

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Medycyna wewnętrzna.

98. A. HARKIN. **Kilka uwag o rdzeniu kręgowym w stanie zdrowia i choroby w okolicy czwartego i piątego kręgu grzbietowego.** *Some observations on the spinal cord in health and disease at the region of the fourth and fifth dorsal vertebrae.* (*The Lancet*, Nr. 2, T. II—r. 1884).

Dzięki ciągłym postępom medycyny, wiadomości nasze o przyczynach, naturze i leczeniu zaburzeń nerwowych coraz bardziej się powiększają. Choroby rdzenia kręgowego również są przedmiotem licznych badań i z każdym prawie rokiem stają się zrozumialszemi.

Autor w tej pracy zajmuje się nieznanym tylko odcinkiem rdzenia kręgowego, a mianowicie jego częścią, leżącą pod czwartym i piątym kręgiem grzbietowym. Oddawna już autorowi znanym jest fakt, że ucisk, wywierany na te kręgi przy hysteriasis, chorea, paralysis facialis i t. d., pociąga za sobą dość nieprzyjemne uczucie, a nawet silny ból oprócz tego zauważył on, że zastosowawszy jakiś środek drażniący, najczęściej vesicans, na okolicę tych kręgów, wzmiankowane nerwice bardzo szybko znikają. Z początku autorowi się zdawało, że tylko u kobiet, i to u kobiet tylko nerwowych, ucisk na te kręgi wywołuje ból; z postępem jednak czasu przekonał się on, że także i u mężczyzn ucisk na czwarty i piąty krąg grzbietowy jest bolesnym.

Autor zbadał 131 dziewczyn, 35 kobiet i 380 mężczyzn; u wszystkich tych osób zupełnie zdrowych, przy ucisku czwartego i piątego kręgu grzbietowego występował ból.

Z tego wynika, że mylą się ci, którzy ból ograniczony rdzenia czynią zależnym od chorób rdzenia.

Bardzo wiele nerwic bardzo szybko można usunąć przez podrażnienie okolicy czwartego i piątego kręgu grzbietowego.

Do tych cierpień należą: neuralgia n. trigemini, paralysis facialis (Bell), hysteriasis, niektóre postacie dysmenorrhoeae, wymioty odruchowe, nerwowy ból zębów, pruritus pudendi u kobiet ciężarnych, nerwica żołądka i t. d.

Położywszy pryszczydło na skórę, pokrywającą wzmiankowane kręgi, można prawie, zdaniem autora, być pewnym, że w przeciągu kilku godzin z chwilą wystąpienia pęcherzy, wzmiankowane nerwice ustąpią.

Przy niedokładnych naszych wiadomościach, tyjących się rdzenia, trudno wytłómaczyć sobie, w jaki sposób środek drażniący, zastosowany na ograniczoną część okolicy kolumny kręgowej może usunąć chorobę, mającą swe siedlisko w oddalonej lub obwodowej części ustroju, tembardziej, że pomiędzy grzbietową częścią rdzenia, a chorem miejscem nie istnieją żadne nerwowe związki. Brown-Séquard utrzymuje, że ból rdzenia na wysokości czwartego lub piątego kręgu grzbietowego napotyka się tylko przy niedokrewności i hysterii. Autor, jak to widzieliśmy wyżej, na ten pogląd się nie zgadza.

Nie ulega wątpliwości, że z czasem znajdziemy objaśnienie dla wpływu podrażnienia ograniczonej części rdzenia na usuwanie niektórych nerwic. W nowszym czasie Morton w New-Yorku, opierając się na doświadczeniach Brown-Séquard'a, powiada: Wiadomo, że u niższych zwie-

rząt (u świnek morskich) można wywołać ogólne lub miejscowe znieczulenie (anaesthesia) przez podrażnienie nerwów obwodowych jakimś silniejszym środkiem drażniącym, jak kilku kroplami chloroformu.

Zdaje się więc, że ustępowanie nerwic po zastosowaniu przyszydła na grzbiet daje się w ten sam sposób wytłómaczyć. Niektóre sposoby usuwania bólu zapomocą tarcia, przyszydła, prądu elektrycznego i t. d. zależą od działania ich na obwodową siatkę nerwów czuciowych; podrażnienie to dochodzi do ośrodków tych nerwów; ośrodki zaś te na pobudzenie odpowiadają w sposób hamujący, a raczej kojący.

H. Goldblum.

99. E. CLEMENT. **Cierpienia serca podczas ustania miesiączkowania.** *Cardiopathie de la ménopause.* (*Rev. de med.* Nr. 2—1885).

Chociaż w ostatnich czasach udowodniono, że w okresie ustania miesiączkowania cierpienia macicy nie są częstszymi, niż w innych epokach życia, a śmiertelność kobiet nie jest większą, niż śmiertelność mężczyzn w tym wieku, nie ulega jednak wątpliwości, że ustanie fizjologicznych odpływów miesięcznych wywiera wielki wpływ na ogólny stan zdrowia kobiet. Z pomiędzy wielu cierpień, objawiających się w tym właśnie okresie u kobiet, autor zwraca uwagę na cierpienia serca, o których dotychczas wspominał tylko W. Stokes. W czterech przypadkach spostrzegł autor ciężkie objawy sercowe, występujące podczas ustania miesiączkowania; przytem niema żadnych obiektywnych objawów, któreby pozwalały wnosić o istnieniu wady zastawek serca. W innych zaś dwóch przypadkach istniały i objawy obiektywne, co każe przypuszczać, że choroba sercowa, dotychczas ukryta, pod wpływem ustania miesiączkowania, nagle się rozwinęła.

Tylko cierpienie serca u pierwszych czterech kobiet przyjmuje autor jako odrębną postać patologiczną i nazywa je: *cardiopathie de la ménopause.*

We wszystkich tych przypadkach objawy sercowe wystąpiły u kobiet zdrowych, dobrze zbudowanych, nie przedstawiających żadnych indywidualnych, ani dziedzicznych patologicznych usposobień, w okresie ustępowania miesiączkowania, to jest kiedy ono stawało się już nieprawidłowym. Cierpienie serca zjawiało się napadami, które stawały się wciąż cięższymi i dłuższymi. Z początku bywa tylko bicie serca, do czego później przyłączają się: omdlenia, uczucie strachu, zmęczenia i utrudnione oddychanie. Objawy te stają się szczególnie męczącymi podczas jakiegokolwiek czynności, w spokoju zaś znacznie słabną. Najściślejsze badania obiektywne nie pozwalają przytem odkryć jakichkolwiek objawów organicznych wad serca; wzmocnione tylko uderzenie serca, zwiększona ilość, dochodząca do 120, 160 i t. d. wskazuje na nieprawidłową tegoż czynność. W płucach nawet w najsilniejszym rozwoju cierpienia nie spostrzegają się żadne objawy kataralne; obrzęk zaś nóg bywa niekiedy tylko i to dochodzi ledwie do kostek. Natomiast prawie zawsze zjawiają się zбочzenia naczynioruchowe, wyrażające się bledością skóry, uczuciem zimna, nieznacznym obrzękiem; ilość moczu wydzielanego w 24 godzin bywa prawidłową lub też mało zmniejszoną, nigdy zaś w nim nie bywa białka. Napady sercowe powtarzają się przez 7—8 dni nieokreśloną ilość razy, mogą jednak trwać nawet dwa lata; przytem przerwy między napadami stają się coraz krótsze, napady zaś silniejsze, wskutek czego rozwijają się zбочzenia w czynnościach różnych narządów, przygnębienie moralne, fizyczne, ogólny upadek sił i t. p. Wszystkie jednak przypadki zakończyły się zupełnem wyzdrowieniem, rokowanie więc w tem cierpieniu jest dobrem.

Co się tyczy przyczyny występowania powyższego cierpienia sercowego, to brak wszelkich przyczyn, zwykle sprzyjających rozwojowi wady serca, a natomiast jednoczesność objawów z ustaniem miesiączko-

wania. Każę przyznać zależność ich od tego ostatniego. Mechanizm zaś rozwoju objawów sercowych w tych przypadkach da się objaśnić na zasadzie fizjologicznego rozbioru powstawania głównych objawów, t. j. przyspieszenia i wzmocnienia uderzeń serca. Przyspieszenie czynności serca zależy od porażenia n. błędnego lub pobudzenia n. współczulnego. Porażenie n. błędnego wyraża się oprócz przyspieszenia tętna, osłabieniem tegoż, więcej prawidłowym rytmem, zboczeniami krtaniowemi i oddechowemi. Rommelaere zwrócił uwagę na jeszcze jeden ważny znak, a mianowicie naparstnica w przypadkach przyspieszenia bicia serca wskutek porażenia n. błędnego wywiera bardzo prędko skuteczne działanie. Pobudzenie zaś n. współczulnego sprowadza przyspieszenie tętna (niekiedy do 200), bez wszelkich zboczeń oddechowych, i zboczenia naczyńoruchowe; naparstnica w tych razach nie wywiera żadnego działania. Wszelkie odruchowe przyspieszenie czynności sercowej zależy zawsze od porażenia n. błędnego, ponieważ pobudzenia dochodząc do rdzenia przedłużonego i ośrodka naczyńoruchowego wywołuje skurcz naczyń, z czego wynika porażenie n. błędnego, które zjawia się w każdym przypadku zboczenia krążenia krwi w rdzeniu przedłużonym. Z powyższego okazuje się, że zboczenia sercowe występujące podczas ustania miesiączkowania, zależą od pobudzenia n. współczulnego, a działanie naparstnicy w tych razach tłómaczy się przewagą czynnościową pobudzonego n. błędnego nad jego antagonistą.

Do pobudzenia n. współczulnego przyłącza się często u kobiet w okresie ustania miesiączkowania małokrwistość, przez co bicie serca, duszność, obrzęki jeszcze się zwiększają. Naparstnica jest najlepszym środkiem w leczeniu tych chorych; convallaria majalis nie daje tak dobrych wyników. W celu zaś uspokojenia mocnych napadów zaleca autor morfinę.

M. Hopfenblum.

100. R. VIRCHOW. **Dławiec i błonica.** (*Berl. Klin. Wochen.* Nr. 9—1885).

Rokitansky używał wyrazu dławiec (croup) przy wszystkich cierpieniach błon śluzowych, połączonych z tworzeniem się błon wrzekomych. Od tego czasu datuje również termin: pneumonia crouposa, wprowadzony przez Rokitansky'ego ponieważ wykazano, że w zapaleniu płuc występuje w pęcherzykach płucnych wypocina krzepnąca. Croup—jest to wyraz szkocki, który pierwotnie był wprowadzonym dla oznaczenia ostrego cierpienia krtani, połączonego ze zmianą głosu i grożącym uduszeniem. Od 1807 r., kiedy Napoleon I-szy przeznaczył nagrodę na zbadanie istoty tej choroby wiadomo, że dławiec jest sprawą, przy której tworzą się błony wrzekome na powierzchni błony śluzowej krtani wskutek wypociny. Bretonneau odróżnił od dławca błonicę (diphtheritis), jako oddzielną „maladie pelliculaire“. Virchow w 1847 podzielił powierzchowne cierpienia błony śluzowej na trzy grupy: nieżyt, dławiec i błonica; wtedy też dał pierwsze określenie błonicy, jako sprawy, odbywającej się w samej tkance błony śluzowej, sprowadzającej jej obumarcie, która nie wytwarza błon wrzekomych na powierzchni błony śluzowej. Błony zaś, spostrzegane na powierzchni, powstają wskutek odłuszczenia się tkanki obumarłej, pod którą powstaje ubytek tkanki, owrzodzenie. Dyfterytyczne owrzodzenia istnieją w każdym przypadku na migdałkach, w gardle, na podniebieniu miękkim, na języczku, w krtani, a nawet w tchawicy.

Łatwo zrozumieć, że nie mógł wówczas V. przyjąć pasorzytniczego pochodzenia błonicy; zwrócił jednak uwagę na ważne znaczenie „ziaren“, które uważał za rodzaj skrzepniętego białka lub włókniaka. Są to te same ciała, które obecnie przyjmują się za pasorzyty, wywołujące błonicę. W dławcu nikt dotychczas nie widział podobnych ziaren, które natomiast w błonicy znajdują się nietylko na

powierzchni, lecz wnikają w tkankę podśluzową, mięsną i dalej, zawsze zaś zjawiają się pierwotnie na powierzchni, a nie we krwi, jak to dawniej sądzono.

Istnieją również błony wrzekome na powierzchni błony śluzowej, które po zdjęciu nie pozostawiają ani śladu owrzodzenia; są to błony dławcowe. Niektórzy autorzy utrzymują, że chociaż anatomicznie sprawa dławcowa różni się od sprawy błonicowej, przyczyna ich powstania jest jedna. Przyjmują oni jedną tylko błonicę, mogącą się przejawiać w różnych postaciach. Powstają jednak w krtani i tchawicy błony dławcowe wskutek różnych przyczyn, nietylko pod wpływem pasorzytów, jak np. pod wpływem środków żrących, pokniętych do krtani; toż samo otrzymano drogą doświadczenia u zwierząt przez drażnienie błony śluzowej środkami żrącymi. Zapalenie płuc, występujące u dzieci w przebiegu dławca, nie polega na wytworzeniu się wypociny włóknikowej w pęcherzykach płucnych, lecz zjawia się w postaci zapalenia płuc oskrzelowego (bronchopneumonia), natomiast zapalenie płuc dławcowe (pneumonia crouposa) przebiega zawsze bez dławca (krtani i tchawicy). Istnieją przypadki dławca, przebiegające bez najmniejszego śladu jakiegokolwiek bądź ubytku tkanki, bez czego błonica jest niemożliwą. Mogą również się zdarzyć przypadki błonicy krtani i tchawicy bez włóknikowej wypociny, szczególnie przy ospie naturalnej lub ospiance (?) (variolois). Dawniej sądzono, że przy ospie tworzą się krosty w tchawicy; są to tylko żółte ogniska, wyniosłe, łatwo się ścierające i pozostawiające po sobie ogniska dyfterytyczne.

Oprócz tych dwóch odrębnych postaci chorobowych: dławiec i błonica, istnieją przypadki, w których jednocześnie występuje jedna i druga forma. Zdarza się to bardzo rzadko w gardzieli, jako kombinacja: diphtheritis pharyngea i pharyngitis fibrinosa. Nie należy sądzić z tego, że o-

bie sprawy są identyczne, lecz trzeba określić dokładną różnicę między nimi, podobnie jak przy kombinacji zapalenia otrzewny i błonicy macicy, w którym to przypadku nie można powiedzieć, że zapalenie otrzewny jest także zapaleniem błonicowem.

Odróżnienie tych dwóch postaci chorobowych jest szczególnie ważnem przy rokowaniu, ponieważ przy dławcu z usunięciem błon wrzekomych, zatykających drogi oddechowe, pozostaje czysta błona śluzowa, przy błonicy zaś pozostają owrzodzenia.

M. Hopfenblum.

101. Prof. NOTHNAGEL. **Colica mucosa.** *T. z. enteritis membranacea et tubulosa.* (*Beiträge zur Physiologie und Pathologie des Darmes.* Berlin, 1884).

W ostatnim dziesiątku lat namnożyła się znaczna ilość spostrzeżeń nad szczególnem cierpieniem przewodu pokarmowego, przy którym wypróżnienia składają się wyłącznie lub przeważnie z mas rurkowatych podobnych do dławcowych błonek i oskrzelowych skrzepów. Obraz kliniczny tej choroby wielce się różni od krwawej biegunki. Literaturę jej aż do 70-ych lat podaje szczegółowo Woodward; w ostatnich czasach różni autorowie nią się zajmowali, a niedawno Leyden („Verhandlung des Vereins für innere Medicin.“ Berlin, 1882) zwrócił na nią uwagę. Autor spostrzegał kilka podobnych wypadków i podaje wyniki swych badań.

Wypróżnienia składają się ze wstążkowatych i kłaczkowatych mas, lub też ze stałych, poczęści rurkowatych skrzepów rozmaitej wielkości. W pierwszym wypadku przypominają one błony dławcowe, w drugim—włóknikowe oskrzelowe odlewy. Opisują jeszcze i inne postaci, lecz te rzadziej się już zdarzają. Rzadko wypróżnienia zawierają naraz obie opisane postaci. Kolor ich jest zazwyczaj szaro-białawy, czasami brązowawy, zdarza się też i czerwony, zależny od domieszki krwi. Wypróżnienia składają się wy-

łącznie z takich mas, lub też masy te są pomieszane z płynnym kałem, rzadziej znacznie twardy kał im towarzyszy.

Drobnowidzowe badanie niezawsze te same daje wyniki. W 1-szym wypadku, gdzie kał bardziej oskrzelowe odlewy przypominał, autor pod drobnowidzem zauważył prążkowaną zasadniczą substancję, a w niej skąpą ilość małych, okrągłych opatrzonych jądrem, trudnych do określenia komórek; prócz tego parę kryształków żółciotłuszczu (cholestearyny) i nieznaczną ilość cylindrycznego nabłonka.

W 2 i 3-cim wypadku, gdzie masy w wypróżnieniach bardziej dławcowe błony przypominały, pod drobnowidzem przeważała ogromnie ilość cylindrycznego nabłonka przeróżnej postaci, prawie przykrywającego prążkowaną substancję. Okrągłych komórek nie było wcale, żółciotłuszczu zaś ilość nieznaczna.

W 4-tym wreszcie wypadku, w którym obie postaci w wypróżnieniach się znajdowały, znaleziono dużo cylindrycznego nabłonka, poczęści już zmienionego, i dość znaczną ilość okrągłych komórek. Prócz tego krystały trypefosfatów, żółciotłuszczu zaś nie było.

Preparaty były przechowywane w wyskoku. Drobnowidzowe badania innych autorów (Wilks, Andrew Clark, Vidal, Beale, Da Costa) dały mniej więcej te same wyniki. Zauważyć tu tylko trzeba, że nie wszystkie wypadki, które na oko opisywanym tutaj odpowiadają, tutaj też i należeć mogą, gdyż ścięgną, a zwłaszcza tętnice i żyły, z pokarmu do kału przechodzące, wysoce podobne wypróżnienia przypominają. Sam autor spostrzegł wypadek, gdzie w wypróżnieniu znalazł skrzep mleka, zupełnie odpowiadający opisywanym twórcom; li-tylko ściśle drobnowidzowe badanie chroni od pomyłki.

Chemiczne badanie mas, zawartych w wypróżnieniach, dały autorowi zawsze te same wyniki, które dozwoliły mu orzec, że masy te składają się przeważnie z *mucyny i nieznacznej ilości globuliny*. Clark

znalazł białko i mucynę, Thomson prócz tego jeszcze i gelatinę, a Da Costa tylko mucynę; ani razu zaś nie znaleziono włókniaka. Opierając się na drobnowidzowych i chemicznych wynikach, autor wypowiada zdanie, że w większości wypadków *mamy prawdopodobnie zawsze tu do czynienia ze śluzem* kiszkiowym, nieznaczna zaś ilość białka pochodzi prawdopodobnie z komórek domieszanego nabłonka; niema zaś żadnej podstawy przyjmować, że masy w wypróżnieniach z włókniaka się składają.

Przy tem cierpieniu zaten mielibyśmy do czynienia z wydzieliną, nie wyróżniającą się niczem, przynajmniej co się tyczy chemicznej przyrody, od wydzieliny przy katarze kiszki. Faktem jest tylko, że tutaj wydzielina (śluz) przyjmuje charakterystyczną postać i że obraz kliniczny choroby wielce się różni od zwykłego kataru kiszki.

Kliniczną stronę choroby opisali szczegółowo Da Costa, Woodward, Leyden. Autor tak ją opisuje: W większości wypadków podlegają jej nerwowe i dotknięte macinnictwem kobiety, czasem hypochondryczni mężczyźni, także i dzieci lub też osoby cierpiące na nawykowe zaparcie (opisywane twory zdarzają się jednak, jakkolwiek rzadko, i u zupełnie zdrowych). Choroba rozpoczyna się napadami bólów, które dosięgają znacznego natężenia, mają cechę rznięcia, kolek, i często sami chorzy wskazują na okrężnicę, jako na siedlisko bólu.

W końcu takiego napadu zjawiają się wypróżnienia, często w zadziwiającej obfitości, po których chory doznaje ulgi i wolnym jest od bólu na krótszy lub dłuższy przeciąg czasu. Napad trwać może od jednego dnia do tygodnia, przerwa od tygodnia do paru miesięcy. Czasami na jednym napadzie choroba się kończy.

Wszyscy badacze zgadzają się, że mamy tu do czynienia z prawdziwymi napadami rznięcia, zależnymi od nagromadze-

nia śluzu w kiszkiach, wraz z wydalaniem którego ból ustaje.

Zkąd się biorą owe masy śluzu w kiszkiach?—zapytuje autor. Być może, że czasami jest jednocześnie katar; dowiedzionem to jednak nie jest z powodu braku badań pośmiertnych. Zdaniem autora, nie trzeba wcale przyjmować obecności kataru kiszki i w większości razy można go zupełnie wykluczyć, a mianowicie w wypadkach, gdzie mamy do czynienia z macinnictwem i nerwowymi osobnikami. Przyczem i obraz kliniczny kataru zupełnie inaczej się przedstawia.

Wskutek tego autor proponuje, ażeby dla powyższej choroby zarzucić zupełnie miano *Enteritis* i zamienić je na *Colica mucosa*. Wskazówką, jak sobie tłómaczyć należy powstawanie tej choroby, służyć może spostrzeżenie Marchand'a, który w pustej prawie okrężnicy, skurczonej, u osobnika, zmarłego na przerzutowego mięsaka, pomiędzy podłużnymi fałdami błony śluzowej kiszki grubej znalazł takie same rozgałęzione białawe twory, jakie przy *colica mucosa* w kale opisane były, i objaśnia ich powstanie tem, że przy dłuższej bezczynności zwartej grubej kiszki, śluz w głębi fałd układa się w okrągłe powrózki, które na podobieństwo sieci łączą się ze sobą, sklejjąc się zaś, tworzą grubsze twory.

Wiadomem jest, że i prawidłowa, kataralną sprawą niezajęta, błona śluzowa kiszki śluz wydziela, który przy niedostatecznym wydalaniu, nagromadzać się łatwo w niej może. A ponieważ po największej części chorobie tej podlegają nerwowe i na macinnictwo cierpiące osoby, których kiszki często ulegają skurczom, lub też ludzie dotknięci silnem zaparciem, zależnem od przyczyn nerwowych, od brzemienności lub od in., przeto mamy tutaj możliwość i wszelkie warunki do utworzenia błonek, skrzepów i siatek, w sposób podany przez Marchanda.

Jeżeli następnie powoli nagromadzi się znaczna ilość tych śluzowych tworów, to

wywołują one silne robaczkowe ruchy, powodujące gwałtowny ból, a wkońcu wywołujące charakterystyczne wypróżnienie. W ten sposób autor przedstawia powstawanie *colicae mucosae*.

Władysław Brüner.

102. Prof. P. K. PEL. **O znaczeniu tak zwanych węzownicowatych i ośrodkowych nitek w płwocinie.** *Zur Deutung der sogenannten Spiral und Centralfäden im Sputum.* (*Zeitschr. f. kl. Medicin.* Bd. 9, H. 1).

Leyden w pracy swej o dychawicy oskrzelowej (1882) opisał w płwocinie swoiste twory wałkowatej postaci z węzownicowatym wzorem na powierzchni, w których niekiedy daje się widzieć nić osiowa ze wzorem jeszcze mocniej wydatnym. W jedenaście dopiero lat później Curschmann zwrócił powtórnie uwagę na ten przedmiot. Widzi on w omawianych tworach znak patognomiczny dla cierpienia najdrobniejszych oskrzeli, połączonego z wypacaniem się na powierzchnię ich błony śluzowej wypociny włóknikowej. Cierpienie to nazwał C. Bronchiolitis exsudativa; jest to choroba przewlekła, często dziedziczna, raz istnieje samodzielnie, to znowu stoi w związku z przewlekłymi sprawami większych oskrzeli; klinicznie cechują ją napady astmatyczne. Rozpoznanie tej choroby według Curschmanna polega jedynie na wykryciu w płwocinie omawianych tworów, mających przedstawiać odlewy oskrzelików, powstające wskutek wysiękowego zapalenia błony śluzowej.

Autor spostrzegał opisywane twory w dwóch przypadkach. W jednym, podczas trwania włóknikowego zapalenia płuc u chorej 48-letniej, cierpiącej na rozedmę i napady dychawicy oskrzelowej (Asthma bronchiale). Godnem zaznaczenia jest tu to, że węzownice spotykały się w płwocinie tylko dopóki ta przedstawiała zwykłe cechy płwociny przy zapaleniu płuc, i dalej, że nie było ich zupełnie podczas typowych napadów astmy. Z powyższego

wynikałoby, że obecność nitek Curschmanna w oskrzelach sama przez się nie wystarcza do wywołania napadu astmy. Bronchiolitis exsudativa, którą na podstawie badania płwociny należałoby tu rozpoznawać, nie znajduje się więc w związku bezpośrednim z dychawicą, ale z włóknikowym zapaleniem.

W drugim przypadku, również zapalenia płuc włóknikowego, w którym płwocina zawierała typowe nitki Curschmanna, napadów astmy nie było wcale. Chory zmarł, a przy badaniu pośmiertnym znaleziono omawiane twory w małych oskrzelkach i to nie tylko w miejscu zapalnego nacieczenia w tylnym zrazie, ale i w niezajętym górnym zrazie, w drobniejszych i w grubszych oskrzelach; w lewym płucu nie było ich wcale. Nie znaleziono też rozedmy ani nieżyty przewlekłego oskrzeli. I to spostrzeżenie stwierdza zaznaczony wyżej związek między Bronchiolitis exsudativa i Pn. cruposa.

W innych przypadkach zapalenia płuc, jak również w przypadkach asthma cardiale i A. uraemicum opisywanych tworach nie znaleziono. Co się tyczy natury węzownicowatych nitek, to według autora składają się one przeważnie ze śluzu; kwas solny, mrówkowy nie zmieniał ich, w kwasie octowym pęczniały bardzo mało, a rozpuszczały się w ługu potasowym i w wodzie barytowej; w wysoku przechowywały się bez zmiany. Trudniej jest wytlómaczyć budowę tych tworów. Autor przypuszcza tylko, że główną przyczyną węzownicowatej ich postaci jest — przesuwanie się ciągnącej się, lipkiej masy przez bardzo wąskie przewody — światła oskrzelików — przy udziale ruchów migawkowych i niejednoczesnem kurczeniu się mięśni oskrzelowych i przepony. Co do nitki środkowej, to autor sądzi, że stanowi ona poczęści zjawisko optyczne, poczęści zaś przypuszcza większą spistość środkowych części wskutek mocniejszego skręcenia. Co do patogonomicznego znaczenia nitek Curschmanna, to na podsta-

wie powyższych spostrzeżeń nie można uważać go za bezwzględne dla Bronchiolitis exsudativa. W ostatniej zaś chorobie grają one w wywoływaniu napadów dychawicznych zapewne tylko pośrednią, bierną rolę — obok jakiegoś, dotąd niewiadomego jeszcze czynnika, który powoduje kurcz mięśni oskrzelowych — przyczynę główną.

O. Hewelke.

II. Gynekologija.

103. CREDÉ i COLPE. **O wartości jednostronnych bocznych nacięć dla zabezpieczenia krocza.** *Ueber die Zweckmässigkeit der einseitigen seitlichen Incisionen beim Dammschutzverfahren.* (Arch. f. Gynäk. B. XXIV, H. 1—1884).

Jakkolwiek częstość rozdarcia krocza przez rozmaitych autorów rozmaicie bywa podawaną, jednakże przeciętnie obliczając, można ją oznaczyć u pierwiastek na 18%. Ponieważ niestosunek, zachodzący między przerzynającą się częścią przodującą dziecka, a zbyt wąską szparą sromną, może być usuniętym tylko przez krwawe rozszerzenie tej ostatniej, zadaniem więc jest lekarza zranienie, raz uznane jako niezbędne, uczynić jak można najkorzystniejszym dla rodzącej. Rozpoznanie absolutnej rozszerzalności krocza jest często bardzo trudnem i temu to głównie przypisać należy, że nie próbowano już wcześniej zapobiegać rozdarciu jego zapomożą odpowiedniego nacięcia.

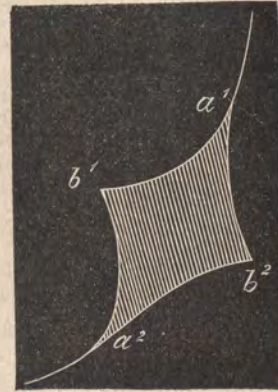
W zakładzie położniczym lipskim używano dawniej do podobnych nacięć nożyc Cooper'a, obecnie są w użyciu zwyczajne proste nożyczki. Cięcia te wykonywane bywają w sposób następujący: otwarte nożyczki przy początku bólu porodowego wprowadza się napłask dosyć głęboko w oddaleniu 2—3 ctm. powyżej środka wędzidełka pomiędzy główkę a krocze, tak, aby jedno ramię leżało nawewnątrz krocza, drugie zaś nazewnątrz. Wtedy ostrze skierowywa się ku kroczu i po przejściu najsilniejszego natężenia

bólu (acme), robi się cięcie, idące prosto w kierunku ku guzom kulszowym, 1 — 3 ctm. długie, zależnie od tego, czy przeszkodę stanowią powierzchowne części skóry, czy też naprężone włókna mięśnia zwieracza sromu (m. constrictor cunni). O wiele lepiej jest wykonywać cięcie po jednej stronie aniżeli po obu.

Postawić szczegółowe wskazania do episiotomii nie jest rzeczą łatwą; większość autorów jest zdania, że nadcinać należy wtedy, gdy krocze grozi rozdarciem, nie podając jednak wskazówek do rozpoznania owego stanu. Na zasadzie spostrzeżeń lipskiej kliniki, gdzie wskazania do episiotomii nie są tak ograniczone, jak na innych, częste stosowanie takowej raczej jest zalecanem, aniżeli odradzaniem, zwłaszcza, że rozpoznanie bezwzględnej rozszerzalności krocza tak jest niepewnem, a odbarwienie krocza, na które w nowszych czasach zwrócono uwagę i które ma jakoby występować przy poczynającym się rozdarciu, często bardzo wcale nie bywa spostrzeganiem.

Skoro już raz jednak postanowiono wykonać nacięcie, to trzeba je zrobić jeszcze podczas bólu porodowego, zaraz po przejściu największego natężenia, a to dla tego, że, popierwsze, rozmiary cięcia przy kroczu naprężonem najlepiej ocenić można, powtóre, że podczas bólu zniesienie naprężenia jest najskuteczniejszym i, po trzecie, że rodząca wtedy najmniej bólu doznaje. Nie należy zaś robić nacięcia przed i podczas największego natężenia bólów, ponieważ wtedy działanie nacięcia jest naj-

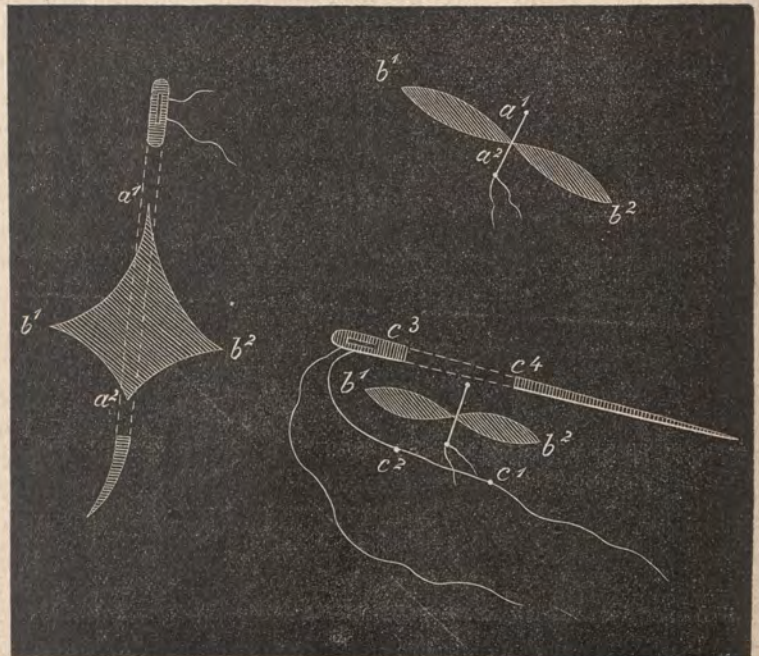
częściej tak nagłem, że, pomimo powstrzymania, główka podczas najsilniejszego natężenia bólu gwałtownie się przeryna i wtedy, pomimo nacięcia, może niekiedy nastąpić jeszcze rozdarcie.



Rys. 1.

Leczenie następcze nacięć polegać powinno na natychmiastowem zeszcyciu rany; rozcięte bowiem pęczki mięśniowe kurczą się i brzegi rany się rozchodzą, bez połączenia więc brzegów rany zapomocą

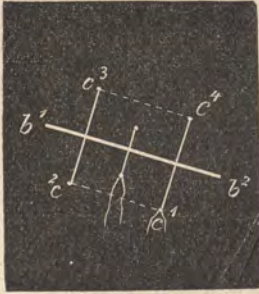
Rys. 3.



Rys. 2.

Rys. 4.

szwu o zrośnięciu doraźnem mowy być nie może. Rany, pochodzące od nacięć, przedstawiają jaknajpomyślniejsze warunki do zagojenia, o ile powierzchnie ich są gładkie i równe, i dlatego najwłaściwiej jest cięcia zamierzone robić od jednego razu w całej rozciągłości.



Rys. 5.

Autorowie na zasadzie licznych prób zalecają następujący sposób zszywania nacięć, który najlepiej sprzyja doraźnemu zrośnięciu i daje gładką, w następstwie ledwie dostrzegalną bliznę.

Przypuśćmy, że cięcie wykonaniem zostało po lewej stronie. Na zwiotczalem po porodzie krocza powierzchnie rany rozchodzą się w ten sposób, że tworzą rodzaj skośnego czworoboku (rhombus) (rys. 1); kąty a^1 i a^2 (u góry i u dołu) znajdują się na miejscach, gdzie stykają się ze sobą błona śluzowa i skóra; b^1 leży na błonie śluzowej, b^2 naprzeciwko na skórze. Przedewszystkiem należy połączyć a^1 i a^2 zapomocą głębokiego jedwabnego szwu (rys. 2), tak, aby po zawiązaniu nitki rana przyjęła postać wyobrażoną na rysunku 3. Jeśli wtedy powierzchnie rany, rozciągające się do pochwy i na skórze zewnętrznej (rys. 3, b^1 b^2), mało lub wcale się nie rozchodzą, to można na tym jednym szwie poprzestać, w przeciwnym razie trzeba założyć na wewnątrz i na zewnątrz kilka zwyczajnych szwów powierzchniowych.

W tym razie autorowie proponują jeszcze postępować w sposób następujący,

(który jakkolwiek z obowiązku sprawozdawczego podajemy, jednakże uważamy go za więcej skomplikowany i wobec dokładności dopiero co opisanego sposobu, za zbyt czyny. *P. s.*). Zwykłą prostą igłę wkłówa się przy c^1 (rys. 4) (na skórze) i wyklówa przy c^2 (na błonie śluzowej); nitki się nie związuje jeszcze, lecz przeprowadza ją ponad ranę i wkłówa znowu w błonę śluzową przy c^3 , a wyklówa przy c^4 na skórze i teraz dopiero oba wolne końce nitki związuje się tak, aby węzeł leżał na skórze blisko c^1 (rys. 5).

Brzegi rany posypuje się jodoformem. Po zdjęciu szwów 5—7 dnia, przedstawia się nam zwykle delikatna wążka blizna, wcale domykaniu się sromu nieprzeszkadzająca.

Jednostronne nacięcie zwykle w zupełności wystarcza i w każdym razie należy mu się pierwszeństwo przed nacięciami obustronnymi, raz, że rękoczyn sam jest prostszy, powtóre, że przy nacięciach obustronnych zakończenia nacięć błony śluzowej leżą niekiedy zablizko siebie, przez co tworzą płat środkowy, mogący przeszkadzać doraźnemu zrośnięciu się ran.

Główne zarzuty przeciwko nacięciu krocza są następujące:

- 1) Nacięcia wywołują łatwo większe lub mniejsze miejscowe owrzodzenia, co utrudnia resp. przedłuża przebieg położu;
- 2) rana może być źródłem zakażenia;
- 3) nacięcia nie zabezpieczają bezwarunkowo krocza od rozdarcia;
- 4) mały ten rękoczyn jest bolesny i
- 5) nawet po zagojeniu wywiera do pewnego stopnia wpływ szkodliwy na domykalność sromu.

Na zarzut pierwszy autorowie odpowiadają przytoczeniem statystyki uszkodzeń krocza u pierwsiatek z kliniki lipskiej za rok ubiegły.

Na 1000 pierwsiatek było:

Bocznych nacięć	259 = 25,9%
Rozdarć samorodnych	104 = 10,4%

Rozdarć pomimo nacięcia. $29 = 2,9\%$
 Uszkodzeń krocza. $392 = 39,2\%$
 Z tych 392-óch tylko 92 ($= 23,1\%$) wy-
 pisały się dopiero po 14-tu dniach, to jest
 później, aniżeli tego wymaga prawidłowy
 przebieg pogołu, a mianowicie:

po 14 dniach
 wypisało się:

Z bocznymi nacięciami (259) . $55 = 21,2\%$
 Z rozdarciami (104) $28 = 26,9\%$
 Z rozdarć pomimo nacięć (29) . $9 = 31,0\%$
 Z uszkodzonym kroczem (392) $92 = 23,1\%$

Że cięcie krocza, jako rana miejscowa, nadzwyczaj rzadko daje powód do owrzodzeń, najlepszym dowodem posłużyć może statystyka, która wykazuje, że na 271 przypadków nacięć tylko w 9-ciu rany przeszły w owrzodzenia pogołowe, a i te zagoiły się w bardzo krótkim czasie.

Nie ulega kwestyi, że rana, powstająca wskutek nacięcia krocza, może być źródłem zakażenia, wobec jednak istniejących u każdej położnicy ran na całej drodze porodowej, począwszy od macicy, a skończywszy na sromie, nie można nacięciom krocza przypisywać jakichś szczególnych skłonności do przyjęcia zarazka.

Statystyka wykazuje, że z 1572 położnic z całym kroczem zmarło z powodu zakażenia septycznego $15 = 0,954\%$, z 438 zaś położnic z uszkodzonym kroczem, zmarło z tego samego powodu $4 = 0,934\%$, czyli wypada stosunek śmiertelności prawie zupełnie jednakowy.

Co się tyczy 3-ciego zarzutu, to rzeczywiście zdarza się czasami, że pomimo nacięcia następuje rozdarcie krocza; w lipskiej klinice na 300 nacięć zauważono rozdarcie krocza w 29 przypadkach ($= 9,6\%$), lecz z tej liczby w 25-ciu skonstatowano istnienie szczególnie nieprzychylnych warunków, bądź ze strony dziecka (nieprawidłowe ustawienie główki, nadmierna wielkość dziecka, hydrocephalus), bądź ze strony części rodzajnych kobiety (vaginitis granulosa, zmniejszenie elastyczności krocza wskutek sprawy syfilitycznej) zdarza się to również wtedy, gdy nacięcia

krocza są zamałe, albo też w niestosownej chwili zrobione (np. podczas najsilniejszego natężenia bólu porodowego).

O ile zaś częstsze nacinanie idzie ręką w rękę z rzadszem przytrafianiem się rozdarcia, świadczy najlepiej tabelka porównawcza nacięć i rozdarć w praktyce 5 asystentów, pod których nadzorem odbywało się 2,000 porodów; rozumie się, że lekarze ci, zależnie od osobistego poglądu, stosowali nacięcia częściej lub rzadziej:

Nacięcia.	Rozdarcia.
I — 10,3	— 20,7
II — 20,4	— 11,8
III — 26,3	— 11,0
IV — 28,0	— 7,4
V — 32,0	— 7,2.

Na największą zaś uwagę zasługuje to, że *ani razu nie było całkowitego rozdarcia krocza*; już to samo świadczy bardzo za skutecznością i wartością bocznych nacięć.

Bolesność samego rękoczynu jest tak nieznaczna, że jako poważny zarzut przeciwko niemu wskazaną być nie może; nacięcie robi się zaraz po przejściu największego natężenia bólu porodowego, kiedy wskutek ucisku, części miękkie są o wiele mniej na ból wrażliwe. Nie trzeba zapomnieć o tem, że wskutek nacięcia skraccamy drugi okres porodu o kilka bólów porodowych.

Co się tyczy nareszcie ostatniego zarzutu, że nacięcie nawet po zagojeniu wywiera do pewnego stopnia wpływ szkodliwy na przymykanie się sromu, to autorowie wręcz oświadczają, że nic podobnego nie zauważyli.

Na zasadzie więc spostrzeżeń lipskiej kliniki, gdzie nacięcia krocza stosowano właściwie i w następstwie leczono starannie, autorowie o korzyściach z tego rękoczynu wyrażają się w sposób następujący: tylko w rzadkich i w szczególnie nieprzychylnych wypadkach po nacięciu bocznem następuje jeszcze rozdarcie; niezupełnie samowolne naddarcia krocza stają się rzadszemi w miarę częstości nacięć; wskutek nacięć rozdarć zupełnych unika się

stanowczo; zagojenia doraźnego prędej spodziewać się można, aniżeli po rozdarciu; za źródło zakażenia połogowego nacięcia stanowczo poczytywane być nie mogą; na domykalność sromu wpływu żadnego nie wywierają; bolesność wskutek nacięcia jest bardzo małą.

Na zasadzie tych wyników, autorowie uważają nacięcia za rękoczyn nadzwyczaj pożyteczny, a zawsze nieszkodliwy i, polecając go gorąco, radzą nacięcia częściej wykonywać i wskazania do nich znacznie rozszerzyć.

W. J. Tyrchowski.

104. Dr. E. SCHWARZ (Halla). **Otrucie jodoformem przez pochwę z zejściem śmiertelnem.** *Letale Jodoformvergiftung von der Vagina aus.* (Berl. Klin. Wochst. 1885, Nr. 7).

Prof. E. HARNACK (Halla). **O wydzielaniu się jodu w moczu przy otruciach jodoformem.** *Ueber die Jodausscheidung im Harn bei Vergiftungen nach Jodoformanwendung.* Ibidem.

Przypadek, który Schwarz opisuje, dotyczy kobiety 61 letniej, dotkniętej od lat 10-ciu lekkim cierpieniem umysłowym, u której z powodu zupełnego wypadnięcia macicy i pochwy, wykonał częściowe wycięcie i zeszyte przedniej i tylnej ścian pochwy i krocza (kolpoperineorrhaphia duplex cum perineorrhaphia). Po operacji brzegi ran w pochwie pociągnięto wilgotnym palcem, wetkniętym do proszku jodoformu, do pochwy wprowadzono cienki pasek gazy jodoformowej, aby ułatwić odpływ wydzielinie (nie zaś w celu zatampanowania pochwy) i na ranę krocza nasypało nieco jodoformu. Całą ilość zużytego jodoformu S. oblicza na 3—4 gramów.

Już dnia następnego, z powodu nieznanego krwotoku, pasek gazy jodoformowej usunięto, pochwę przemyto rozczyntem sublimatu (1 : 2000) i krocze zasypało nieznaczną ilością jodoformu; do pochwy jodoformu więcej nie wprowadzano.

Dnia następnego, a więc w 60 godzin

po operacji, chora, przy ciepłocie prawidłowej i tętnie spokojnem, odmawia przyjęcia pożywienia, staje się niespokojną i wśród nocy dostaje gwałtownego i długotrwałego napadu szaleństwa. W stanie nieprzytomnym zrywa się z łóżka, gryzie, drapie, krzyczy głośno, miewa halucynacje. Dnia następnego zrana, wskutek powtórzenia się napadu szaleństwa, zastosowano chloroform i morfinę w celu odurzenia chorej. Pochwę i krocze przemyto starannie słabym rozczyntem nadmanganianu potasu i w ten sposób jodoform zupełnie usunięto.

Dni następnych stan chorej znacznie się pogarsza. Chora leży w gorączce, w silnem rozdrażnieniu, które tylko morfina chwilowo łagodzi, twarz silnie zaczerwieniona, oczy wylupiaсте, dziwnie błyszczące, błona śluzowa ust i języka sucha i strupami pokryta. Następnie występują objawy szczękościsku i tężca, sztywność karku, drgawki, źrenice zwężone, na światło wrażliwe, tętno przyspieszone z początku silne, powoli słabnie, upadek sił się wzmacnia i chora 6-go dnia po operacji umiera wśród objawów silnej zapaści.

Mocz za życia dwa razy badany zawierał znaczną ilość jodu. Prof. Harnack w ten sposób opisuje rezultat badania moczu: W pierwszym dniu po wystąpieniu objawów otrucia, mocz w dość znacznej ilości, wypuszczany zapomocą cewnika, zawierał dość wiele moczanów. Już badanie jakościowe na jod wykazało, że tylko nieznaczną część jego znajdowała się w moczu pod postacią jodalkaliów (Jodmetall—jodki). W popiele po spaleniu moczu odczyn na jod był bardzo silny; z tem zgadzały się także wyniki badania ilościowego. Cała ilość jodu w moczu wynosiła 0,5277 grm. jodu na litr (co obliczone na KI dałoby 0,6907 grm. na litr); z tej ilości jednak tylko około $\frac{1}{5}$, mianowicie 0,1072 grama jodu na litr (= 0,1403 grm. KI), stanowiły w moczu jodalkalijski, reszta zaś, t. j. $\frac{4}{5}$ była w takich połączeniach, w których jod wyka-

zać można było dopiero po spaleniu moczu. Zawartość jodu w danym przypadku jest najwyższa, jaką H. dotychczas miał sposobność napotykać w otruciach jodoformem u ludzi, co tem jest dziwniejsze, że właśnie w tym przypadku jodoform był użyty w ilości względnie bardzo małej.

Dnia następnego, po usunięciu jodoformu już dnia poprzedniego z pochwy i krocza, mocz wypuszczony zapomocą cewnika w ilości dość znacznej, zawierał nieznaczną ilość białka. Mocz ten jodal-kalijów prawie nie zawierał. W popiele za to odczyn na jod był znaczny. Badanie ilościowe wykazało, że cała ilość jodu wynosiła 0,1035 na litr.

Przy sekcyi znaleziono między innymi zupełny zanik lewej nerki, w miedniczce nerkowej kilka kamyków, moczowód lewy zamknięty. Prawa nerka była prze-rośła, zresztą prawidłowa. Większe naczynia mózgu i opon stwardniałe, ciemną krwią wypełnione. Wydatnego przekrwienia mózgu i opon nie było. W pewnych tylko częściach mózgu istota korowa przy przejściu w rdzeniową była na przestrzeni kilku milimetrów zabarwiona na żółto z odcieniem czerwonym. Rany na przedniej i tylnej ścianie pochwy rozwar-te na nieznacznej przestrzeni, dno ich i brzegi pokryte małą ilością ropy. Jodoformu okiem ani śladu wykryć nie można; zapach od jodoformu bardzo słaby. Części przyległe jak i parametria przed-stawiały się zupełnie prawidłowo. Rana krocza sklepiła się doraźnie.

Harnack badał niektóre narządy ciała na zawartość w nich jodu. W popiele z 28 grm. suchej wątroby nie znalazł wcale jodu. W popiele z 24 grm. suchego mózgu były tylko ślady, w popiele zaś z 17,3 grm. suchego mózdzku znalazł 0,0203% jodu.

Zastanawiając się nad danym przypadkiem, Schwarz przypomina, że chora już przed operacją była skłonna do cierpie-nia mózgowego, że więc otrucie jodoformem

sprowadziło tylko wybuch drze-miącego cierpienia. Zupełny zanik nerki i stwardnienie (sclerosis) naczyń mózgo-nych były tu czynnikami sprzyjającymi.

Myśl o zakażeniu septycznym w danym przypadku należy zupełnie wykluczyć, przebieg bowiem kliniczny i wyniki sekcyi zupełnie do tego upoważniają.

Nieszczęśliwy ten przypadek wskazuje, jak ostrożnym być trzeba z użyciem jodoformu u osób starych, zwłaszcza zaś skłonnych do cierpień mózgowych i chorób wiekowych. S. radzi użycie jodoformu w gynecologii ograniczyć do tych tylko przypadków, w których niepodobna w inny sposób uniknąć z równą pewno-ścią niebezpiecznego dla życia zakażenia. Tu należą przypadki rozszerzenia szyi macicznej zapomocą pręcika laminarii, który należy przed użyciem koniecznie pokryć jodoformem i przypadki doszczętnego wy-cięcia zrakowaciałej macicy, w celu zde-zynfekowania rozpadającego się nowo-tworu w pochwie.

Według Harnack'a w tych przypadkach, w których po zastosowaniu jodu u ludzi, otrucie nie występuje, jod wydziela się do moczu głównie pod postacią jodal-kalijów (solikwasu jodowodowego), w przy-padkach zaś ciężkiego otrucia, przeważna część jodu, wydzielonego do moczu, znaj-duje się w takich związkach, w których dopiero po spaleniu moczu z sodą w po-piele może być wykryty. Związki te są bezwątpienia natury organicznej i mogą być uważane za produkty rozkładu, wytwarzające się w organizmie ze związków jodu z ciałami białkowatemi.

Badanie moczu w przypadku wyżej o-pisanym pogląd ten w zupełności po-twierdza.

Opierając się na tem spostrzeżeniu H. zapytuje, czy przy otruciu jodem nie by-łoby skuteczniej środki alkaliczne, zwła-szcza połączenia alkaliów z kwasami ro-słinnymi (np. kali aceticum) zadawać do wewnątrz, albo też wlewać rozczyń soli kuchennej bezpośrednio do naczyń, aby

tym sposobem wydzielanie jodu przyspieszyć. W każdym razie należałoby środków tych spróbować.

M. Zweigbaum.

III. Choroby dzieciinne.

105. QUINCKE. **O powstawaniu żółtaczki noworodków.** *Ueber die Entstehung der Gelbsucht Neugeborener.* (Arch. f. experim. Pathol. u. Pharmakologie. Bd. 19, H. 1 i 2).

Sposób powstawania żółtaczki noworodków dotąd nie jest wyjaśnionym, pewnem jest to, że może ona istnieć przy braku wszelkich przeszkód w odpływie żółci do kiszki. Autor sądzi, że w rozmaitych próbach wytlómaczenia tej kwestyi pominięto rzecz niemałej wagi, mianowicie niezarośnięcie przewodu żylnego Arancyjusza.

Jak wiadomo, część żółci (soli i barwników) ulega wessaniu w kiszkiach, dostaje się do wątroby i zostaje przez nią znowu wydzieloną. Według Schiffa ten obieg żółci obejmuje cały układ krążenia, według autora zaś tylko układ żyły wrotnej. Tylko dopóki przewód Arancyjusza jest niezarośniętym, omawiane krążenie żółci nie ogranicza się na swem zwykłym korycie, ale przechodzi i na układ obwodowy i tym właśnie sposobem może powstać ogólna żółtaczka. Podczas życia płodowego—żółtaczka nie występuje zapewne z tego powodu, że wydzielanie żółci jest bardzo ograniczone, a dalej, że wysysanie w kiszkiach zaledwie że istnieje. Po urodzeniu się, wmiarę rozpoczęcia się czynności przewodu pokarmowego, wydzielanie żółci wzmagają się, krążenie w kiszkiach, a ztąd i wchłanianie, staje się żywszem. Ilość żółci we krwi żyły wrotnej wzrasta, ale tymczasem zwęża się i wreszcie zarasta i przewód Arancyjusza.

Przewód ten przedstawia się w postaci lejka, którego szerszy koniec zwrócony jest ku żyłce głównej, a węższy ku żyłce wrotnej. Autor podaje wymiary szeroko-

ści obydwóch otworów, poczynione u 5 noworodków. Najwęższe nawet miejsce ma około 3 mm. obwodu, pozwala więc na przepływ dosyć znacznej ilości krwi.

Oprócz tej przyczyny autor podaje jeszcze inne:

1) Według Hofmeiera w pierwszych dniach po urodzeniu ma miejsce żywy rozpad ciałek czerwonych; być może zależy to właśnie od zbytnej przymieszki składników żółci, mieszejących się ze krwią przez niezrośnięty przewód Arancyjusza. Uwalniająca się przytem hemoglobina stanowi materyjał do obfitego wytwarzania się żółci.

2) Wydzielanie moczu u noworodków nie odbywa się zupełnie tak jak u dorosłych. Mocz noworodków przy żółtaczce nie zawiera barwników żółciowych w roztworze, przeciwnie, w osadzie znajdują się tylko komórki, zawierające ziarenka barwników żółci. Jest to dowodem, że czynność wydzielnicza nerek, przynajmniej względem tego ciała, jest b. ograniczoną. Dalej, jak pokazał Orth, ciecze ustrojowe noworodków bardzo trudno rozpuszczają bilirubinę. Oba te warunki b. sprzyjają nagromadzeniu się barwników w ustroju i w tkankach, a więc powstawaniu żółtaczki.

3) W zawartości kiszki noworodków nagromadza się bardzo duża ilość barwników żółciowych, które wskutek braku gnicia, nie mogą się rozkładać (na urobilinę) jak u dorosłych. Po urodzeniu, kiedy krążenie i wysysanie w kiszkiach staje się żywszem—barwniki te poczęści ulegają wchłonięciu do krwi żyły wrotnej. Chociaż wogóle ilości barwnika, względnie biorąc, są tu bardzo małe, to jednak przy wspólnym wpływie wyliczonych warunków (zwiększone wydzielanie żółci wskutek rozpadu ciałek czerwonych i zwiększone wysysanie jej w kiszkiach, przy utrudnionem wydzielaniu przez nerki) — niezarośnięcie przewodu Arancyjusza może się przyczynić do powstania żółtaczki.

O. H.

106. Objawy i leczenie krzywicy.

Prof. Otto HEUBNER. *Allgemeines Klinisches Bild der Rachitis. (Jahrb. f. Kinderheilkunde. 1884, Heft 3, Band XXII. S. 179—191).*

Dr. BOHN. *Diagnose, Prognose u. Therapie der Rachitis. (Ibidem, S. 191—207).*

Dr. SCHWECHTEN. *Zur Phosphorbehandlung der Rachitis. (Berlin. Klin. Woch. Nr. 52—1884).*

Dr. SCHWECHTEN. *Diskussion über den Vortrag. (Berl. Klin. Wochenschrift. Nr. 3, S. 44—1885).*

J. B. SUTTON. *Maladies des os chez les animaux. (Streszczenie w Revue mens. des malad. de l'enfance. 1884, Decembre, Pag. 578).*

Łatwo rozpoznać krzywicę wtedy, gdy jej objawy są już wysoko rozwinięte, bez porównania trudniej w początkach tego cierpienia. Oprócz tego bardzo wiele czysto klinicznych kwestyj pozostaje dotychczas nierozstrzygniętych, jak np., czy przy krzywicy istnieje okres zwiastunów, czy krzywica jest chorobą tylko kostnego układu, czy też wszystkich tkanek całego organizmu, jaka jest przyczyna powstawania, rozwoju, a także wstrzymania się sprawy chorobowej, w jaki sposób racjonalnie leczyć to tak rozpowszechnione cierpienie?

Na niektóre z tych pytań powyższe prace dają mniej lub więcej dokładne odpowiedzi.

Aczkolwiek rozpoznanie krzywicy wtedy dopiero staje się bezwarunkowo pewnym, gdy spostrzegamy zmiany w kośćcu dziecięcia, jednakże liczne objawy poprzedzają zwykle tę sprawę i pozwalają domyślać się jej zawczasu.

Te zwiastunowe objawy nie w każdym przypadku przedstawiają się jednakowo, lecz występują pewnymi grupami, zależnie od tego, kiedy krzywica poczyna się rozwijać u dzieci, w jakim wieku. U ssawców występują najsampierw zaburzenia w trawieniu, uporczywe rozwolnienia, z następnym kilkudniowym zaparciem

stolca, często wymioty, powolne wychudnienie, rozdęcie brzuszka, drażliwość, płaczliwość, niepokój i bezsenność, obfite pocenie się albo samej główki, albo całego ciała, wreszcie niedokrwistość, wyrażająca się bladym kolorytem twarzy, wiotkością skóry i mięśni. W innych razach, również u ssawców, pewne nerwowe objawy zwiastują krzywicę, tutaj odnieść należy: skurcz głośni (spasmus glottidis) i skłonność do drgawek (przy łaďa przyczynie). U dzieci, mających blisko rok wieku, krzywica poczyna przejawiać się opóźnieniem i nieprawidłowością  ąbkowania, zmniejszoną ruchliwością dziecka, krzykiem przy poruszeniach (przewijaniu, kąpaniu, sadzaniu i t. p.). W  onniejszym wieku, gdy dziecko już umie suwać się lub chodzić, pierwszy objaw krzywicy polega na tem, że dziecko przestaje oddawać się tym ćwiczeniom, staje się apatycznym, nieruchliwym, wymaga by je często noszono na rąk, lub spokojnie pozostawiono w  o eczku. Zwiastuny te mają to do siebie, że nasilają się coraz bardziej i stają się potem wlaściwymi objawami samej sprawy, która wkrótce charakterystycznymi symptomatami — w układzie kostnym — znamionuje swe istnienie i dalszy rozwój.

Heubner i Bohn zarówno uważają krzywicę jako ogólne cierpienie całego organizmu, bądź dziedziczne, bądź sztucznie wywołane skutkiem nieodpowiednich higienicznych warunków, w jakich dziecko się chowa. Niestosowne pożywienie w pierwszym i drugim roku życia, zle powietrze, brak światła w mieszkanu, częste lub ciężkie przypadkowe choroby w dziecięcym wieku i t. p. mogą sprowadzi  krzywicę. Niektóre sztucznie odżywiane dzieci przez jakiś czas doskonale wyglądają i służ żywą reklam  dla mączki Nestle'a i innych surrogatów, a pomimo tego bardzo są skłonne do krzywicy, gdyż cała ta polysarcia jest tylko sztuczna i rozwinęła się kosztem zdrowotności i odporności innych tkanek organi-

zmu, podobnie jak u tuczonych gęsi tkanka podskórna i wątroba zostają wprawdzie przepelnione tłuszczem, lecz kosztem mięśni ptaka.

U wielu ssawców krzywica rozpoczyna się zatwardzeniami stołeczka; po jakimś czasie następują rozwolnienia, u starszych zaś dzieci mamy zawsze do czynienia z przewlekłym nieżytem żołądka i kiszek (chroniczna dyspepsja). Skutkiem tych zaburzeń asymilacja pokarmów i skład chemiczny soków asymilowanych innym jest, niżeli w stanie normalnym—i to właśnie uważać należy za zwiastunowy objaw, a zarazem główną przyczynę rozwoju krzywicy. Podczas okresu wzrastania kości, krew nie dostarcza potrzebnych składników, skutkiem czego pozostają one miękkie i giętkie; oprócz tego w wielu miejscach już złożona tkanka kostna zostaje wessaną, w innych natomiast składanie się istoty kostnej jest nadmiernem.

Oprócz zaburzeń w trawieniu, uporczywych i długotrwałych, rozpoznajemy wczesną krzywicę w niedokładności ząbkowania; mianowicie, pierwsze dolne sieczne ząbki zjawiać się powinny w 4—6 miesiącu, a zjawiają się u krzywicowych w 10—12 i później; u normalnego dziecka ząbkowanie odbywa się w regularnych odstępach czasu co 4—8 tygodni, i wedle zgóry wiadomego planu, t. j. najpierw dwa dolne środkowe sieczne, później dwa górne środkowe sieczne, następnie dwa górne boczne sieczne, dwa dolne boczne sieczne, cztery pierwsze trzonowe, 4 kły i cztery drugie trzonowe. Tej prawidłowości niema u krzywicznych dzieci, ząbki zjawiają się nie parami, lecz pojedynczo, tak, że obecność nieparzystej ilości ząbków, przez dłuższy czas trwająca, już wskazuje na wadliwe kostnienie. Odstępy między oddzielnymi grupami są dłuższe, a skutkiem tego, jak również z tej okoliczności, że pierwsze ząbki późno się wyrznęły, cała sprawa ząbkowania znacznie później się kończy, niżeli u normal-

nego dziecka, które pod koniec drugiego roku ma już wszystkie mleczone zęby. Oprócz tego u krzywicowych ząbki nie odznaczają się trwałością, nieraz zaraz po wyrznięciu psują się, albo też po jakimś czasie zeszlifowują się, ścierają, pękają i podlegają martwieniu.

Również bardzo wczesne krzywicowe zmiany dają się zauważyć na czaszce dzieci. Na objaw ten, tak charakterystyczny, długi czas nie zwracano uwagi, i pomimo, że krzywica jest już znaną od czasów Glisson'a (1650), jednak dopiero Elsaesser (1843) opisał t. zw. *Craniotabes*, polegającą na tem, że pewne części kości potylicowej przez długi czas pozostają miękkimi, cienkimi, jak pargamin i skutkiem tego dają się ugniatać palcem, jak sprężyste błonki, a po zaniechaniu ucisku powracają do normalnego położenia. Friedleben zarzucił Elsaesserowi, że braki kostnienia w kościach czaszki zdarzają się też u zdrowych dzieci i są objawem fizjologicznym, podczas którego kości czaszki mięknią, celem większego rozwoju mózgu. Od owego czasu sprzeczność tych zapatrywań nie była zgodnie załatwioną; otóż Heubner i Bohn, na zasadzie prac Elsaessera, Virchow'a i licznych własnych spostrzeżeń, stanowczo utrzymują, że wszelkie zmiękczenia kości czaszkowych i niezarastanie szwów, powstające pomiędzy 2—3 miesiącem po urodzeniu i najsilniej rozwinięte w drugim kwartale życia dziecięcia—bezw warunkowo są krzywicowe, nawet gdy najslabiej są wyrażone i gdy inne kości szkieletu nie przedstawiają jeszcze cech krzywicy. W późniejszym już okresie choroby zauważamy wprost przeciwne poprzedniemu objawy, mianowicie nadmierne składanie się kostnej tkanki na guzach czołowych, ciemieniowych, na kościach skułowych, skutkiem czego te kości grubieją i nadają twarzy i czaszce bardzo charakterystyczny wygląd (*Tête carrée*). Dosyć wczesnie, bo w pierwszych miesiącach życia, spostrzegamy zmiany w szczękach, szczególnie w dolnej, która

mniej się rozrasta niżeli w normalnych warunkach, łukowatość jej zmniejsza się, a wyrostek zębowy zagina się ku wewnątrz. W owym czasie zmiany na klatce piersiowej są jeszcze bardzo słabo wyrażone; końce stawowe żeber są cokolwiek zgrubiałe (róźaniec krzywcowy), a kręgosłup w swej lędźwiowej części wygina się ku tyłowi, skutkiem czego dzieci siedzą pochylone.

Przy zmianie wszystkich higienicznych warunków na lepsze, wszystkie dotychczas wyluszczone objawy mogą zginąć, w przeciwnym zaś razie trwają i nasilają się coraz bardziej, nieustannie, lecz tak powolnie, że gdy fatalne skutki w całej swej potwornej nieraz nagości przedstawią się naszym oczom, ze zdziwieniem zapytujemy, kiedy to się stać mogło? Wtedy skóra jest już bladą i wiotką, tkanka podskórna postradała prawie całkowicie swój tłuszcz, skutkiem czego zgrubiałe, skrzywione i nadłamane kości tem dobitniej występują, mięśnie są cienkie i miękkie; jednocześnie zauważamy zmiany w całym niemal kośćcu. Czaszka traci swój kształt kulisty, gdyż potylicca zostaje spłaszczoną, a guzy czołowe i cieniowe silnie występują. Na wierzchołku czaszki pomiędzy czołem a tyłem czaszki, wytwarza się siodelkowate zagłębienie i czoło wydaje się bardzo wysokiem, oczy wypuklają ku przodowi, skutkiem czego górna połowa twarzy przeważa nad dolną z atroficznymi szczękami. Na każdym żebrze spostrzegamy wyraźny guziczek—jest to zgrubienie końca żebra w tem miejscu, w którem łączy się ono z chrząstką; w tem miejscu prócz tego żebro zostaje bardziej zgiętem, zamiast łuku powstaje kąt, a to powoduje większe wypuklanie się mostka (*pectus carinatum*); jednocześnie boki klatki piersiowej zakłesają się nieckowato, a dolne fałszywe żebra skutkiem działania wdechowych mięśni z jednej strony, a przepony i wzdętych kiszek z drugiej, wywijają się nazewnątrż. Krzywicowa klatka piersiowa

jest przeto ostro-wypukłą ku przodowi, płaską a nawet wklęsłą z obu boków, a szeroką od dołu, gdzie przechodzi w równieź duży, okrągły, ale miękki i wiotką skórą pokryty brzuch. Jednocześnie kręgosłup wygina się w rozmaitych kierunkach, najczęściej łukowato ku tyłowi, a często też w bocznym kierunku (*scoliosis*). Miednica staje się bardziej płytką, a kości niemianowane znacznie wyginają się nazewnątrż. Kości kończyn są krótsze, niżeli u normalnych dzieci, na końcach epifizarnych łokcia, promienia, goleni i piszczeli, znajdujemy charakterystyczne i wszystkim znane zgrubienia, a jednocześnie, lub w nieco późniejszym jeszcze okresie, gdy dzieci poczynają korzystać z swych kończyn, skutkiem elastyczności krzywicowych kości i pod wpływem kurczących się mięśni, których przyczepy umiejscowione są na tych kościach, takowe wyginają się, lub nawet nadłamują, a zniekształtnienie, ztąd powstałe, pozostają już na całe życie.

Ze zmian narządów wewnętrznych mamy następujące do zanotowania: ogólne wycieńczenie układu mięśniowego i zwiotczenie takowego spostrzegamy też w błonie mięsnej kiszek, które wskutek tego tracą swą normalną kurczliwość i łatwo zostają rozdęte gazami, wytwarzającemi się obficie w kanale pokarmowym źle trawiących krzywicowych dzieci; ztąd uporczywy meteorismus. W narządach oddechowych uderza nas pewna swoista skłonność do spraw nieżytowych, do kataralnych zapaleń oskrzeli i mięszu płucnego, tak, iż w miesiące chłodne i wilgotne większość krzywicowych dzieci cierpi na rozmaite choroby dróg oddechowych. Oprócz tego skutkiem zniekształtnienia klatki piersiowej pewne części mięszu płucnego dla czysto mechanicznych powodów nie rozszerzają się w prawidłowych granicach, a przeto i ilość powietrza wdychanego jest mniejszą od normalnej, co naturalnie wpływa ujemnie na utlenianie się krwi, i na odżywianie całego orga-

nizmu. Powiększenie się śledziony, idyopatyczne obrzmienia limfatycznych gruczołów (niezależnie od żołądów) są dosyć częstymi towarzyszami krzywicy, a niedokrwistość stale występuje w każdym cięższym, t. j. dłużej trwającym wypadku. O objawach nerwowych już wyżej wzmiankowaliśmy. Z tego wszystkiego wynika, że *krzywica jest chorobą ogólną, obejmującą prawie wszystkie tkanki organizmu*. Podobnie jak inne charłactwa, występuje i ona bądź w lżejszej, bądź w cięższej formie, a w dodatku ma to do siebie, że niemal na każdym stopniu rozwoju może się wstrzymać, jeżeli tylko wszystkie warunki odżywiania organizmu korzystnie się zmieniają.

Krywica jest niezwykle częstym cierpieniem, gdyż wedle Bohn'a zaledwie 5% dzieci unika jej. Ponieważ niestosowne odżywianie dziecka jest najczęstszą i najgłówniejszą przyczyną krzywicy, przeto w klasie uboższych ludzi cierpienie to jest częstszym i w cięższych występuje postaciach, niżeli u bogatszych, gdzie na najmniejszy objaw zwracają uwagę, zapobiegają rozwojowi, i gdzie wszystkie higieniczne warunki lepsze są, niżeli u ludzi biednych. Z drugiej strony normalniejsze życie biednych dzieci (karmienie pokarmem matczynym i częstsze przebywanie dzieci na powietrzu i na świetle, warunki, których dzieci bogatych ludzi najczęściej są pozbawione), do pewnego stopnia przeciwdziała zbyt gwałtownemu szerzeniu się krzywicy pomiędzy proletariatem. (*Przyp. spraw.*).

Szczyściem dla ludzkości daleko więcej mamy pewnych danych co do leczenia krzywicy, niżeli co do jej istoty i sposobu powstawania. Znając warunki, w jakich krzywica powstaje i rozwija się, możemy, usuwając takowe, zapobiedz lub przerwać chorobę. Sama nawet przyroda jest silnym sprzymierzeńcem naszym w tej walce z cierpieniem, którego jaknajprędzej pozbywa się, jak tylko warunki

higijeniczne bądź przypadkowo, bądź umyślnie poprawione zostały. Następujące trzy higieniczne czynniki są niezbędne: *stosowne odżywianie, świeże powietrze i światło*. Lekarz powinien skrupulatnie zbadać, w jaki sposób dziecko było żywionem i również szczegółowo przepisać stosowną dyjetę, naturalnie uwzględniając właściwości osobnicze. Ruch, powietrze i światło są niezbędne dla normalnego rozwoju każdego zwierzęcego organizmu; stwierdzają to nowe spostrzeżenia Sutton'a i doświadczenia Lataste'a, którzy u gryzuniów zupełnie normalnie odżywianych, lecz zamkniętych w ciemnych klatkach, spostrzegali wszystkie zmiany krzywcowe na kościach kończyn, klatki piersiowej, a nawet i czaszki.

Na leczenie krywicy wywierają ciepłe kąpiele bardzo dobroczynny wpływ, podczas gdy działanie dodawanych do kąpiele soli, żelaza, ziół aromatycznych, otrąb, słođu i t. p. jest bardzo wątpliwem. Oprócz tego pewne komplikacje i symptomy wymagają samodzielnego leczenia zapomocą zwykłych środków i sposobów; w leczeniu takowych pamiętać zawsze należy o tem, że wszelkie te choroby uporczywiej się leczą, ciężiej przebiegają i gorzej się kończą u krzywcowych dzieci, niżeli u normalnie odżywianych. Do takich chorób należą: zaparcia stolca, rozwolnienia, wypadnięcia кишки stolcowej, kataru oskrzeli i płuc, atelektazy płuc, skurcz głośni, drgawki i t. p. Niedokrwistość krzywicowa wymaga leczenia żelazem. Doskonałem działaniem odznacza się *tran*, o którym wszyscy praktycy z uznaniem się odzywają; działa on wprawdzie tylko symptomatycznie, poprawiając ogólne odżywianie, lecz, jak wiadomo, to jest właśnie główną przyczyną krzywicy. Tran może być wtedy tylko stosowanym, gdy kanał pokarmowy jest w porządku i gdy znosi ten lek, w przeciwnym razie tran zwiększa zaburzenia w trawieniu i pogarsza ogólny stan. Leczenie tranem rozpoczynamy od małych dawek, po

kilkanaście kropli dziennie, a przekonawszy się, że dziecko go znosi, podnosimy dawkę do pół—całej lub dwóch łyżeczek dziennie.

Co się tyczy *wapna*, to zdania były i są podzielone. Dawniej uważano je za swoisty lek i w każdym wypadku stosowano, potem zarzucono zupełnie. Obecnie znowu Cantani wystąpił z gorącą obroną wapna, lecz wedle Bohn'a wapno niema wielkiego znaczenia, a służy tylko dla zobojętnienia kwasów w żołądku krzywicowego dziecka, i podobnież działa, jak magnezyja, soda i t. p. Szukanie nowych środków dla leczenia krzywicy o tyle jest zbyt, że dotychczasowe higieniczno-lekarskie leczenie zawsze daje doskonałe rezultaty, o ile będzie *systematycznie i cierpliwie* wykonanem. Rozumie się, poważne zmiany w kościach, skonsolidowane skrzywienia i nadłamania pozostają na całe życie i ustępują tylko pod wpływem nowoczesnego chirurgicznego leczenia, t. j. osteotomii. Leczenie krzywicy ma jedną tylko wadę, że działa zbyt powolnie i dlatego podczas przebiegu cierpienia zdarzyć się mogą inne przypadkowe choroby, które szerząc się w osłabionym organizmie, łatwo go dobijają. Tylko pod tym względem *rokowanie* w krzywicy jest poważnem, w większości zaś wypadków zupełne wyleczenie jest możliwem.

W 1872 ogłosił Wegner (Georg) swą pracę doświadczałą, w której wykazuje, że *fosfor*, wprowadzany w minimalnych ilościach do ustroju rosnących zwierząt, wytwarza w kościach długich kości zbitą kostną tkankę zamiast normalnych szpikowych przestrzeni. Z tego doświadczenia skorzystał Kassowitz i wprowadził nowe leczenie krzywicy fosforem (patrz „Kr. lek.“, 1884, str. 49), które licznymi doświadczeniami na zwierzętach i spostrzeżeniami na wielu dzieciach starał się zachwalić. Przepis Kassowitza jest następujący:

Rp. Phosphoris puri gr. $\frac{1}{2}$
Emuls. oleosae unc. $1\frac{1}{2}$
Ol. Ment. pip. gtt. VI
Syr. simpl. unc. $\frac{1}{2}$.

MDS. Co dzień *jedną* łyżeczkę.

Rezultaty otrzymane przez Kassowitza były tak świetne i szybkie, że w zapale uważał on wszelkie inne leczenie, a nawet zmianę higienicznych warunków za zbyt, lub co najwyżej dodatkowe do głównego leczenia fosforem, który nie tylko wpływał na szybsze kostnienie, ale leczył także wszelkie nerwowe objawy, cierpienia oskrzeli i płuc. Następne prace w tej materii Saltmann'a i Hagenbach'a potwierdziły te rezultaty i od owego czasu fosfor ogłoszonym został jako lek swoisty przeciw krzywicy i szybko zyskał popularność w kołach lekarzy. Obecnie jednak podnoszą się głosy przeciw temu środkowi. Bohn np. stosując fosfor, często nie mógł przeprowadzić systematycznej kuracji tym środkiem, dlatego, że ten wywoływał pogorszenie się zaburzeń w trawieniu i w następstwie wcale nie był znoszonym. W innych zaś wypadkach uważał, że fosfor mało wprawdzie wpływa na kostnienie, natomiast doskonale i szybko (po 8—10 dniach) działa na skurcz głośni i na drgawki, które przy tem leczeniu stają się słabsze, rzadziej się powtarzają i wreszcie zupełnie ustępują. (To samo spostrzeżenie zrobiłem w prywatnej praktyce; kurcze głośni, które przez długi czas przy lada okazji powtarzały się i nie ustępowały od bromku potasu, tlenku, cynku i t. p. szybko zostały usunięte mieszaną z fosforem. *Przyp. spraw.*). Bohn obok leczenia fosforem nigdy nie zapomniał o higienicznym i kąpielowym leczeniu; zdaje się, że żaden lekarz przy najlepszych nawet rezultatach działania fosforu, o tych warunkach zapominać nie powinien.

Śwoistość fosforu przy krzywicy została w ostatnich czasach obaloną przez Schwechтена, którego spostrzeżeniami dokonane w 41 wypadkach z polikliniki prof.

Henocha skrupulatnie były kontrolowane przez samego profesora Henocha, jakoteż przez d-ra Klein'a i Stud. Griebach'a. Okazało się, że fosfor bardzo mało lub wcale nie przyczynia się do leczenia objawów krzywicy, gdyż w wielu wypadkach (11 na 41) żadnego polepszenia, a w pięciu nawet pogorszenie obserwowano. Objawy nerwowe (skurcz głośni i drgawki) też nie ustępowały, a w niektórych wypadkach nawet nasilały się podczas tego leczenia. Skutkiem tego, Schwechten utrzymuje, że pomyślnie rezultaty, otrzymane przez Kassowitza, były przypadkowe i wcale niezależne od fosforu.

W dyskusji berlińskiego Towarzystwa lekarskiego z d. 17 grudnia 1884 nad odczytem Schwechten'a, dr. Baginsky poparł jego rezultaty i zauważył, że w spostrzeżeniach Kassowitza jest ważna omyłka, uważał on mianowicie zmniejszanie się wielkiego ciemniaczka za oznakę poprawy w krzywicy, podczas gdy Ritter von Rittershain i Baginsky już dawno dowiedli, że stan wielkiego ciemniaczka zupełnie nie zależy od krzywicy i że pomimo istnienia tej choroby, może ono szybko się zmniejszać. Z 28 wypadków, które Baginsky przez 10 miesięcy leczył fosforem, tylko w ośmiu zauważył lekką poprawę, podczas gdy w 20-tu żadnego polepszenia nie otrzymał i był zmuszonym zmienić sposób leczenia. W 4 wypadkach natomiast spostrzegał stanowcze pogorszenie, t. j. wymioty, objawy dyspeptyczne i t. p. Słowem, przy każdym innym leczeniu można otrzymać takie same, a może lepsze nawet rezultaty, jak przy fosforze. Do tych samych wyników doszedł R. Klein, który w 20 wypadkach stosował fosfor; nie otrzymał żadnego polepszenia, ani w sprawie kostnienia, ani pod względem objawów nerwowych, lub niedokrewności krzywicowych dzieci.

Skutkiem tych komunikatów, swoistość działania fosforu w krzywicy została obalona, jednakowoż w kwestyi działalności tego środka na objawy nerwowe krzywicy,

różnica zdań jest tak rażąca, że wymaga dalszych dokładnych obserwacji.

L. Wolberg.

MISCELLANEA.

107 R. Lépine. Terpina jako środek leczniczy, (*R. d. med.* Nr. 2—1885).

Terpina (wodan terebentenu $C_{10}H_{16}2H_2O + aq$) działa nieco silniej niż terpentyna, używa się więc w dawkach słabszych. Roztwór wodny lub spirytusowy niema przykrego smaku i łatwo się znosi. W dawce od 20—60 ctgr. zwiększa wydzielinę błony śluzowej oskrzeli, ułatwia wykrztuszenie, wskutek czego bardzo jest pożyteczną w podostrych i przewlekłych nieżytach oskrzeli. W większych zaś dawkach zmniejsza wydzielinę oskrzelową.

W dawce od 20—60 ctgr. działa terpina również jako środek moczopędny; trzeba jednak być ostrożnym w użyciu tego środka, ponieważ u psa w nieco większych dawkach wywołuje białkomocz, a nawet hematuryję. Nie należy więc u chorych na nerki podawać więcej jak pół grama na dzień. W dawce gramowej działa na układ nerwowy tak samo, jak kilka gramów olejku terpentynowego, to jest zmniejsza bóle nerwowe, a nawet poprawia stany hysteroepileptyczne.

M. H.

108 N. O. Lichonin. O zjawiskach **hypnotyzmu**. Najlepszy sposób usypiania jest (używany przez Braid'a)—wpatrywanie się w przedmiot świecący. **Główną rolę** gra przytem mocno **zbieżne nastawienie oczów**; przedmiot świecący ułatwia tylko fiksacyję i można się bez niego obejść. Wskutek natężonego wpatrywania się w jeden punkt ma następować drogą naczynioruchowego odruchu zwężenie naczyń pewnych oddziałów mózgu i w następstwie tego sen. Sen hypnotyczny nie różni się od zwykłego; zahypnotyzowani budzą się sami po pewnym przeciągu czasu. Smer, hałas, nie budzi ich tak łatwo, jak podrażnienie skóry, dotknięcie, dmuchnięcie—podobnie jak i w zwykłym śnie.

Osoby z wadami w refrakcyi oka, u których przy wpatrywaniu się w bliższy przedmiot następuje szybko zmęczenie i niedostateczność mięśni prostych wewnętrznych i zez rozbieżny—nie nadają się do hypnotycznego usypiania, gdyż fiksowanie przedmiotu, główny warunek snu, trwa tu krótko.

(*Wracz.* Nr. 10).

109 W numerze 9 „*Wracza*“ znajdujemy dwa spostrzeżenia, mogące służyć za przyczynek do **wplywu róży na przewlekłe zapalne cierpienia**.

Dr. K. D. Kolczewski—mianowicie widział zniknięcie jaglicy po przyłączeniu się róży twarzy, a dr. M. D. Tumpowski spostrzegał wyleczenie prze-

wlekłego zapalenia nerek (zniknięcie puchliny, białka w moczu) po wystąpieniu róży na brzuchu.

110 Unna zaleca kokainę przy bolesnych szczelinach brodawek sutkowych. Wyprysk szczelinowy brodawek, tak częsty u karmiących, daje się leczyć bardzo łatwo, jeśli karmienie zostanie na jakiś czas przerwane, lub przynajmniej doprowadzonym do minimum. W przeciwnym razie może wyprysk brodawek opierać się wszelkim środkom i sprawiać znaczne cierpienia.

Kokaina nietylko ma usuwać bóle w podobnych wypadkach, ale czyni użycie innych środków zupełnie zbędnym. Działa ona jednocześnie znieczulająco, ściągająco i wywołuje skurcz naczyń. U stosuje pędzlowanie chorych brodawek $\frac{1}{2}$ — 1% roztworem kokainy co 10 minut w przerwach między jednym a drugim karmieniem: wyleczenie następuje bardzo szybko.

F.

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Na posiedzeniu klinicznym odbytem dnia 17-go marca prezes przedstawił do zatwierdzenia ostatecznie po naradzie z radcą prawnym Towarzystwa zredagowany regulamin stypendyjum Kaczorowskiego. Według brzmienia tego regulaminu, nagrodzony otrzymuje zgodnie z literą testamentu 300 rubli jako premijum, a nadto Towarzystwo, według uznania swego, może mu udzielać sumę pozostającą z oszczędności, zachowanej przy ogłoszeniu drukiem pracy premijowanej, jeżeli oszczędność taka okaże się możliwą.

Na temże posiedzeniu dr. Fr. Neugebauer przedstawił potwór ludzki odmiany *foetus amorphus*, urodzony w jednym z przytułków położniczych w Warszawie.

Na posiedzeniu biologicznym odbytem d. 24-go marca r. b. wice-prezes (zastępując nieobecnego na posiedzeniu prezesa) zawiadomił, iż komitet zarządzający nagrodą konkursową im. Chaubińskiego, uwińczył dzieło Krówczyńskiego (Syfilidologia). Poczem odczytano sprawozdanie z posiedzeń komitetu sanitarnego, (który proponuje zmianę nazwiska swego na „komitet higieny publicznej“). Debata komitetu dotyczyły głównie kwestyi wody, oraz wychodków. Spodziewaną jest wkrótce rewizya domów przez lekarzy rewiryowych, którzy otrzymać za to mają wynagrodzenie w kwocie odpowiadającej 4-dniowej czynności po 5 rubli dziennie. Kwestya obsadzeniu 27 stacyj do podawania pierwszej pomocy chorym napotyka znaczne trudności, albowiem, pomimo stosunkowo dostatecznego wynagrodzenia (8 rubli za $\frac{1}{3}$ doby) kandydaci nie zgłaszają się. W odezwie do prezydenta, komitet higieny publi-

cznej wyraża opinię, iż lekarze rewiryowi mogliby mieć sobie i stacyje powierzone i mniema, że dopuszczenie studentów 5-go kursu jest niewłaściwym.

Na temże posiedzeniu dr. Fr. Neugebauer miał odczyt p. t. „Kilka słów o położnictwie japońskim“, a raczej o dziele jednego z autorów japońskich zeszłego stulecia; poczem pokazał wyluszczoney przez d-ra Stembarta mięsak macicy.

— Towarzystwo lekarskie berlińskie. Posiedzenie 25 lutego 1885.

P. Gluck przedstawił chorą, która potrzykróc uległa złamaniu szyjki ramienia. Po ostatniem złamaniu wytworzył się na końcu trzonu złamanej kości ramieniowej staw wrzekomy, podczas gdy z nasady główki, pozostałej w zagłębieniu stawowem, rozwinął się guz. Guz ten wyluszczoney wraz z szyjką łopatki i zakłęśnięciem stawowem. Zagojenie nastąpiło per primam, czynność stawu wrzekomego odbywa się wybornie.

Guz okazał się jako Osteoma fibrosus spongiosus, wychodzący z nasady kości ramieniowej, a wywołany wskutek ciągłego drażnienia przez ruchy w stawie rzekomym. Może on posłużyć za przyczynek do nauki o etyologii guzów.

P. Iürgens, przedstawia preparaty z dwóch przypadków choroby Addisona. W pierwszym, przy charakterystycznym zabarwieniu skóry były swoiste zmiany w nadnerczach bez zresztą szczególnych zmian w innych narządach. W drugim, znaleziono olbrzymi tętniak aorty, który uciskał obydwa nerwy trzewowe. P. Iürgens utrzymuje na podstawie długoletnich spostrzeżeń, że choroba Addisona jest właściwie cierpieniem nerwów trzewowych. We wszystkich czystych przypadkach tej choroby znajdowano zawsze szare zwyrodnienie wspomnianych nerwów. Przypadki z zajęciem tylko jednego nadnercza, nienacechowane brązowem zabarwieniem skóry i zwykłymi objawami klinicznymi, nie przedstawiały zmian w nerwach trzewowych.

P. Lossar przedstawia chorego, budzącego pewien interes ze względów etyologicznych. Cera twarzy chorego jest całkiem brunatną, oprócz tego w rozmaitych innych miejscach ciała znajdują się czarniawe miejsca. Przyczyną tej dziwnej melanozy było zajęcie chorego, który jako stolarz miał wiele do czynienia z rozmaitemi lakierami; bezwątpienia wessanie się barwnika lakieru pod skórę, wywołało wspomniane zabarwienie.

P. Lossar przedstawia chorego ze znacznie rozwiniętymi żyłakami tylko po jednej stronie. Ściany żył są w wysokim stopniu miąższycowato zwyrodnione. Sprawa ta wydaje się być wrodzoną.

— Londyńskie „Harveian Society“.

Na posiedzeniu 5-go marca (pod przewodnictwem Th. Morton'a) odbytem, Carmalt Jones przedstawił proste narzędzie do przetaczania krwi defibrynowanej.

Na temże posiedzeniu dr. Hare mówił o środkach wymiotnych. Prelegent mniema, iż użycie emetyków jest wogólności mocno zaniechaniem. Główną własnością środków tych, w liczbie których i pekakuanie najpierwsze przypada miejsce, jest działanie mechaniczne na trzewy. Żołądek nie tylko zostaje opróżniony, ale i zawartość niezliczonych gruczołów mieszkowatych wypartą, płuca uciśnięte wydają zawartość swą do oskrzeli; podobny wpływ wywierają wymioty na krtań, przełyk i gardziel. Częstość zapomocą środków wymiotowych uleczony zostaje *vomitus incoercibilis*. Znany jest wpływ leków tych na przebieg dławca rzekomego, a nawet i prawdziwego, a nadto pożyteczne są one w pierwszych okresach płonicy i odry, koklusz, a również objędu opilego i ostrej manii. Przytem nie sprządzają wymioty wyczerpania sił, jak to niektórzy mniemają.

(*The Brit. Med. Journ.* 21-go marca, 1885).

— Spolek českých lékařů.

Na posiedzeniu 16-go lutego dr. *Obrzuta* mówił o etyologii gruźlicy, o swoistem znaczeniu laseczników Kocha w tej sprawie chorobowej. Dr. *Botek* zauważył, że przy poszukiwaniu tych drobnoustrojów koniecznym jest użycie homogennej immersyi i przyrządu oświetlającego Abbé.

Dr. *Rubeska*—opisuje przypadek wilka, w którym, po wyskrobanii ognisk chorobowych, rozwinęła się ostra prosówkowa gruźlica.

Prof. *Fanowsky* zwraca uwagę, że między nowszymi dermatologami zdanie o gruźliczej naturze wilka nie podlega już żadnej kwestyi.

(*Casopis lek. ces.* Nr. 8).

Wiadomości bieżące.

— Inspektorem urzędu lekarskiego mianowany został p. Grandilewskij, który czynności swe niezwłocznie obejmuje.

— Szpital ewangelicki. Kuratorem szpitala tego mianowany został prof. filozofii uniwersytetu warszaw. s., Henryk Struwe.

— Instytut oftalmiczny ks. Edwarda Lubomirskiego. W r. 1884 instytut ogółem udzielił pomocy 4,843 chorym, z których 501 znajdowało się na salach szpitala (196 pensjonarzy i 305 chorych ogólnych, a w tej liczbie 22 bezpłatnych). Dni szpitalnych liczono 21,072. Większych operacyj wykonano 200, największy kontyngens przedstawia operacja zaćm i irydecymia, konsultacyj ambulatoryjnych udzielano przeciętnie dziennie po 60.

(*Gazeta lekarska*, 21 marca r. b.).

— Szpital zapasowy nie odpowiada w zupełności przeznaczeniu swemu, służąc jako rezerwa jedynie dla szpitala Dz. Jezus, nie zaś dla chorych zakaźnych wogólności. Skutkiem tego liczba chorych jest nader mała (około 10), a koszt utrzyma-

nia ich nader wysoki (parę rubli dziennie na chorego).

— Dr. *Julijan Weinberg* z Warszawy wydał w języku francuskim dzieło p. t. „La genèse et le développement du globe terrestre et des êtres organiques, qui l'habitent.“ 8-o, Varsovie, Kowalewski. 1884. W dziele tem autor podaje nową teorię formacyi kuli ziemskiej, polegającą głównie na przypuszczeniu, że materyja stanowiąca kulę ziemską, niegdyś niezmiernie rozrzedzona, doszła następnie do największej swej koncentracji i najmniejszej objętości, poczem znowu rosnąć poczęła i rośnie już milijardy lat i milijardy lat jeszcze będzie rosła. Warto by było w każdym razie, ażeby dzieło to było dokładnie ocenione przez specjalistę. Wzmianka, umieszczona o niem w „*Révue Scientifique*“ (6-go grudnia r. z.) jest nader krótką. recenzent oddając sprawiedliwość, iż książka z pewnem zajęciem się czyta i że może ona wpłynąć na dalsze poszukiwania naukowe, zarzuca autorowi słabość w dowodzeniach i miejscami użycie argumentów nienaukowych oraz niejasność wykładu. (*Révue Scient.* Nr. 23—1884).

— Ambulatoryjum przy szpitalu staro-zakonnych.

Z udzielonego nam drukiem ogłoszonego sprawozdania za r. 1884 podajemy następujące cyfry odnoszące się do czynności tego największego w mieście ambulatoryjum szpitalnego. Lekarzy zajętych przy takowem było 10. Ogółem udzielono porad 35,813, leczono zaś chorych 16,556, czyli o 3,117 więcej niż w roku 1883. Lekarstw wydano 15,141 (nieco mniej niż w r. 1883), pasków rupturowych 91, okularów 103. Koszt lekarstwa wynosił przeciętnie 6²⁹/₁₀₀ kop. czyli o 1⁷/₁₀₀ kop. więcej niż w roku 1883. Fundusz ambulatoryjum wynosił 1,688 rs. 67¹/₂ kop., wydatki zaś były następujące:

1) Na płacę dla służby aptecznej	rs.	kop.
i dla woźnego.....	305	—
2) Na materyjały apteczne, paski i okulary.....	677	49
3) Na materyjały piśmienne, oprawę ksiąg, urządzenie gabinetu rewizyjnego i t. p.....	51	46

Widzimy więc, że przy małych wydatkach wiele zrobiło się dobrego.

Co do samej redakcyi krótkiego sprawozdania, małą pozwolimy sobie zrobić uwagę, iż o wiele korzystniejszym, a mniej drażliwym byłoby ogłoszenie kategorii chorób (wewnętrzne, zewnętrzne, oczne i t. p.), niż wymienianie nazwisk lekarzy z przytaczaniem liczby porad przez każdego udzielonych.

— Wydawnictwo nowe. Firma księgarska „Paprocki i sp.“ drukuje obecnie przekład fizyki znakomitego uczonego Daniela, prof. szkoły lekarskiej w Edynburgu Przekład skuteczniejszy będzie przez znanego u nas przyrodnika J. J. Boguskiego, któremu prof. Daniel przysłał korekty nowego, w Lon-

dynie drukującego się obecnie, wydania swej książki tak, iż przekład równocześnie z oryginałem angielskim wydanym będzie. Tytuł oryginału jest następujący: „A text book of the principles of Physics“ by A. Daniel, M. A. London, Macmillan and Co. Dzieło to, mniemamy, będzie nader ważnym nabytkiem w naszej literaturze lekarskiej, zważywszy, że znajomość fizyki jest nader ważną dla medyków i że w literaturze naszej brakuje właśnie tego rodzaju podręczników.

— **Na katedrę fizjologii w Krakowie** powołano d-ra Cybulskiego, który od siedmiu lat pełni obowiązki asystenta przy prof. fizjologii Tarchanowie i odznaczył się kilkoma pracami poważniejszymi z dziedziny fizjologii krążenia krwi (Obliczenie ilości krwi, Graficzne wyobrażenie krążenia i inne).

— **Statystyka sanitarna w Galicyi** o wiele wyżej stoi niż u nas, obejmując mniej więcej dokładnie zebrane fakta zdrowotności.

W lutym r. b. przedstawiał się stan zdrowotny jak następuje: 1) Tyfus brzuszny panował w 97 miejscowościach 36-ciu powiatów, chorych było 2,232, odsetka wyzdrowienia 60,6, śmiertelność 6,7%. 2) Tyfus plamisty w 34 miejscowościach 16-tu powiatów; chorych 840, wyzdrowienie 55,2, śmiertelność 8,8%. 3) Dyfteryja panowała w Słobodzie rungurskiej w pow. kołomyjskim; chorych dzieci było 40, 22 umarło, 18 wyzdrowiało. 4) Płonica w 39 miejscowościach, 17 powiatów, chorych 917, wyzdrowienie 72,7, śmiertelność 8,8%. 5) Odra w 76 miejscowościach, 25 powiatów; chorych 4,608, wyzdrowienie 57,6, śmiertelność 4,8%. 6) Kszusiec w 74 miejscowościach, 29 powiatów; chorych 4,284, wyzdrowienie 64,7, śmiertelność 4,7%. 7) Ospa w 55 miejscowościach, 16 powiatów, chorych 812, wyzdrowiało 343, szczepionych (70%) i 174 nieszczepionych (54%), umarło 21 szczepionych (4,3%) i 53 nieszczepionych (16,5%).

(Przegląd lekarski, 21 marca r. b.).

— **Zakład zdrojowy w Krynicy.** Świeżo dokonany przez prof. Stopczańskiego (w roku 1884) rozbiór wody krynickiej, stawia ją na równi z najlepszymi zagranicznymi wodami tejże kategorii. Wyniki są następujące:

Węglańu wapniowego.....	1,55473
Węglańu sodowego.....	0,18862
Węglańu magnezji.....	0,23474
Węglańu żelazowego.....	0,021724
Kwasu węglowego wolnego..	2,99500.

W nadesłanem nam sprawozdaniu znajdują się ciekawe dane dotyczące rozwoju zakładu:

	było gości	udzielono zdrojowych kąpeli	rozestano flaszek
W roku 1849.....	60	1,200	360
W r. 1860.....	990	16,020	23,000
W r. 1872.....	2,011	37,162	50,616

Od r. 1877 mniej postępuje działalność zakładu, obecnie wszakże poczyniono znaczne postępy w ulepszeniu warunków pobytu. Obecnie istnieje w Krynicy 925 pokojów gościnnych i 100 gabinetów łaźniowych.

— **Wydawnictwo „Medycinskiej Biblioteki“** p. t. „Jerzenedielnoe Obozrenie“ powtarza następujący list niejakiego p. Aleksiejewa, dotyczący kwestji nadużyć służbowych. „Potwierdzam i oznajmiam publicznie, że p. Kowalenko mówił mi, wobec należącego do sądownictwa wojskowego kapitan 5-ej brygady artyl. p. Okulicza-Karawina 1) że wie on o wielu faktach dotyczących pobierania kubańskich przez t. r. Kozłowa, 2) że ma kolegę, który zapłacił p. Kozłowskiemu za posadę i dostał takową wbrew przepisom, 3) że na obrazie wziętym w postaci łapówki przez p. K. znajduje się własnoręczny napis p. Kowalenko, umieszczony w celu dowiedzenia następnie faktu nadużycia, 4) że Kowalenko upoważnił mię do zakomunikowania tych faktów w sądzie słowami: „owszem, bądź pan łaskaw“. Wszystko p. Okulicz-Kezarinow pozwolił mi potwierdzić na sądzie w jego imieniu.

— **Oryginalna teoryja.** „Medical Age“ ogłasza artykuł, którego autor powiada: „Niezbędnym warunkiem istnienia suchot jest znaczna utrata lub niedostateczny dowód do układu nerwowego kwasu podfosforowego.“

(The Medical Record, 21 lutego r. b.).

— **Nowy inhalator** pomysłu Ward'a Cousin's'a przyrządza firma: „Maw, Sond and Thompson“ w Londynie. Inhalator ten składa się z matego rezerwoaru, mającego postać ostrokągu i zakrytego sitkiem oraz z rączki sprężynowej na wzór istniejącej przy okularach. Koniec rezerwoaru wypełnionego odpowiednim środkiem dezynfekcyjnym wkłada się w nozdrze lub w kąt szpary ustnej, sprężynka zaś trzyma się na nosie i zarazem ścisła nozdrza. (Illus. Monat. für Aertztl. Polyt. Februar, 1885).

— **Przeciwnicy wiwisekcyi w Oksfordzie** starają się o usunięcie doświadczeń, oponując przeciwko niezbędnemu na pracownię wydatkom. Oprócz lordów: Pembroke i Worcester, biskupa z Oksford i innych duchownych, do liczby przeciwników tych należy biblijotekarz, profesor Historii Nowożytniej i około 25 innych osób. Przychylnych sprawie zresztą również nie brak; oprócz medyków bowiem z prof. Bordon Landersonem na czele, figurują w liczbie takowych liczni lordowie i dziekan teologii.

(The Brit. Med. Journ., 7 marca r. b.).

— **Szpital imienia Gordona.** W Anglii powstała myśl założenia w Port-Saidzie szpitala dla chorych wszelkich narodowości w celu uczczenia pamięci znanego bohatera Gordona, który miał tam odznaczyć się litością i zaparciem się własnych interesów dla dobra społeczeństwa.

(The Brit. Med. Journ., 21 marca r. b.).

— **Wystawa gospodarczo-spożywcza.** Pierwotny tytuł wystawy tej był jak wiadomo „kucharska“. Jak jeden tak drugi upoważnia do przypuszczenia, jeżeli nie pewności, że element higieniczny będzie w niej uwzględniony w jaknajobszerniejszych rozmiarach, nie wiecie bowiem trzeba rozmysłu, aby przekonać się, że jedzenie przede wszystkim potrzebnem jest do podtrzymania życia, a niewielkich potrzeba wiadomości do zrozumienia, że higienie przypada właśnie rola kierownictwa w tej mierze.

Nie zajęto się w ogólności tem, co jest najważniejszym w kwestyjach gospodarczo-spożywczych, do takiego stopnia, iż niema wzmianki na wystawie, jak człowiek żywić się powinien, a w liczbie sędziów nie znajdujemy ani jednego lekarza.

Wystawa też, którą zwiedziliśmy w dniu otwarcia, przedstawia się, z naszego punktu widzenia, wielce niekorzystnie i nie daje bynajmniej wyobrażenia nawet cokolwiek przybliżonego o stosunkach gospodarczo-spożywczych kraju, nietylko z powodu bardzo małej liczby wystawców, ale głównie właśnie dla braku elementu naukowego. Pozwolimy sobie nieco szczegółowiej rzecz rozpatrzyć.

Kwestyja np. wody jest najżywotniejszą w sprawach gospodarczo-spożywczych i przedstawia temat najciekawszy i zarazem szczególnie ważny na dobie w Warszawie. Komitet powinien być zebrać i przedstawić dokładne wiadomości dotyczące wody naszej oraz wskazać sposoby oczyszczenia takowej dla celów gospodarczo-spożywczych. Jeżeli, pomijając działalność komitetu, zwrócimy się do samych wystawców, zostaniemy niemile uderzeni obojętnością ich na kwestyie kardynalnej wagi. Otóż wracając do wody, nadmienić spieszymy, że widzieliśmy na wystawie filtr mały z syfonem; część filtrująca składa się, jak to po dłuższych debatach zdołaliśmy się dowiedzieć, z kilku najwycyżniejszych ciał filtrujących (węgiel, alun), oraz z jakiejś masy o zagadkowym składzie. Jako zaletę przytoczono, że filtr oczyszczać należy raz na pół roku. Nie trzeba dowodów przytaczać, że filtr o średnicy mniej więcej stopy, raz na pół roku oczyszczany, jest sprzętem bardziej niż nieużytecznym. Prosiłiśmy też przedstawicieli pewnego browaru, aby udzielono nam wiadomości o analizach chemicznych piwa, jakie prawdopodobnie wykonywano, oraz aby nam udzielono ogólnikowych objaśnień co do fabrykacji, o tyle tylko abyśmy się przekonać mogli, że mamy do czynienia z fabrykatem niezafałszowanym, lecz na wszystko otrzymaliśmy jedyną odpowiedź, że mamy tu do czynienia z piwem „najlepszym“. „Mleczarnia lecznicza“, po której spodziewaliśmy się wystąpienia, odpowiadającego noszonej nazwie, wystawiła trzy butelki mleka na marmurowym stoliku, a lubo mleko to może w ten lub ów sposób działać na zmysł wzroku, to jednak za wystarczające uważać tego nie możemy. Spodziewaliśmy się jakichś mo-

deli, a przynajmniej rysunków, planów, krótkiego opisu zalet, czegoś wreszcie, po czem kompetentniejsi ze zwiedzających mogliby bliższą zabrać z mleczarnią znajomość. Jedynie tylko w oddziale p. Stanisława Kropiwnickiego i Sp. widzimy dążność do bardziej naukowego przedstawienia rzeczy, gdyż firma ta wystawiła kilka przyrządów do próbowania własności mąki oraz mikroskop i całą kolekcję preparatów mikroskopowych, lubo nie wystawiła stolika, na którym ojebrzeć możnaby było preparaty te pod mikroskopem, błąd ten zresztą, jak poinformowano nas, zamierza naprawić. Dalej widzieliśmy Aleuroskop Sellnika, oraz Aleurometr Bollanda, obydwaj służące do wykazania siły wyrastania glutenu mąki i złożone z lampki właściwej oraz z rezerwoarów, w których wyrasta gluten; walcowaty rezerwoar tego ostatniego przyrządu posiada podziałkę wykazującą w cyfrach siłę wyrastania. Nadto znajduje się aprecyator i zwyczajna suszarnia dla badania wilgoci mąki; kolekcycja preparatów drobnowidzowych sprowadzoną jest z zagranicy i jest nader obfita.

Firma Kropiwnicki i S-ka zasługuje na wzmiankę i z innych względów, a mianowicie z powodu zastosowania urządzeń mechanicznych do mięszania ciasta, urządzeń mających podwójne znaczenie higieniczne: gwarantują bowiem czystość i oszczędzają ciężką pracę robotnika. Zakłady posiadają dwa młyny parowe (w Słodowcu i Zegrzynku) i przerabiają około 100 tysięcy korcy zboża rocznie.

Mechaniczne urządzenia zastosowane zostały na większą skalę i przez firmę Łapińskiego, która dała dowód dobrego zrozumienia rzeczy, przedstawiając na wystawie fabrykację butek w naturze.

Z innych wyróbów tejże kategorii zanotować wypada makarony Krzymuskiego oraz wyroby cukiernicze Stengla, który rozwinął korzystnie tę gałąź przemysłu, a zwłaszcza podniósł u nas produkcję biszkoptów angielskich, dorównujących wielu oryginalnym gatunkom. Wyroby z kakao, a mianowicie czekolada, doszły u nas, jak wiadomo, do znacznej doskonałości i pod tym względem uznanie należy się reprezentowanej na wystawie firmie Wedla. Ani pszczelnictwo, ani rybołówstwo, ani chów bydła nie były przedstawione na wystawie „gospodarczo-spożywczej“.

Z produktów mięsnych figuruje ekstrakt płynny zwany „Cibils“, przyrządzany z mięsa wołów stepowych w Ameryce Południowej; ekstrakt ten z powodzeniem stosowany być może w sztuce kucharskiej. Oprócz produktu tego napotyamy parę szczupłych kolekcji ryb i owoców konserwowanych. Artykuły spiżarni reprezentowane są słabo na wystawie (Horodyński, Krajewski, Ćwierczakiewiczowa). Co do napojów, wymienimy—kefir kaukaski p. Segaliny. Wiadomo, że napój ten wprowa-

dzony do Warszawy przez d-ra Wyszyńskiego, rozpowszechnić się zdołał w Warszawie i że w liczbie przetworów mlecznych zyskał stałe prawo obywatelstwa (p. dyskusyje w Tow. Lek. War. „Kr. Lek.“)

Znane browary warszawskie (Kijok, Jung, Machlej) podobnie jak i niektóre destylarnie, nadały swe produkta, ale bez potrzebnych dla naukowej oceny informacji.

Zarząd tanich kuchni wygotował sprawozdanie z działalności takowych. Lubo nie znajdujemy w niem podstaw fizjologicznych, jakimi kierowano się w układaniu relewy, ciekawe będą zapewne dla czytelników niektóre odnośne dane. Początek tanich kuchni datuje się od lat 16, kiedy postanowiono dawać biednym ludziom żywność po cenach kosztu, a wielu bogatych pospieszyło z pomocą pieniężną oraz z gotowością pełnienia honorowo rozmaitych obowiązków. Po kilku latach ogół „przesycony nowością“ (!) nie brał już udziału w czynnościach honorowych i okazała się potrzeba reformy. Przed 6-ciu laty ś. p. Świergocka, a przed 4 laty ś. p. Rapačka przeznaczyły znaczne fundusze na rzecz tanich kuchni, a w r. 1880 zreformowano zakłady w ten sposób, iż objady rozdzielone zostały na porcyje. Poprzednio objad kosztował kop. 10 i zawierał w swym składzie 18 łutów mięsa, w roku 1880 po zreformowaniu kuchni zawierał łutów 30, od r. zaś 1884—40 (cena objadu powiększoną została do 26 kopiejek). Tanie kuchnie znajdując się pod zarządem obywateli wybieranych corocznie, którym przewodniczy prezydent miasta.

W roku 1884 wydano w obydwóch kuchniach porcyj: Zupy 153,559, szt. mięsa 97,264, pieczeni z jarzyną 168,245, oddzielnie jarzyny 29,091, chleba porcyj 180,019. Koszt powyższych dań razem z utrzymaniem zakładów wynosił rs. 41,951 kop. 84½. Korzystało z obiadów w ciągu roku osób 195,600, czyli przecięciowo dziennie—mężczyzn 503, kobiet 80. Na przygotowanie obiadów w obydwóch kuchniach użyto w ciągu r. 1884: Mięsa wołowego funtów 130,059, wieprzowego 9,541, cielęcego 4,131, baraniego 3,218, polędwicy 1,251, ozorów 1,459 kielbas 3,253, flaków i gęsiny 380, 153,292, ryb 2,927, mąki 7,650, kartoffi korcy 506, kapasty garncy 2,734, kaszy rozmaitych gatunków korcy 35, ryżu fun. 1,505 makaronu fun. 1,460, śmietany garncy 537, mleka zsiadłego garncy 1,460, jaj sztuk 7,182, grochu polnego korcy 18, grzybów funtów 189, masła fun. 3,927, słoniny fun. 1,841, włoszczyzny za rs. 510, innych drobnych produktów i korzeni, cukru i t. p. za rs. 615, węgla spalono za rs. 1,610. Od założenia zaś kuchni po koniec 1884 r. wydano porcyj około 6,754,000, któremi posiliło się osób około 3,000,000, w tej liczbie kobiet około 300,000.

Wydawca:

Dr. F. Kobyliński.

Nekrologija.

Prof. Fryderyk Teodor Frerichs.

Świat naukowy lekarski poniósł niepowetowaną stratę przez śmierć profesora Frerichsa, zmarłego d. 14 marca r. b.

Fryderyk Teodor Frerichs urodził się roku 1819 w Aurich, studyja lekarskie i nauk przyrodniczych odbył w uniwersytetach: getyngenskim, berlińskim, pod kierunkiem Schoenleina i Dieffenbacha. Po ukończeniu uniwersytetu zajmował się praktycznie chemiją w pracowni Wöhlera w Getyndze, poczem poświęcił się praktyce lekarskiej w swem rodzinnem mieście, zajmując się przeważnie okulistyką. Zwiedziwszy w 1843 w celu studyjów anatomicznych i patologicznych uniwersytety wiedeński i prazski, habilitował się w r. 1846 w Getyndze jako privat docent, a wkrótce został asystentem w instytucie fizjologicznym R. Wagnera. W 1850 r. powołany został na dyrektora polikliniki do Kiel; podczas wojny był naczelnym lekarzem armii szlezwig-holsztyńskiej. Od 1851 r. wykładał jako profesor zwyczajny patologię i terapię szczegółową w uniwersytecie wrocławskim, był również dyrektorem kliniki lekarskiej. Po śmierci Schoenleina 1859 r. został jego następcą w berlińskiej Charité, którą kierował do śmierci. Najgłośniejszem i najcenniejszem dziełem Frerichsa jest „Klinik der Leberkrankheiten“, oparta na ścisłych fizjologicznych i chemicznych studyjach. Bardzo wiele prac swych pomieszczał w różnych czasopismach; szczególnie na uwagę zasługują: „Ueber die Bright'sche Nierenkrankheit und deren Behandlung“, „Ueber das diabetische Coma“ i wiele innych. W zeszłym roku obchodził 25-cio-lecie swej profesorskiej działalności, przyczem wydał obszerne dzieło o cukrzycy moczowej. Oprócz naukowej działalności Frerichs był wzorowym nauczycielem i znakomitym praktykiem. Wśród uczniów jego spotyka się wiele imion znanych w literaturze lekarskiej, jak: Ehrlich, Brieger i inni.

M. H.

— Nadestano do Redakey:

Dr. Ludwik Wolberg. Pięć spostrzeżeń z warszawskiego szpitala dla dzieci wyznania mojżeszowego, odbitka z „Przeglądu lekarskiego“, 1884.

Dr. med. J. Pawiński. Przyczynki do rozpoznawania tętniaków aorty brzusznej, odbitka z „Gazety lekarskiej“, 1885.

Redaktor odpowiedzialny
Dr. Otton Hewelke.