te opatrzone są zwykle w środku drobnutkiem charakterystycznym zagłębieniem (delle).

Wreszcie *Lichen planus*, bardzo mało dotychczas znany (Neumann), przedstawia się w postaci dużych czerwonych plam, pokrytych łuską. Plamy te mogą dojść do wielkości srebrnego talara, są talerzykowate, t. j. u brzegu lekko wzniesione, ku środkowi zaś zagłębione, i pokryte białawymi plamkami.

Plamy opisane mogą powstać od razu, lub też przez zlanie się drobnutkich płaskich guziczków.

Obie ostatnie formy rozwijają się powoli, mniej swędzą, rzadko zajmują całą powierzchnię skóry i nie sprowadzają charłactwa. Leczą się metodą Unny, jak lichen r. accuminatus; arsenik działa tu jeszcze powolniej.

Istota i przyczyny cierpienia są zupełnie nieznanne; przy lichen accuminatus zajęte są przeważnie woreczki włosowe, przy lichen obtusus ujścia gruczołów potowych.

Niekiedy na plamach (lichen planus) zjawiają się pęcherze. *Funk.*

MISCELLANEA.

22 Wypadek wycięcia nowotworu z mózgu (p. 2 poprzednie N-ra Kroniki lekarskiej) zakończył się śmiercią pacyenta (23 grudnia r. z.). W ciągu pierwszych 21 dni polepszenie postępowało bez przerwy, poczem nagle wybuchły objawy zapalenia opon mózgowych, które spowodowały zejście śmiertelne (w cztery tygodnie od chwili operacji). Przy sekcji pokazało się, że rana zniszczyła większą część wstępującego zwoju ciemieniowego oraz wstępującego czołowego, nadto wykryto objawy zapalenia opon.

(*The Brit. Med. Journ.* 3-go Stycznia r. b.).

23 Dr. Jaksch. O badaniu moczu. (*W. Med. Woch.* Nr. 49—1884). Po większej części w moczu znajduje się nie jedno, lecz więcej ciał białkowych (serumalbumin, globulin lub propepton, oxyhaemoglobin, fibrin i pepton). Aby rozstrzygnąć, czy

mocz zawiera serumalbumin, pepton lub propepton należy zrobić trzy reakcje: 1) mocz się gotuje i miesza się następnie z kwasem saletrzanym; osad białkowy nie zniknie, lecz zostaje w postaci kłaczków. 2) Do przefiltrowanego moczu dodaje się kw. octowego w nadmiarze, a potem nieco żółtej soli; w obecności białka powstaje znaczne zmętnienie, 3) Gotuje się mocz z ługiem potasowym i siarczanem miedzi; przytem staje się on błękitnym. Jeżeli pierwsza próba jest ujemną, a druga dodatnią—jest-to znakiem, że mocz zawiera propepton. Przekonywa o tem najwidoczniej powstanie osadu po dodaniu soli kuchennej i kw. octowego. Jeżeli 1-sza i 2-ga próba są ujemne, a 3 cia dodatnią—mocz zawiera pepton. Wobec małej ilości peptonu i nieobecności śluzu w moczu otrzymuje się osad po dodaniu kw. octowego i kw. fosforowolframowego.

M. H.

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Na posiedzeniu wyborczem odbytem dnia 7 go b. m. obrano: na prezesa d-ra *Gepnera*, na wice-prezesa d-ra *Rogowicza*, na sekretarza rocznego d-ra *Nussbauma*.

— Wiedeńskie kolegium lekarskie. Posiedzenie d. 17 listopada 1884 r.

Prof. dr. Albert: O nowych poszukiwaniach, tyjących się mechanizmu złamań czaszki. A. omawia szczególnie 3 punkty: 1) sprężystość czaszki, która była pierwszy raz badaną przez O. Brunsę sposobem, niewytrzymującym obecnie krytyki, ponieważ tenże oznaczył zmianę postaci ściśniętej w śrubie czaszki, nie przekonawszy się przedtem czy nie powstały przy tem pęknięcia (fissurae). Baum uniknął tego błędu, znalazł natomiast mniejszą sprężystość czaszki. Doświadczenia Hyrtl'a, Félicet'a, Bergmann'a nie rozwiązują kwestyi; dopiero O. Messerer robiąc doświadczenia zapomocą maszyny Werdera (Festigkeitsmaschine) doszedł do wniosku, że czaszka jako całość posiada pewien stopień sprężystości.

2) Messerer maszyną Werdera badał też wynik ściśnięcia czaszki w wymiarze poprzecznym i podłużnym. Otrzymał przytem pęknięcie podstawy czaszki w kierunku równoległym kierunkowi ucisku. Nicolai Hermann powtórzył te doświadczenia i otrzymał podobne wyniki. Uciskając zaś czaszkę w kierunku diagonalnym i pionowym, otrzymał w pierwszym przypadku szczelinę diagonalną podstawy, a w drugim obrączkowe nadłamanie podstawy czaszki naokoło for. occip. magn. Badania kli-

niczne i anatomiczne zupełnie potwierdzają te doświadczenia.

3) Złamania czaszki wskutek ucisku należą do rzadkości; częściej następują one wskutek uderzenia t. j. prędkiego działania jakiegoś ciała na ograniczoną część powierzchni czaszki. Dr. Schram zajął się badaniem powstawania złamań czaszki przez uderzenie i doszedł do wniosku, że siła potrzebna do złamania czaszki odpowiada uderzeniu młota, wykonanemu z całą siłą, i, że złamania powstać mogą na miejscu odległym od miejsca uderzenia, Messerer powtórzył te doświadczenia na większej ilości trupów i dowiódł, że do wykonania złamania czaszki są konieczne różne siły, zależne od tego, na jakiej podstawie czaszka się znajduje (na twardej czy sprężystej). Jeżeli nazwać iloczyn z wysokości spadnięcia ciała uderzającego (Fallhöhe) na wagę tegoż ciała (Fallgewicht) kilogramometrem, to czaszka leżąca na twardej podstawie wymaga do złamania 3—4 kgrmetr., a na elastycznej (jak np. kręgosłup)—24 kgrmetr. Złamanie nie zależy od kształtu uderzającego ciała. Od miejsca złamania odchodzą w różne strony szczeliny, pęknięcia czaszki, których przebieg podług Aran'a odpowiada najkrótszej odległości od sklepienia czaszki do podstawy; podług Felicet'a wybierają one najłabsze miejsca czaszki, a omijają mocniejsze (jak piramidy, crist. frontalis, occipitalis i t. p.), a Messerer sądzi, że przebiegają one po merydianach sferoidu czaszki. Wkońcu omawia A. doświadczenia Perrin'a, podług których przy włożeniu sprężystego ciała między ciałem uderzającym i sklepieniem czaszki powstają pęknięcia w miejscach oddalonych.

M. H.

— Towarzystwo lekarskie berlińskie. Posiedzenia 17 grudnia 1884 r.

Prof. *Senator* mówi o uleczeniu wymiotów kałowych (ileus) przez przepłókiwanie żołądka. Chory wieku lat 22 dostaje bez wszelkiej przyczyny nagle gwałtownych bólów brzucha w okolicy podpepkowej. W dwa dni później—wzdęcie brzucha, czkawka. Wciągu następnych 5 dni upadek ogólny, wymioty, zapasć. Dziesiątego dnia choroby pierwsze wymioty kałowe. Lewatywy i środki przeczyszczające pozostają bez skutku. Czternastego dnia rozpoczęto przemywanie żołądka; już po pierwszym nastąpiła ulga, następnego dnia wśród poprawy ogólnego stanu wymioty ustały i miało miejsce wypróżnienie. Później poprawa przez dziesięć dni. W jamie biodrokątnej prawej można było wymacać wyraźne zwiększenie odporności. Następnie pogorszenie, gorączka silna, czkawka i wymioty ustępujące jednak po przepłókanu żołądka. W 4-tym tygodniu chory zmarł, przy badaniu zwłok znaleziono gruźlicę otrzewnej. Światło kiszek wszędzie wolne.

Autor opisuje jeszcze dwa przypadki ze szczęśli-

wem zejściem. Przepłókiwanie działa więc uśmie-
rzająco i to racjonalniej niż dotychczasowe poda-
wanie makowca i zdaje się jest w stanie doprowa-
dzić do zupełnego wyleczenia.

W dyskusyi p. *Ewald* zaznacza, że widział za-
wsze przy przepłókiwaniu żołądka pobudzenie ru-
chów robaczkowych kiszki. Nie uznaje jednak za
słuszne podawać przy wymiotach kałowych środ-
ków czyszczących.

P. *Fraenkel* sądzi, że przepłókiwanie działa tu
wywołując zupełną zmianę dotychczasowych stosun-
ków ciśnienia w przewodzie żołądko-kiszkiowym.

P. Senator zgadza się z powyższem zapatrywa-
niem, sądzi jednak że w razach, gdzie nie ma pe-
wności co do mechanicznej natury uwięźnięcia—
wskazaniem jest użycie środków czyszczących.

(*D. Med. Woch.* 52).

Wiadomości bieżące.

— **Księga pamiątkowa redakeyi „Gazety
lekarskiej“, wydana dla uczczenia 25-letniej
działalności profesorskiej d-ra Henryka Ho-
yer'a.**

Wydawnictwo to z wielu względów jest godnem
szczególniejszego uwydatnienia w szeregu okazów
literatury lekarskiej i literatury naszej wogóle. Stro-
na zewnętrzna książki, najbardziej w oczy bijąca przy
powierzchniowym zaznajomieniu się z rzeczą, nie za-
mienia zalet jej wewnętrznych, gdy głębiej w treść
wnikniemy.

Sklada się ona z prac oryginalnych. Jeżeli nie
masz w ich liczbie artykułów stanowiących epokę
w nauce, to jednak każda praca, lub prawie każda
przynajmniej, stanowi nie małej wartości przyczynek
do tej lub owej gałęzi medycyny. Niektóre z nich
traktują przedmiot ze stanowiska bardziej ogólnego,
inne są kazuistyczne.

Tytuły prac brzmią jak następuje:

1) *Matlakowski*, Henryk Hoyer. 2) *Kamocki*, O i-
stotnem znaczeniu gruczołów Bermann'a. 3) *Jakow-
ski*, Przyczynek do nauki o rozwoju tkanki tłuszczo-
wej. 4) *Modrzejewski*, Wyniki badań narządów słuch-
owych u 234 głuchoniemych. 5) *Kramsztyk* Z. Wrzód
pełzający rogówki. 6) *Klink*, O działaniu podskór-
nych wstrzykiwań rtęcio-formmidu przy leczeniu
przymiotu. 7) *Rejchman*, Przyczynek do drobnowi-
dzowej morfologii kału. 8) *Sokołowski*, O włóknistej
postaci suchot płucnych. 9) *Chelchowski*, O zarasta-
niu naczyń krwionośnych w płucach. 10) *Malinow-
ski*, O miejscowem użyciu pepsyny przy błonicy
II) *Pawiński*, O szmerach sercowych słyszanych z od-
ległości. 12) *Dumin*, O zmianach anatomicznych
w płucach przy ich ucisku. 13) *Kornilowicz*, O bar-

wieniu ciał w mózgu i rdzeniu kręgowym. 14) *Fa-
bian*, O zjawisku oddechem Cheyne-Stokes'a. 15) *Gaj-
kiewicz*, O zaburzeniach odżywczych a w szcze-
gólności o twardzieli skóry. 16) *Chrostowski*, O pę-
knięciach śledziony. 17) *Nencki*, Torf otwoki. 18) *Prze-
wowski*, O ukazywaniu się w moczu kawalków
zmarłwiałej tkanki nerkowej. 19) *Gepner*, Rzadki
przypadek sympatycznego cierpienia oka. 20) *Gros-
stern*, Przyczynek do nauki o białacze. 21) *Jawdyn-
ski*, O leczeniu dymienic pachwinowych. 22) *Anders
L.* Przyczynek do kazuistyki krwotoków płucnych.
23) *Żera*, Przyczynek do spostrzeżeń klinicznych nad
luszczycą. 24) *Jasiński*, Wskazania przyczynowe do
leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa. 25) *He-
ring*, Przyczynek do nauki o t. zw. nadżarciach nie-
żytowych krtani. 26) *Elsenberg*, Zmiany nerek
przy otruciu rtęcią. 27) *Nussbaum*, Poszukiwania
nad oddziaływaniem soku trzustkowego na niektóre
truczyny. 28) *Anders T.* Wiewiór zgorzelinowy. 29) *Ma-
yzel*, O karyjomitozie. 30) *Pesške*. Jak po polsku
„syphilis“ mianować należy. 31) *Kondratowicz*, O ba-
daniu chemicznem zawartości torbieli jajnikowych

Z tytułów już widać, że artykuły dotyczą w o-
gólności kwestyi doniosłego znaczenia.

Szkoda tylko, że nie są one dostępne dla szer-
szego ogółu lekarzy. Mając tylko na czas krótki
egzemplarz omawianej książki i my możemy dać za-
ledwie tę powierzchowną o niej wzmiankę.

Pożądanem byłoby szersze rozpowszechnienie
tych prac, może przez powtórzenie w tańszem wyda-
wnictwie np. w „Gazecie lekarskiej.“

Co się tyczy postaci zewnętrznej wydawnictwa,
o której wspominaliśmy słów parę w poprzednim
numerze „Kroniki“, dodać wypada, że rysunki wy-
konane są po mistrzowsku i do zdumienia naśladowują
niektóre wydawnictwa średniowieczne. Druk i lito-
grafia dowiodły, że na tem polu przestaliśmy już
być niedołącznymi naśladowcami zachodu. Oprawa
i papier stanowią nieco słabszą stronę, lubo zawsze
są piękne. Może papier używany do wydawnictw
biblioteki kórnickiej byłby w tym razie wła-
ściwszy, już to naśladować papier średniowieczny,
już z powodu swej mocy, ale wydawca oczywiście
przekładał zasadę, aby każdy element pracy był po-
chodzenia krajowego.

Spełniamy przyjemny obowiązek, załączając wyda-
wcom serdeczne powinszowanie tak chlubnej pracy.

— **Nowe czasopismo chirurgiczne.** W Pe-
tersburgu od początku roku bieżącego wychodzi pod
redakcją Weljaminowa (Znamenskaja, 26) miesię-
cznik „Chirurgieskij Wiestnik.“ W 4-arkuszo-
wych zeszytach znajdować się mają artykuły oryginalne
dotyczące chirurgii, krytyka i bibliografia,
sprawozdania i drobne wiadomości, Cena (z prze-
syłką) wynosi 7 rubli. (*Wracz*, 50—1884).

— Profesor uniwersytetu moskiewskiego p. **Bohdanow** otrzymywać ma 1000 rubli rocznie w ciągu lat trzech na wydawnictwo „Zoologii medycznej.“
(*Wracs*, 50—1884).

— W **Heidelbergu** zbudowano nową akademicką klinikę położniczą według przepisów najnowszej nauki. Dyrektorem kliniki został profesor Kohrer. (*Deutsche Medicinal-Zeitung*, 1—1885).

— **Odczyt popularny** oryginalnego zakroju miał miejsce w jednej z sal publicznych w Berlinie. Dr. K. Sturm miał wykład o cierpieniach nerwowych, poczem grano rozmaite działające na nerwy utwory począwszy od ballady Chopin'a.
(*Deutsche Med.-Ztg.* 1—1885).

— **Z higieny przemysłu w Austrii.** W państwie tem urządzoną została instytucja inspektorów przemysłu, którzy mając poruczony nadzór nad przemysłem danego lub danych powiatów mają 1) ochraniać zdrowie robotników, 2) baczyć nad ilością godzin pracy dziennej, 3) nad wykonywaniem praw dotyczących przemysłu i 4) nad wykształceniem zawodowem takowych. Inspektorowie mają prawo wstępu nietylko do fabryk, ale i do mieszkań robotników w każdej porze i wymagać wszelkich objaśnień od zarządzającego zakładem. Inspektorowie otrzymują nominację od ministra handlu po porozumieniu się z ministrem spraw wewnętrznych i są podlegli władzy administracyjnej miejscowej; inspektorowie muszą posiadać język używany przez ludność powiatu oraz posiadać pewne wiadomości techniczne.

(*Revue d'hygiene et de police sanit.* Dec. 1884).

— **Instytut anatomiczny w Wiedniu** powstanie wkrótce. Już w bieżącym miesiącu rozpoczynają się roboty przygotowawcze. W roku bieżącym wyasygnowaną będzie na ten cel suma 220,000 florenów. Gmach stanie obok embryjologicznego instytutu prof. Schenk'a.

(*Allg. Wien. Med. Ztg.* 50—1884).

— **Proces** na podobieństwo sprawy d-ra Spitzer'a (p. Nr. 24 Kroniki z r. z.) odbył się w sądzie praskim gdzie skazano na zawieszenie dyplomu i wielką karę pieniężną lekarza oskarżonego o nieumiejętne nałożenie opatrunku i zaniedbanie obowiązków przy chorym. Wydział lekarski i w tym razie uniewinnił zupełnie podsądnego. „*Allg. Wien. Med. Ztg.*“ zaznacza ze względów tych konieczność zasięgania opinii wydziału w każdej sprawie, gdzie idzie o nieumiejętne leczenie.

(*Allg. Wien. Med. Ztg.* 50—1884).

— **Postępy kremacyi w Paryżu.** Na posiedzeniu Towarzystwa kremacyjnego w Paryżu 13-go grudnia r. z., prezes Koechlin-Schwartz zakomunikował, że kwestya palenia zwłok postąpiła olbrzymi krok naprzód w zastosowaniu praktycznem. Gdy bowiem dotychczas spotykała ona zawsze opór ze strony władz, które opierały się na dekrety rzeczypospolitej (z epoki rewolucyi), uprawniającym tylko grzebanie i balsamowanie, obecnie prefekt Sekwany wydał upoważnienie do zbudowania w Paryżu pieca mającego służyć do palenia zwłok 3,000 trupów rocznie, z sal sekcyjnych szkoły lekarskiej. Pozwolono też palić zwłoki osób zmarłych w szpitalach w przypadkach, w których rodzina nie upomina się o wydanie zwłok. Inżynier wydelegowany do Włoch w celu studjów nad techniką kremacyi przemawia za systemem Gorini'ego używanym w Medyolanie. Projekt już jest przygotowany i przyjęty i piec wkrótce ma być zbudowany kosztem miasta.

(*Revue d'hygiene et de pol. sanit.* Dec. 1884).

— **Bil o utworzeniu narodowego urzędu zdrowia w Stanach Zjednoczonych** wniesiony ma być na kongres. Urząd zdrowia ma być złożony z delegowanych od urzędów higienicznych pojedynczych stanów, a głównym celem instytutcy ma być walka z epidemijami.

(*Medical Record*, 20 grudnia r. z.).

— **Nagroda 10,000 franków** przeznaczoną została przez wydział lekarski w Paryżu d-rowsi Debove za pracę pod tytułem „*Leçons sur la tuberculose*“, drukowaną w „*Progrès medical*.“

(*Le Progrès Médical*, 51—1884).

— **Wydział lekarski w Paryżu.** Na początku bieżącego roku szkolnego ilość studentów wydziału wynosiła 3,994; w tej liczbie było 538 obcych (mężczyzn) a mianowicie: 127 amerykańców, 96 rosjan, 61 rumunów, 52 hiszpanów, 45 turków, 30 brazylijczyków, 26 szwajcarów, 25 greków i 22 angiłków. Kobiet znajduje się w szkole 78, a w tej liczbie tylko 13 francuzek, 47 rósjanek, 11 angiłek, 3 amerykanki. Do liczby rosyjan zaliczeni są i nasi ziemkowie.

(*Le Progrès Médical*. 52—1884).

— **Kwestya dymisy profesorów** ze względu na wiek, podniesioną była w Paryżu przez Bourneville'a podczas dyskusyi nad budżetem wykształcenia publicznego. Mówca postawił postulat, aby profesorowie po dojsciu do lat 70 przechodzili bezwarunkowo w stan spoczynku. Minister wszakże odwołał się do prawa, według którego do niego oraz do stałej sekcji rady najwyższej należy usuwanie profesorów, których wykłady nie dążą za postępem nauki.

(*L'Union Médicale*, 1—1885).

— **O zdrowotności gubernij zachodnich** podaje dr. Ilgowski następujące dane: Odsetka śmiertelności w gub. Kowieńskiej wynosi 2,32⁰/₀, w gub. Wileńskiej—2,50⁰/₀, Witebskiej—2,52⁰/₀, Grodzieńskiej—2,52⁰/₀, w Mohylewskiej—2,55⁰/₀, Mińskiej—2,85⁰/₀, Wołyńskiej—3,02⁰/₀, Kijowskiej—3,05⁰/₀, Podolskiej—3,20⁰/₀. Cyfry te wyjęte są ze sprawozdań departamentu medycznego. Autor tłumaczy fakt największej śmiertelności w najbogatszych guberniach, niskim stanem moralności a mianowicie rozwojem nałogu pijaństwa.

Szpitali w gubernijach tych utrzymują się z t. z. gubernskiego ziemskiego zboru (12—54 tysięcy rubli rocznie), a oprócz tego otrzymują szpitale z t. zw. prikazów obszczestwiennaha przizenija 15—125 tysięcy rubli. Ilość szpitali i łóżek oraz śmiertelność w szpitalach wynosi:

	szpitale	łóżek	śmiertelność
w gub. Wileńskiej ...	20	873	9,0
Witebskiej ...	30	599	5,8
Wołyńskiej ...	27	531	6,0
Grodzieńskiej.	27	603	8,2
Kijowskiej ...	25	700	4,4
Kowieńskiej ..	20	540	5,5
Mińskiej.....	25	659	5,0
Mohylewskiej .	22	355	6,6
Podolskiej ...	68	746	7,0
	264	5.606	

(Przegląd lekarski, I—1885).

— **Komisja sprawozdawcza** do roczników medycyny Virchowa i Hirscha uprasza pp. autorów i wydawców o nadsyłanie jednego egzemplarza nowych dzieł i rozpraw pod adresem d-ra Leona Kopffa, Kraków, Szczepańska Nr. 1.

(Przegląd lekarski, I—1885).

Nekrologija.

— **Zmarli:** Dr. med. Gustaw Piotrowski, prof. fizjologii, dziekan i b. rektor Uniwersytetu Jagiellońskiego, członek wielu towarzystw naukowych, zmarł w Krakowie 31 grudnia 1884 r. Prof. **Vierordt** w Tubindze, w wieku lat 67. Prof. **Kolbe**

(chemik) w Lipsku. Prof. **Couty** w Rio-Janciro w wieku zaledwie lat 30, który, jak donosi „L'Un. med.“, pomimo młodego wieku zdołał zyskać nie-małą powagę naukową w swej ojczyźnie i miał udział ciągły w rozprawach Towarzystwa biologicznego w Paryżu.

Odpowiedzi od Redakcyi.

Kol. *S. z w S.* Zdanie nasze o książeczce kol. Polaka wyraziliśmy w numerze 24-tym Kroniki. Kol. P., na co się z nim zgadzamy, ostatecznie zaniechał polemiki, już to z powodu, że w zdaniu szerszych kół koleżeńskich widzi dla siebie dostateczną rehabilitację, już to ze względu na sam ton namiętny tej „satyry“ pana M., który odbiera jej cechę naukowej krytyki.

Panu *B. M. St. M.* Wykrycie drobnoustrojów Loewenberga przy ozenie nie wymaga jakiejś specjalnej metody. Najlepiej brać cienkie nitki śluzowe, ciągnące się zwykle między przegrodą nosową i ścianami bocznemi; strupy i części ropne zawierają mniej tych mikrobow. Preparaty autor przygotowuje w zwykły sposób, rozpościerając wybrane cząstki na szkiełku przedmiotowym i barwiąc je anilinowemi barwnikami. Autor używał rozmaitych barwników anilinowych, zawsze z jednakowym dobrym rezultatem. Najbardziej chwali L. fuksyne, gentiana-violet, méthyle-vert.

SPROSTOWANIE.

W num. 23 Kr. Lek. z r. 1884 na str. 1094 wadliwie wydrukowanem zostało nazwisko p. *Makowskiego*, budowniczego, autora pieca, mającego zapobiegać zaczadzeniom.

Nadesłano do redakcyi:

Lwowskie kolonije wakacyjne w r. 1884.