

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija ogólna i doświadczalna.

174. Prof. E. v. RECKLINGHAUSEN. **O zatorze żylnym i wstecznym biegu krwi w żyłach i naczyniach chłonnych.** *Ueber die venöse Embolie und den retrograden Transport in den Venen und in den Lymphgefäßen.* (*Virchow's Archiv*, Bd. 100, Hf. 3).

Możność powrotnego biegu krwi w naczyniach nie ulega wątpliwości od czasu, jak Morgagni, Magendie, Gaspard i Amussat spostrzegli, że powietrze, rtęć, tłuszcz i t. p. wstrzyknięte do żyły szyjowej unoszone bywają w żyłach w kierunku odwrotnym zwykłemu prądowi krwi, a Poiseuille bezpośrednio pod mikroskopem widział wsteczny bieg krwi w naczyniu uciśnionem. Zachodzi tylko pytanie, w jakich patologicznych okolicznościach się to wydarza i czy wsteczny ruch krwi posiada tyle energii, by wywołać wynaczynienia i unosić z sobą stałe cząsteczki.

Że rtęć, wstrzyknięta do żyły szyjowej, odnalezioną została następnie w żyłach okrężnych serca, żyłach wątroby, a nawet i nerek, może zależeć od tego, że wskutek znacznej wagi pomimo przeciwnego prądu w przebiegu przez prawy przedsionek dostała się do żył. Cohn, chcąc usunąć podobne zarzuty, wstrzyknął do żyły szyjowej małe ilości cynobru, a po śmierci zwierzęcia znalazł cząstki tegoż w żyłach serca, wątroby i nerek, a także w żyłę głównej.

Patologija objaśniała zwrotnym prądem krwi i następczym zatorom żył przerzuty przy ropnicy, a szczególnie przerzuty w wąt

nieważ w ropniach wątroby zwykle gałązki żyły wypełnione bywają zakrzepem. Virchow, Frerichs i Cohn zaprzeczyli powyższemu twierdzeniu, ze względu, że ów zakrzep żył wątrobowych jest późniejszym, niż ognisko ropne. Nie wyklucza to jednak zupełnie możliwości powstania zatoru żylnego, czego dowodem są spostrzeżenia Cohna, Hellera (przerzuty rakowe) i autora, przytoczone w niniejszej pracy. Najczęściej taki zwrotny ruch spostrzega się w żyłach nerkowych, płucnych, głównych, bezmiennych, wątrobowych, podobojczykowych, zarówno jak i w zatokach mózgowych, ponieważ one nie mają zastawek, a ciśnienie przy spokojnym krwiobiegu bywa w nich minimalnem.

W pierwszym przypadku opisanym przez autora mamy do czynienia z śluzochrząstkiakiem (myxochondroma) prawej piszczeli, który dał przerzuty w twardej oponie mózgowej, w samym mózgu, w wątrobie, w żołądku, w płucach, w mięśniach i w lewej nerce. W celu określenia drogi uogólnienia się guza, trzeba zwrócić uwagę na zachowanie się naczyń chłonnych i krwionośnych. Na powierzchni prawego płuca naczynia chłonne podopłucnowe wypełnione są masą sarkomatyczną. Prawa żyła udowa zawiera w przestrzeni nad guzem pachowym kawałki guza, w otworach małych jej gałęzi V. cava z gałęziami jest zupełnie swobodną, również i lewa żyła nerkowa; w jej zaś gałęziach, przeważnie większych, znajdują się białawe, guziczkowate masy, które dochodzą aż do arcus venosi u podstawy pyramid. Tętnice nerkowe, ani otoczka nerkowa, ani pozostała tkanka, nie zawierają wcale mas nowotworu. W lewym przedsionku znajdują

się również masy nowotworowe, wypełniające otwory żyłne; w płucach zaś oprócz guziczek sarkomatycznych spostrzegają się zawały krwawe, nie mające wyraźnych granic, ani postaci klinowatych, czem się odróżniają od zawałów, powstałych wskutek zatoru tętniczego.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że guz piszczeli był pierwotnym; guzy wątrobowe powstały wskutek zatoru sarkomatycznego gałęzi żyły wrotnej przez masy pochodzące ze ścianki żołądka lub z żył hemoroidalnych. Guzy płucne dały początek guzom gruczołów chłonnych oskrzelowych, tchawicowych, a od nich przeszły do lewego przedsionka. Przerzuty w żyłach nerkowych pochodzą tylko od mas w żyłach udowej, a w żyłach płucnych od mas w lewym przedsionku się znajdujących. Za tem przemawia, że masy sarkomatyczne są tylko w samych żyłach nerkowych, płucnych, a nie ma ich w tkance okolicznej, i, że znajdują się one tylko w większych żyłach. Wskazuje to, że cząsteczki guza unoszone zostają w przeciwnym kierunku, t. j. że przynajmniej chwilowo powstaje wsteczny prąd krwi. Momentem sprzyjającym takiemu wstecznemu prądowi bywa najczęściej zwiększenie ciśnienia krwi, powstające przy utrudnionem wydechaniu (przy kaszlu), zwężeniu dróg oddechowych i t. p., a brak zastawek w żyłach ułatwia powstanie zatoru.

Inne dwa przypadki, które autor szczegółowo opisał dowodzą, że ropienia przerzutowe, zarówno jak i przerzuty rakowe w nerkach mogą powstawać na drodze żylnego zatoru. Do tego poglądu dochodzi autor na zasadzie ścisłego anatomo-patologicznego badania. Należy więc przyjąć pod uwagę wsteczny prąd krwi w żyłach i naczyniach chłonnych jako czynnik przy uogólnianiu się nowotworów.

M. Hopfenblum.

175. Doc. Dr. H. SAHLI (z Berna).

Przyczynki do patologii i terapii opuchliny płuc. *Zur Pathologie und Thera-*

pie des Lungenoedems. (Archiv f. Experimentelle Pathologie u. Pharmakologie. Bd. 19, Hf. 6).

Welch w roku 1878 ogłosił teorię, do dziś dnia ogólnie przyjmowaną, że opuchlina płuc powstaje wskutek zastój w krążeniu płucnem, wywołwanego przez odosobnione porażenie lewej komórki, przy dalszem trwaniu pracy komórki prawej. Teoryja ta została wyprawadzoną drogą doświadczalną. Welch przekonał się na królikach, że utrudnienie krążenia tętniczego, uskutecznione przez podwiązanie aorty, albo też głównych z niej wychodzących naczyń, do tego stopnia podnosi ciśnienie w krążeniu płucnem, że wreszcie następuje wypacanie się surowiczego płynu do pęcherzyków i oskrzeli. Przy podwiązaniu żył płucnych opuchlina rozwija się daleko trudniej. Wreszcie, jeżeli lewą komórkę gnieść i ścisnąć tak długo, aż przestanie bić, podczas gdy prawa się jeszcze kurczy, także rozwija się puchlina. Ztąd hipoteza o odosobnionem (isolirt) porażeniu lewej komórki. S. Mayer, powtarzając te doświadczenia, przekonał się, że u królików przy podwiązaniu naczyń dążących do mózgu, następuje również opuchlina płuc, której jednak nie bywa, jeżeli zwierzę było zatrutem kurarą, sądzi przeto, że rozwijająca się tu niedokrewność mózgu, a właściwie wynikające wskutek niej kurczenie się mięśni naczyniowych, drgawki i dusznościowe oddychanie jest przyczyną opuchliny płuc.

Autor wykonywał swe doświadczenia przy jednoczesnem mierzeniu ciśnienia w aorcie i tętnicy płucnej, czego poprzednicy jego nie robili, i posiłkując się oddychaniem sztucznem. Po podwiązaniu aorty (jak również t. szyjowych i podobojczykowych), części wyżej leżące natichmias b. silnie się wypełniają i ciśnienie wzrasta. W prawem sercu daje się też zauważyć zastój, ale w mniejszym stopniu. Bicie serca trwa około 1/2 godziny, różnica w zabarwieniu krwi żyłnej i tętni-

czej zawsze się do pewnego stopnia zachowuje. Jeżeli nie używać sztucznego oddychania, śmierć następuje po kilku minutach. W kawalku płuca wyciętym po upływie 7-miu minut od rozpoczęcia doświadczenia daje się rozpoznać wyraźną opuchlina.

Co się tyczy zdania Meyera, to autor odmawia wpływu niedokrewności mózgu na powstawanie opuchliny płuc. Zato drgawki i kurcz m. naczynioruchowych może być czynnikiem sprzyjającym — ponieważ sprzyja przedostawaniu się krwi z obiegu tętniczego do żylnego, a więc i wpływa na zwiększenie ciśnienia w tętnicy płucnej.

Doświadczenia podobne, wykonywane na psach dawały wyniki niezadawalniające. Ani całkowite zamknięcie światła aorty, ani częściowe, stopniowo zwiększane, jej zwężenie, ani też zaciskanie lewej komórki nie wywoływało znaczącego zwiększenia ciśnienia w tętnicy płucnej i opuchliny płuc, przynajmniej nie stale. Doświadczenia te pokazały tylko jak wielkie zaburzenia w krążeniu obwodem mogą istnieć bez upośledzenia krążenia płucnego. Przytem nie udało się nigdy doprowadzić lewą komórkę do odosobnionego porażenia. Lewa komórka albo przewyciężała przeszkody zupełnie i wtedy nie można było zauważyć nic nieprawidłowego, oprócz zwiększonego ciśnienia w zamkniętej części układu tętniczego, albo też lewa komórka nie była w stanie podołać przeszkodzie. W ostatnim razie wzrastało ciśnienie w prawej komórce, podczas gdy zniżało się w tętniczym układzie. Obydwie komórki pracowały przy podniesionem ciśnieniu i wyczerpywały się jednocześnie. Okresu pośredniego, gdzieby przy niskiem ciśnieniu w tętnicach, ciśnienie w prawej komórce wzrastało — autor nie widział.

Próby wywołania odosobnionego porażenia lewej komórki u psów przez gnienie były również bezowocowe, podobnie jak i u królików, którym autor w tym

celu wstrzykiwał do mięszu lewej komórki rozmaite trucizny sercowe.

Przechodząc do części klinicznej, autor stawia pytanie, czy spostrzegana u ludzi opuchlina płuc jest zastoinową i czy do wytlómaczenia jej powstawania wystarcza hipoteza Welcha. W tym celu przejrano protokoły badań pośmiertnych za ostatnie lata z kliniki prof. Lichtheima z Berna. Określenie „opuchlina płuc“ spotyka się w nich dość często, nigdy jednak sprawa ta nie miała takich rozmiarów jak w doświadczeniach; zwykle zajmowała tylko pewne oddziały płuc, a obecność jednoczesna zmian zapalnych przemawiała za taką samą naturą opuchliny.

Ogólna opuchlina całego płuca jest rzadkością, płuca przytem nie przedstawiają żadnych wyraźnych cech zastoiny, są blade, t. j. nie wykazują przepelnienia krwią. Tylko opuchlinie, zdarzającej się niekiedy przy chorobach serca, towarzyszy obfitość krwi w tym narządzie; skąd możnaby przypuszczać zastoinowe jej pochodzenie, wogóle jednak jest to rzadkością, a w większości przypadków chorzy sercowi umierają bez ogólnej opuchliny płuc, pomimo, że miejscowa bywa b. częstą. Z 24 protokołów sekcji osób zmarłych na rozmaite choroby sercowe, opuchlinę płuc spotykamy zaledwie 3 razy.

Dla objaśnienia tych postaci opuchliny hipotezą Welcha zdaje się być wystarczającą. Zestawiwszy jednak dane kliniczne z wynikami doświadczeń autora nie można się i tu na nią zgodzić. Po pierwsze odosobnionego porażenia lewej komórki nie udało się otrzymać, gdyby jednak tak nawet było, to jak sobie objaśnić możność czynności prawej komórki, jeżeli wskutek ustania tętniczego krążenia — a więc i w tętnicach wieńcowych — odżywianie mięśnia sercowego ustaje wogóle. Powtóre brak wszelkich objawów mózgowych wyklucza obecność niedokrewności mózgu, która w podobnych warunkach musiałaby się rozwinąć. Wre-

szcze wywody badań pośmiertnych—brak przepełnienia krwią zarówno lewej jak i prawej komórki — przeczy przypuszczeniom wysokiego stopnia zastojów.

Z wad sercowych pewna tylko kombinacja pozwala na niezwykle zwiększenie się ciśnienia w małym obiegu. Są to powikłania niedomykalności zastawek aorty i niedomykalności zastawki dwudzielnej. Jeżeli takie serce osłabnie, to wskutek nagłego rozszerzenia się lewej komórki, niedostateczność z. dwudzielnej względnie znacznie się zwiększy. Zatem przy skurczu lewej komórki następuje silne wracanie się krwi do przedsionka i żył płucnych, wskutek czego ciśnienie w nich znakomicie wzrasta, i może doprowadzić do opuchliny. Wzmocnione ciśnienie to nie ogranicza się przytem tylko do skurczu; owszem może się ono utrzymywać stale, ponieważ wracająca przy rozkurczu wskutek niedostateczności zastawek krew z aorty nie pozwala na odpływ krwi z przedsionka. Im większą jest niedostateczność z. dwudzielnej i opór w aorcie (np. atherosis, stenosis), tem więcej sprzyjać to będzie powstawaniu opuchliny. Odwrotnie niedostateczność lub zwężenia z. trójdzielnej utrudnia powstawanie tej sprawy. Nawet i bez wady aorty—przy samoistnym przeroście serca np. można sobie przedstawić te same warunki, jeżeli tylko nastąpi dość znaczna niedostateczność względna lewego ujścia żylnego i dość znaczne wracanie się krwi z aorty.

Co się tyczy *peryjodycznie powtarzającej się opuchliny płuc* — to autor, ze względu, że zdarza się ona najczęściej przy wadach aorty, objaśnia ją w sposób powyższy. Na tak zwane zaś *samoistne* autor zapatruje się sceptycznie, i skłonny jest uznać w nich przyczynę zapalną.

Co się tyczy leczenia opuchliny płuc, to ze względu na występujące tu na pierwszy plan utrudnienie oddychania resp. zatrucie krwi kw. węglowym, teoretycznie wskazanem byłoby *sztuczne oddychanie*. Rozumie się nie w tych przypad-

kach, gdzie opuchlina płuc przyłącza się jako sprawa końcowa, lecz tam, gdzie występuje niejako samoistnie, i zagraża życiu. Jedyne racyjonalną metodą sztucznego oddychania jest stosowanie go przy uprzednim przecięciu tchawicy.

Dalej uważa autor za wskazany w tych razach *upust krwi* (który nie wzdraga się zachwalać nawet i przy groźnych sprawach zapalnych). Jak wykazują odnośne doświadczenia na królikach, upust krwi, który jednak dla wywołania pożądanego skutku powinien osiągać 10%, całej ilości krwi, może zapobiedz rozwinięciu się, i z drugiej strony usuwa już rozwiniętą opuchlinę płuc. Upust powinien być wykonywanym z oddziały naczyniowego podlegającemu zastojowi t. j. z żył, upust z tętnic jest wskazanym tylko tam, gdzie żylny się nie udaje. Jako przeciwwskazanie, jak to samo przez się wynika z poprzedzającego, uważać należy przetaczanie krwi lub rozczynów soli.

Ostatecznie wnioski swoje autor formuluje tak:

- 1) Opuchlina płuc patologicznie nie powstaje według teorii Welcha.
- 2) W większości przypadków opuchlina płuc u ludzi nie jest pochodzenia zastoinowego, ale zapalnego (miejscowego), tu też należy pewnie zaliczyć opuchliny charłaczne i przy zapaleniu nerek.
- 3) Jest pewien chociaż rzadki rodzaj opuchliny płuc i zdarzający się tylko przy chorobach serca, w którym należy przyjąć naturę zastoinową; powstaje ona w wyjątkowych warunkach przy regurgitacji krwi z lewej komórki.
- 4) Upust krwi w powyższym razie jest racyjonalnie wskazanym i skutecznym; skutecznym być może zapewne i w innych postaciach opuchliny.

O. Hewelke.

176. Prof. LEUBE. **O amonijakalnej fermentacji moczu.** *Ueber die ammoniakalische Harnghährung.* (Virch. Arch. Bd. 100, H. 3).

Doświadczenia Pasteur'a dowiodły, że rozkład moczu, t. j. przemiana mocznika w węglan amonu odbywa się pod wpływem mikroorganizmów, przechodzących z powietrza do moczu. Kliniczne badania Traubego nad fermentacją moczu u chorych stwierdziły, że rozkład moczu odbywa się wskutek wprowadzenia do pęcherza powietrza i znajdujących się w nim grzybków. W ostatnich jednak latach rozpowszechnił się we Francji pogląd, że katetyzacja zdrowego pęcherza nawet nieczystym cewnikiem nie wywołuje rozkładu moczu, a chociaż katar pęcherza sam przez się nie jest przyczyną rozkładu moczu, to jednak wydzielina nieżyłowa pęcherza, szczególnie śluz, stanowi niezbędny grunt do rozwoju zarodków atmosferycznych. Autor w niniejszej pracy zajął się rozwiązaniem niektórych spornych kwestyj, dotyczących się fermentacji moczu.

Na zasadzie licznych doświadczeń udało się autorowi przekonać, że normalny mocz po wyjściu z pęcherza nie zawiera żadnych grzybków, ani ich zarodków, któreby przy dalszym rozwoju mogły wywołać rozkład mocznika. Czynniki zaś wywołujące rozkład moczu pochodzą z zewnątrz, są to grzybki, których obecność w gnijącym moczu nie ulega najmniejszej wątpliwości. Udało się izolować w powietrzu grzybki, rozkładające mocznik, zupełnie identyczne co do kształtu i działania z grzybkami znajdującymi się w moczu rozkładającym się. Dotychczas nie można powiedzieć stanowczo, czy grzybki rozkładające mocz nie mogą w patologicznych przypadkach przedostawać się do moczu ze krwi w nerkach. Wiadomo przynajmniej, że zarodki grzybkowe wstrzyknięte do krwi u zwierząt wydzielają się po upływie 24 godzin w moczu; a powstawanie zapalenia nerek przy zapaleniu płuc przypisują przeniknięciu pneumokoków do nerek, skąd przechodzą do moczu. Nie można więc zaprzeczyć możliwości przenikania grzybków ze krwi

w kłębkach nerkowych do moczu, nie ma jednak na to dytychczas dostatecznych dowodów. Lepiej natomiast w każdym przypadku dobrowolnego rozkładu moczu przypisać to przeniknięciu grzybków przez cewkę do pęcherza, przyczem zwrócić trzeba uwagę, że kataralne cierpienia pęcherza sprzyjają wnikięciu, rozwojowi i działaniu tychże.

Zapomocą hodowli podług metody Kocha, udało się autorowi otrzymać 4 rodzaje grzybków, zdolnych wywołać rozkład mocznika na węglan amonu. Najsilniej działającym okazał się grzybek w postaci małych pałeczek, na końcu zaokrąglonych, równomiernie barwiących się aniliną. Długość pałeczek wynosi około 0,002 mm., a grubość 0,001 mm. Ten grzybek nazwany przez autora *Bacterium ureae* otrzymuje się w czystych hodowlach dość trudno, ponieważ bardzo wolno rośnie, tworząc koncentryczne koła; starsze hodowle wydzielają szczególny zapach, przypominający śledzie.

Drugi również często napotykanym w rozkładającym się moczu grzybek, przedstawia się w postaci kokków—*Micrococcus ureae*; niekiedy łączą się one tworząc diplokokki lub dłuższe łańcuszki; łatwo się otrzymują w hodowli, prędko rosną, tworząc po upływie 24 godzin na miejscu zaszczerpienia białą, perlowo błyszczącą plamę. Starsze hodowle wydają swoisty klejowaty zapach.

Znacznie słabiej wpływa na rozkład moczu trzeci rodzaj grzybka, przedstawiający się w postaci małych, dość grubych pałeczek, mających wyraźny kształt owalny.

Czwarty zaś rodzaj przedstawia się również jako pałeczki, mające 1,2—1,4 mm. długości, a 0,6 mm. grubości; co do wzrostu i ogólnego zachowania, bardzo podobnym jest do 3-go rodzaju, hodowla przedstawia się błyszcząco, blade-żółtego koloru.

W r. 1874 *Musculus* otrzymał w moczu chorych na katar pęcherza znaczną ilość

fermentu, łatwo rozkładającego mocznik na węglan amonu. Pasteur i Joubert stwierdzili istnienie rozpuszczalnego, nieorganizowanego zaczynu, rozkładającego mocz, uznali go jednak za wytwór grzybków, znajdujących się w każdym rozkładającym się mocz. Leube przedsięwziął szereg doświadczeń w celu otrzymania nieorganizowanego zaczynu przy rozkładającej czynności grzybków i otrzymał zawsze wynik ujemny. Nie zaprzeczając więc istnienia takowego zaczynu, uznaje, że pochodzenie jego jest dotychczas zagadkowym, a w żadnym razie nie powstaje on wskutek rozkładającego działania grzybków w moczu się znajdujących.

M. Hopfenblum.

II. Medycyna wewnętrzna.

177. W. EBSTEIN. **Przyczynę kliniczny i krytyczny do nauki o zapaleniu otrzewnej wskutek przedziurawienia.** *Klinisches und Kritisches zur Lehre von der Perforationsperitonitis. (Zeitschrift f. Klin. Medicin. Bd. 9, Hft. 3 i 4, str. 207—245).*

Co do niektórych objawów zapalenia otrzewnej wskutek przedziurawienia (żołądka, kiszek) istnieją dotąd niezgodności u rozmaitych autorów, kwestyja ta wymaga przeto omówienia. Autor opracowuje ją w następujących trzech częściach:

1) O zwiększonym napięciu ścian brzusznych i

2) O zachowaniu się tępości wypukowej wątroby przy zapaleniu otrzewnej wskutek przedziurawienia.

3) O braku wymiotów przy zapaleniu otrzewnej wskutek przedziurawienia żołądka.

Zwiększone napięcie powłok brzusznych nie jest bezwzględnie koniecznym następstwem zapalenia otrzewnej, rozwijającego się wskutek pęknięcia ścian żołądka lub kiszek i wylania się ich zawartości do jamy otrzewnej. Bywa ono jednak w większości wypadków i to a) bez wzdęcia

brzucha, przy brzuchu płaskim, a nawet wciągniętym, lub b) z nadzwyczaj silnym wzdęciem brzucha.

Przypadki pierwszej kategorii są rzadkie, autor odszukał w literaturze dawniejszej i nowszej—osiem opisów odnośnych. Jako objaśnienie przyczyny braku wzdęcia, autor przyjmuje pogląd Bauera, że z początku wskutek zapalnego podrażnienia nerwów otrzewnej następuje odruchowo kurczenie się mięśni brzucha i masy skulatury kiszek; brzuch wydaje się naprzężonym jak deska i zostaje wciągniętym poniżej poziomu łuku żebrowego. Godnem uwagi jest zachowanie się w tych razach tętna, które zarówno co do częstości jak i innych własności jakiś czas utrzymuje się prawie *zadawalniająco*. Autor przytacza tu też, że względu na różniczkowe rozpoznawania, następny przypadek Becka: rozerwanie się кишки (wskutek upadku z konia) gnilne zapalenie otrzewnej, śmierć szóstego dnia. I tu z początku brzuch był wciągnięty lecz nie naprzężony, a dopiero drugiego dnia zaczął się wzdymać i wypukłać.

W tym przypadku brak wzdęcia da się objaśnić tak, że ściany *przerwanej* кишки kurczą się i zamykają otwór, nie pozwalając tym sposobem gazom i płynnej zawartości przejść do jamy otrzewnej. To samo nie dopuszcza napięcia brzucha, gdyż usuwa przyczynę podrażnienia nerwów otrzewnej. Tak więc między pęknięciem i przedziurawieniem istnieje w objawach różnica.

Co się tyczy *napięcia ścian brzusznych z wzdęciem*, to ostatnie, dosięgające niekiedy olbrzymich rozmiarów, rozwija się zwolna, w miarę ustępowania napięcia ścian. Potęgowanie się sprawy zapalnej i zjawiający się w następstwie jego stan porażeniowy, bezwład mięśni brzucha, sprzyja wzdęciu. Stopień wzdęcia i rozparcia powłok brzusznych, zależy tylko od ilości powietrza, *niezależnie, czy znajduje się ono w jamie otrzewnej, czy wewnątrz kiszek*. Autor spostrzegł u młodych ko-

biet, cierpiących na maciennicę, tak silne, przez jedną noc rozwijające się, wzdęcie, że w ścianach brzucha w licznych miejscach można było zauważyć pęknięcie sieci Malpigięgo. Rozdęcie brzucha było przytem jednostajnem. Ztąd też rozpoznawanie obecności powietrza w jamie otrzewnej jest nader trudnem. Objawy podmiotowe, jak mocny ból, uczucie jakby się co w brzuchu przerwało, zapaść, należy przyjmować nader ostrożnie, mogą się one bowiem zdarzać i bez przedziurawienia.

Schulz twierdził, że w ostatnim razie brzuch wzdyma się jednostajnie, gazy unoszą przeponę, wątroba skręca się w tył, a tępość jej znika. Traube sądzi, że dla rozpoznania przedziurawienia wystarcza zniknięcie tępości wypukowej wątroby po obu stronach linii środkowej, przyczem w epigastrium uczuwa się przy wymacywaniu *odporność ciastowata* zależna od zbierającego się pod spodem pęcherza powietrza; przytem wymaganym jest warunek, aby poprzednio istniała pewność co do prawdziwego położenia wątroby. Chociaż w innym miejscu i Traube wymaga całkowitego braku tępości wątroby. Griesinger jest zdania, że nawet i ostatni warunek nie wystarcza do pewnego rozpoznania.

Autor przytacza opis przypadku, w którym wzdęcie, jednostajne, nastąpiło bardzo szybko. Tępość wypukowa wątroby ograniczoną była do cienkiego pasa na wysokości 6 prawego żebra, było przytem uczucie ciastowego oporu w dołku, a pomimo to przy badaniu zwłok znaleziono tylko wysoki stopień wzdęcia kiszki.

W drugim przypadku (dur brzuszny) wzdęcie nastąpiło b. szybko, tępość wątroby zniknęła zupełnie (nie było wprawdzie ciastowej odporności), napięcie ścian było znaczne—tymczasem przy badaniu pośmiertnem znaleziono, obok zmian tyfusowych, ropne zapalenie otrzewnej i przedziurawienie kiszki, ale otwierające się do malej zupełnie oddzielonej jamy, nie

łączącej się z jamą otrzewnej, a wytworzonej przez sklejenie się sieci, pętli kiszki i ściany brzusznej.

Wprawdzie istnieją pewne opisane sposoby, mogące niekiedy ułatwić rozpoznanie np. przesuwanie się pęcherza powietrznego—przy zmianie położenia chorego, co by wykluczyło wzdęcie kiszki; dalej szmer pluskający przy wstrząsaniu chorego za miednicę—do sposobów tych jednak nie można się uciekać ze względu z jednej strony na groźny stan chorego i z drugiej strony—na wątpliwą ich wartość.

W drugiej części pracy autor stawia pytanie, czy *zdarzają się przypadki zapalenia otrzewnej po przedziurawieniu żołądka lub kiszki, w których nie można wykazać ani całkowitego, ani częściowego zniknięcia tępości wątroby*. Bywa to w razach, gdzie gazu wolnego w jamie otrzewnej nie ma i wtedy jest naturalnem. Dziwnem jest tu tylko, dla czego powietrze do jamy otrzewnej nie weszło. Autor podaje opis przypadku:

Chora od roku cierpi na zaburzenia żołądkowe, niedawno wymioty krwawej barwy. Bóle mocne w brzuchu. Znaleziono rozszerzenie żołądka, z podejrzeniem wrzodu. 29 go listopada, mocne bóle, senność. Wątroba w prawidłowych granicach, w 2¹/₂ godzin śmierć. Przy badaniu zwłok w jamie otrzewnej nie było gazu, a tylko kilka litrów płynu o kwaśnym odczynie. Żołądek przewężony, w bliskości odźwiernika wrzód z małym otworem, zatkanym pokarmem. Dno wrzodu leżało na trzustce, z którą żołądek był zlekka sklejonym. Dwie stare blizny w innych miejscach żołądka. Słabe ślady zapalenia ropnego otrzewnej w najbliższem sąsiedztwie.

W literaturze istnieją tylko dwa podobne przypadki, opisane przez Cruveilhier. Autor w opisanym przypadku przypisywał śmierć wewnętrznemu krwotokowi z większego naczynia żołądkowego. Ze względu na bardzo nieznaczny stopień za-

palenia otrzewnej, które rozwija się w podobnych razach b. szybko—sądzi autor, że przedziurawienie nastąpiło na krótki czas (2 1/2 godzin) przed śmiercią.

W dwóch innych przypadkach, pomimo, że do końca życia tępość wątroby dawała się oznaczyć, po śmierci znaleziono przedziurawienie i gaz w jamie otrzewnej. I tu ze względu na brak zapalenia otrzewnej autor sądzi, że przedziurawienie nastąpiło zapewne *równocześnie ze śmiercią, a nawet po śmierci.* W takich tylko razach widzi autor możliwość pogodzenia zachowania się tępości wątroby za życia—z przedziurawieniem i obecnością gazu w jamie otrzewnej znajdujących na zwłokach.

Co się tyczy *wymiotów*, to są one w przypadkach zapalenia otrzewnej w następstwie przedziurawienia kiszek zjawiskiem zwykłym, prawie stałym. Inaczej się ma przy przedziurawieniu żołądka. Tutaj wymioty miejsca nie mają wcale, a nawet przerywają się, jeżeli były poprzednio (Alibert, Krukenberg, Grisolles, Traube). Przyczyną tego jest wylewanie się zawartości żołądka do jamy otrzewnej. Autor przytacza opis przypadku, w którym przedziurawienie otwierało się do worka sieciowego (s. epiploicus); i w tym razie wymioty, prawie nieustające dotąd, powstrzymały się nagle.

Brak więc wymiotów przy istniejącem ostrem rozlanem zapaleniu otrzewnej i wstrzymanie się ich przy poczynaniu się takowego przemawia za tem, że albo przyczyną zapalenia było przedziurawienie żołądka, albo też, że do rozlanego ostrego zapalenia przyłączyło się przedziurawienie żołądka, rozumie się, jeżeli chory przez cały ten czas nie utracił przytomności—to samo już bowiem wyklucza możliwość wymiotów.

W wyjątkowych razach tylko wymioty mogą istnieć ciągle i po przedziurawieniu żołądka, albo też raz ustawszy, zjawiać się nanowo—bywa to wtedy, jeżeli otwór zostanie zamkniętym, bądź to

wskutek zrośnięcia się żołądka z sąsiednimi narządami, bądź też z innych powodów (zatkanie).

Autor przytacza na potwierdzenie tego następujący przypadek: Chory, 49 lat wieku, wyniszczony, skarży się na wymioty i bóle w brzuchu. W nocy z 19 na 20 grudnia dwa razy wymioty brunatnym płynem o kwaśnym odczynie; bóle się zwiększyły. Nad ranem zrzucił około 80 grm. płynu krwawego; bóle coraz silniejsze, wymioty ustały. Ogólny upadek sił, tętno 48—52. Przy ostukiwaniu zresztą niebardzo bolesnego na dotyk brzucha i nie wzdętego, znaleziono zmniejszenie się tępości wątroby (przedtem normalnej). Postawiono rozpoznanie: zapalenie otrzewnej z przyczyny raka żołądka, z podejrzeniem przedziurawienia żołądka. Zastrzyknięcie morfiny, lód do wewnątrz, stan nieco lepszy. 21-go rano zmniejszenie się jeszcze znacznie więcej tępości wątroby, brzuch mało wzdęty, po południu odbijanie, o 4-tej znowu wymioty (brunatnym płynem w ilości 1/2 litra). Mocne bóle w brzuchu, wzdęcie, śpiączka, śmierć następnego dnia. Przy badaniu zwłok znaleziono: zapalenie otrzewnej, rak żołądka owrzodziały, gaz w jamie otrzewnej; wysięk posokowaty. Wątroba odepchnięta od przepony, dolna powierzchnia lewego jej zrazu zlepiona z żołądkiem, pokryta obficie posokowatym wysiękiem.

Autor sądzi, że przedziurawienie miało miejsce w nocy z 19 na 20, potem nastąpiło sklejenie się żołądka, w miejscu przedziurawienia, z wątrobą—przez co wymioty mogły się rozpocząć nanowo. Czy w nocy przed śmiercią miało miejsce powtórne przedziurawienie, trudno rozstrzygnąć, wreszcie przedśmiertne ustanie wymiotów daje się zupełnie zadawalniająco objaśnić zapaścią i śpiączką, w jaką chory był wtedy zapadł.

O. Hewelke.

178. CHANTEMESSE i LE NOIR. **Dwustronne nerwice i rozstrzeń żołądka.**

(*Archives générales de médecine*. Juillet, 1885).

Z pomiędzy zaburzeń nerwowych, występujących w przebiegu wszelkich postaci rozstrzeni żołądka, najczęściej pojawiają się nerwice międzyżebrowe lędźwiowe, odznaczające się prawie patognomonicznymi cechami, mianowicie dwustronnością, sposobem pojawienia, siedliskiem i charakterem bólu.

Stosunek nerwicy międzyżebrowej do zaburzeń w trawieniu wykazany został nie zbyt dawno. W 1818 roku Nicod zauważył już wprawdzie częstość międzyżebrowej nerwicy, zwłaszcza po stronie lewej, a czasem i dwustronny i wskazał na najczęstsze ich siedlisko, czynił je jednak zależnymi od macinnictwa, nerwowego usposobienia, lat przejściowych i t. p.

Dopiero w 1866 roku Beau (*Traité de la dyspepsie*) związał tę nerwicę z zaburzeniami w trawieniu, lecz nie wskazał jeszcze na charakterystyczne jej cechy.

W 1873 r. Revillout opisał porażkę nerwicy międzyżebrową w przebiegu ostrego zaburzenia żołądkowego i przypisywał ten objaw jakiemuś szczególnemu genius morbi.

Niedawno p. Peter zwrócił uwagę słuchaczy na 2 chorych rozstrzeni żołądka dotkniętych, którzy uskarżali się na bóle w okolicy odpowiadającej splotom słońcowemu i przebiegom nerwów szyjowych i błędnych, bóle te stawał P. w zależności od ogólnego stanu goścowego.

Zdaniem autorów między nerwicą międzyżebrową dwustronną i rozstrzeni żołądka ścisły zachodzi związek.

Dotknięci tem cierpieniem chorzy uskarżają się jednocześnie na złe trawienie i na napady bólów. Zrana czują się dobrze; bólów nie doznają lub bardzo nieznacznych, odbijanie i niesmak też w nieznacznym stopniu. Po śniadaniu występuje zazwyczaj wzdęcie brzucha, odbijanie, zwracanie się pokarmów, co trwa około dwóch godzin; następnie zjawiają się bóle, trwające około godziny; zwykle wię-

cej się nie powtarzające, jakkolwiek zdarza się też, że powtórnie przychodzą po obiedzie, lub też gdy chorzy do łóżka się kładą.

Pierwszą połowę nocy chorzy przepełniają niespokojnie, później uspokajają się i zasypiają.

Bóle mają charakter ściskania lub gniecienia, ograniczają się często do danego wycinku (segment) nerwowego, silnie b. dokuczają choremu, któremu zdaje się, że go kleszczami ściśnięto. Czasem ból jest przesywającym; w innych razach chorzy doznają nagle podczas snu lub chodzenia przemijających bólów w bokach, zwłaszcza w jednym. Bóle takie mogą się powtarzać co parę minut w przeciągu kilku godzin i trwają jedną lub dwie sekundy, zwykle wrażliwość powtarzania się ich, możemy dowiedzieć się od chorego, że i poprzednich dni już dokuczały mu nieznaczne zaburzenia żołądkowe.

Bóle te w ścisłej są zależności od stanu żołądka, występują gwałtownie po błędach w dyjecie i ustępują wraz z usunięciem cierpienia żołądka; dokuczają choremu raz lub dwa razy na dobę, lecz gdy istnieją lub istniały, z łatwością można zawsze ślad ich odnaleźć: ucisk warty palcem w odpowiednim miejscu wykryje dwustronne punkty bolesne, istnienia których chorzy najzupełniej nie przypuszczali.

W wypadkach skrycie przebiegającego rozszerzenia żołądka, napady nerwicy mają niezmiernie ważne znaczenie; kilka razy w dzień i w nocy chorzy doznają uczucia gwałtownego ściskania w pierśsiach lub brzuchu, tak silnego, że z bólu nie śmiają się nawet poruszyć. Zaburzenie w trawieniu ustępuje tu na drugi plan, przeważa zaś smutny hypochondryczny nastrój i opisane napady bólów.

Co się tyczy siedliska bólu, to jest ono zmiennem względnie do tego, czy rozpatrywać będziemy bóle, występujące samoistnie, lub też te, które występują przy ucisku palcem. Oba rodzaje bólów w ści-

słym znajdują się związku w tem znaczeniu, że w promieniu, w którym istnieje ból samoistny, wrażliwość na ucisk jest najżywszą. Bóle najczęściej występują z obu stron podstawy klatki piersiowej, przyczem przeważają z lewej strony i rzadko ograniczają się do jednej przestrzeni międzyżebrowej. Rzadziej już występują pod środkową częścią obojczyka i naówczas łączą się czasami z zaburzeniami sercowymi lub bólami w kończynie górnej, z osłabieniem w niej czucia skór nego i ruchu.

Rzadziej znacznie samoistne bóle występują w bokach i w ścianie brzusznej i w okolicy lędźwiowej. Zazwyczaj chorzy uskarżają się na jednostronne bóle, zwłaszcza po stronie lewej, zawsze jednakże w wypadku nerwicy, towarzyszącej rozstrzeni żołądka, można odnaleźć punkty bolesne dwustronne, samoistne lub też przy ucisku występujące.

Z pomiędzy punktów bolesnych na szczególną uwagę zasługują: mostko-pępkowy, trzy na mostku, z lewej zaś i prawej strony punkty bolesne skupiają się w trzech kątach trójkąta, który za wierzchołek ma punkt w osmem lub dziewiątem międzyżebżu, a za podstawę linię pionową, idącą od brodawki sutkowej do dziesiątego żebra. Na szyi punkty bolesne znajdują się pod obojczykiem, na brzuchu zaś idą w kierunku nerwu abdomino genitális. We wszystkich wypadkach, w których nerwy międzyżebrowe lub lędźwiowe przedstawiają objawy nadczułości w przednich i bocznych częściach swojego przebiegu, odnaleźć można także punkty w tylnych (dorsales) ich odcińkach.

Cierpienie omawiane rozpoczyna się okresem zwiastunów, polegających na mniej lub więcej rozwiniętych zaburzeniach żołądkowych, okres ten trwać może od kilku miesięcy do paru lat. Później zjawiają się bóle, z początku słabsze, następnie silniejsze; napady bólów mogą się coraz nasilać, dokuczają bardzo chorym i silnie

ich nie pokoją; w lżejszych formach chory doznaje od czasu do czasu bólu, kłócia w wymienionych miejscach, nie zwraca jednak na to uwagi, sądzi, że jest to wynikiem mięśniowego jakiegoś wysiłku lub gośćca; szczegółowe zaś badanie powoli wykrywa obecność bolesnych punktów i rozszerzenia żołądka. Częściej podlegają temu cierpieniu osobniki nerwowe, zwłaszcza kobiety. Przebieg nerwicy zazwyczaj jest powolny, przyłączają się one u chorych rozstrzenia żołądka dotkniętych za popełnieniem błędów w dyjecie, czasem jednak występują ostro, gwałtownie, w przebiegu ostrego gorączkowego zaburzenia żołądkowego i, powodując silne bóle w bokach i w klatce piersiowej, utrudnienie w oddychaniu, jednocześnie z kaszlem, gorączką i wymiotami, stać się mogą źródłem pomyłek w rozpoznawaniu.

Co się tyczy etyjologii, to zależność nerwicy od rozstrzeni żołądka wynika: 1) z współobecności opisanej nerwicy i rozstrzeni żołądka; 2) z pierwotnego wystąpienia objawów żołądkowych i następnego dopiero pojawienia się nerwicy, występującej wraz z nasileniem cierpienia żołądkowego i ustępującej wraz z jego polepszeniem; 3) z bezskuteczności miejscowego leczenia i skuteczności leczenia żołądka. Z powyższego wynika, że przyczyną główną nerwicy jest rozstrzeń żołądka; nie wszyscy jednakże rozstrzenia żołądka dotknięci nerwicy tej podlegają i kwestyja temperamentu, wieku, płci, wrażliwości nerwowej, nie małą gra tu też rolę. Przyłączająca się do rozstrzeni żołądka ostra niedyspozycja, sprzyja bardzo pojawieniu się opisanej nerwicy.

Co się zaś tyczy zależności tej nerwicy od istniejącej jednocześnie z rozstrzenia żołądka niedokrewności ogólnej i zaburzeń w narządach rodnych (amenorrhaea, fluor albus i t. p.), to szczegółowe rozpatrzenie faktów przeczy tym przypuszczeniom.

Autorowie twierdzą prócz tego, że i

tak zwana samoistna międzyżebrowa nerwica (Valleix) zależną jest w większości wypadków od skrycie przebiegającej rozstrzeni żołądka.

Rozpoznanie polega na dowiedzeniu istnienia w danym wypadku nerwicy i na związaniu jej z rozstrzenią żołądka. Doświadczenie obecności nerwicy nie zawsze jest łatwym; jeżeli zjawia się na szyi, możnaby przypuścić, że mamy do czynienia z gościem mięśniowym, gdyż nerwica rzadko bardzo w tych miejscach się zjawia. Jeżeli bóle występują po bokach klatki piersiowej i towarzyszy im gorączka, kaszel, trudność w oddychaniu, natomiast li-tylko szczegółowe badanie fizykalne uchroni nas od pomyłek.

Występujące czasami jednocześnie z tą nerwicą objawy ze strony serca (bóle w kończynie lewej, drętwienie palców, bicie serca), zapomocą wysłuchiwania, skuteczności odpowiedniej dyjety i bezskuteczności stosowania naparstnicy i bromku potasu odpowiednio ocenionemi zostaną.

Pleurodynia i lumbago odróżnia się brakiem typowych dwustronnych punktów bolesnych. Zmiany w kościach, polegające na odwapnieniu powierzchniowych warstw kości przytrafiają się u podeszłych chorych, rozstrzeni żołądka dotkniętych i powodują silne bóle, które za nerwicę międzyżebrową wzięćby można. Brak jednakże typowych punktów bolesnych i powstawania bólu przy nacisku na samą kość, a nie na odstęp międzyżebrowy pomagają rozpoznaniu.

Bóle występujące przy macinnictwie w innych zupełnie występują miejscach i według Briqueta nerwica międzyżebrowa nie pojawia się u tych chorych.

Inne tak zwane samoistne nerwice międzyżebrowe, także po większej części zależą, zdaniem autorów, od rozstrzeni żołądka.

Objawowe nerwice zależą od cierpienia organów sąsiednich i spowodowane są po części szerzeniem się sprawy zapalnej na odpowiedni nerw.

Co się tyczy rokowania, to istnienie nerwicy wskazuje zazwyczaj na daleko posuniętą chorobę żołądka. Sama przez się nerwica ta daje poważne rokowanie, powodując dotkliwe i męczące cierpienie. Uleczalność jej zależy od stanu żołądka i wszelkie środki li tylko przeciw niej skierowane pozostają bez skutku. W ostrych formach natężenie jej jest znaczne, lecz może w prędkim czasie przycichnąć zupełnie, w przewlekłych wypadkach trzyma się uporczywie. Leczenie li-tylko wtedy jest skutecznem, jeżeli będzie skierowane na sam żołądek. Chlorek metylu tak skuteczny przy nerwicy twarzowej i kulszowej, tutaj zawodzi zupełnie, gdyż uspokojony na chwilę ból, natychmiast w drugim pojawia się miejscu. Wcierania terpentynowe pomyślnie działają, lecz tylko ściśle dyjetetyczne postępowanie ma racyję bytu.

Władysław Brüner.

III. Położnictwo.

179. E. SCHWARZ. **O leczeniu poronień.** *Zur Behandlung der Fehlgeburten.* (Sam. Kl. Vor. E. Volkmann. Nr. 241).

Dla większości operacyj akuszeryjnych istnieją bardzo ściśle prawidła i pod tym względem indywidualności operatora zostawia się bardzo mało; wyjątek stanowi leczenie poronień. Celem niniejszej pracy jest właśnie ustanowienie pewnych stałszych prawideł. Co się tyczy profilaktyki w przypadkach skłonności do poronień, to tę najwłaściwiej byłoby przedsiębrać jeszcze przed zajściem w ciążę. Przyczyny poronień bardzo rzadko szukać należy w jakichś wpływach zewnętrznych, a najczęściej leżą one w zbożeniach organów płciowych i niektórych cierpieniach ogólnych.

Do pierwszych należą wszelkie zbożenia w położeniu macicy i—okoliczność, na którą mniej zwrócono uwagę—pęknięcia szyjki macicznej. Jeśli mamy do czynienia z wypadnięciem ciężarnej macicy,

trzeba się starać ją odprowadzić i na miejscu utrzymać; przy silnym przeroście części pochwowej należy ją usunąć, przytem lepiej nożem, niż pętlą galwanokautystyczną; udaje się to czasem bez przerwania ciąży, a w razie zostawienia przerosłej szyjki narażalibyśmy matkę w przyszłości na wielkie niebezpieczeństwo. Przy tyłopochyleniu macicy należy odprowadzać tylko wtedy, jeżeli da się to uskutecznić bez wielkich wysiłków, naturalnie, jeśli nie ma objawów uwięźnięcia; w przeciwnym bowiem razie należy użyć wszelkich sposobów, by macicę do normalnego położenia przyprowadzić; toż samo, jeśli istnieją objawy poczynającego się już poronienia. Odprowadzenie najlepiej uskutecznić w położeniu na łokciach i kolanach, gdyż wtedy ciśnienie brzuszne spada niżej zera i często macica własnym ciężarem na miejsce powraca, a w każdym razie daje się łatwiej zapomocą odpowiednich rękoczynów odprowadzić. Przytem należy nie dopuścić powietrza do pochwy, w takim bowiem razie macica będzie silnie w swem nieprawidłowem położeniu utrzymywana.

Do drugiej kategorii należy skażenie przymiotowe; w tym razie wcześniej przedsięwzięte odpowiednie leczenie daje zwykle doskonałe wyniki.

Najczęściej w praktyce trafia się leczenie poronień już rozpoczętych; tu przede wszystkim należy postawić sobie pytanie, czy ciąża może być jeszcze utrzymana, czy też nie? Najważniejszą wskazówkę w tym względzie daje nam zachowanie się szyjki macicznej: jeżeli otwarte jest li-tylko ujście zewnętrzne—natenczas można mieć nadzieję, że ciąża da się jeszcze utrzymać; przy otwartem zaś już ujściu wewnętrznem jajo płodowe zwykle wpiera się już do kanału szyjki i poronienie jest nieuniknionem. U pierwiastek należy zwracać uwagę na kontury szyjki, gdyż wskutek niepodatności ujścia zewnętrznego—wewnętrznego bywa otwartem pomimo zamknięcia pierwszego; tu ostrze-

że nas o niebezpieczeństwie ta okoliczność, że jama szyjki z jamą macicy stanowią jedną całość. Charakter krwotoków także daje nam pewne wskazówki: jeden, choćby dosyć silny krwotok pozwala mieć lepszą nadzieję na utrzymanie ciąży, niż mniejsze, lecz często się powtarzające. Bardzo ważną wskazówką jest także zgnily zapach odchodzącej krwi, dowodzącej śmierci płodu i jego rozkładu, co rozumie się, odbiera wszelką nadzieję utrzymania ciąży, i zmusza do jak najprędzszego wydalenia płodu. Śmierć płodu daje się czasem rozpoznać i wcześniej: mdłości i wymioty ciężarnej, uczucie ciała obcego w macicy—pozwalają się tego domyślać; napewno jednak rozpoznanie postawić można, jeżeli z biegiem czasu, objętość macicy się nie zwiększa. W tych wypadkach, w których nie możemy rozwiązać omawianego pytania stanowczo, lepiej przyjąć, że ciąży utrzymać nie można, i stosownie do tego postępować, gdyż nie należy dla wątpliwego bardzo utrzymania płodu ryzykować życie matki.

Jeżeli mamy nadzieję utrzymać ciążę, najlepszymi środkami dla uspokojenia bólów i zatrzymania krwi będzie bezwzględny spokój fizyczny i moralny ciężarnej i T-ra opii simplex w dużych dawkach—po 20—30 kropeł pro dosi, która lepiej działa w tych wypadkach, jak morfina;—jeżeli zaś poronienie jest nieuniknionem, to należy, o ile można, przyspieszyć i groźne dla chorej objawy usunąć—a mianowicie: krwotok i gnilny rozpad jaja.

Przeciwko krwotokowi najlepszym środkiem jest tamponowanie suchą watą: wprowadzamy część pochwową w otwór niezbyt wąskiego wziernika macicznego, przez który zakładamy tampon z waty, objętością odpowiadający światłu wziernika i dobrze posypany jodoformem; tampon ten powinien szczelnie przylegać do ust macicznych. Sucha wata przylgnie do wilgotnych ścianek pochwy, przez co tampon na miejscu się utrzyma; należy

jednak wypełnić tamponami $\frac{2}{3}$ górne jamy pochwy, zostawiając ostatnią $\frac{1}{3}$ wolną, aby nie wzbudzić skurczów kiszki prostej lub pochwy (tenesmi). Tampon taki można zostawić 18—24 godzin; po wyjęciu widzimy, że tylko górna część jest trochę krwią zmoczona. Na możliwość tamponacji nie wpływa zachowanie się ujścia macicznego, ale nieodbitnie potrzebna jest całość jaja płodowego, w przeciwnym bowiem razie możebnem jest zebranie się krwi w jamie macicy.

Użycie Kolpeurynter'a stanowczo ustępuje tamponom z waty.

Jeżeli po wyjęciu taponu nie widzimy wielkiego postępu w sprawie poronienia, natenczas dla przyspieszenia należy użyć wewnątrz-macicznej, a właściwie wewnątrz-szyjowej irygacji z 2—3 litrów antyseptycznego płynu: 2—4% roztworu kwasu borowego, lub 0,3%—kwasu salicylowego, lub 0,02—0,05% roztworu sublimatu. Temperatura cieczy powinna być albo bardzo wysoka (39—40° R.), albo bardzo niska; działanie tych natrysków polega na wzbudzeniu dzielniejszych skurczów macicy, przyczem jajo płodowe zostaje wydalone. Jeżeli po natrysku powtórzone tamponowanie nie doprowadzi nas do rezultatu, powtarzamy jeszcze natrysk i następnie tamponujemy poraz 3 ci; jeżeli i wtedy jeszcze jajo płodowe wydalonem nie będzie—musimy się chwycić innych sposobów.

Jeżeli pierwsze tamponowanie nie wywołało żadnych bólów, natenczas wprowadzamy do szyjki macicznej dobrze dezynfekowaną pałeczkę blaszkownicy (laminaria), a pochwę wypełniamy tamponem z gazy jodoformowej; rzadko zmuszeni jesteśmy powtarzać ten rękoczyn dwa razy; zwykle wskutek silnego rozszerzenia szyjki następują silne bóle i jajo płodowe zostaje wydalone. W tych zaś wypadkach, w których pomimo wyżej przytoczonych sposobów, sprawa postępuje powolnie, a istnieją wskazania do przyspieszenia poronienia—jak to gorą-

czka, lub inne powikłania, uciec się należy do rozszerzenia szyjki zapomocą dilatatora Fritsche. Czasem jako rozszerzacz da się użyć palec wskazujący, jeżeli ujście jest już trochę otwartem i podatnem; należy wtedy, przyciskając zgóry macicę przez ściany brzuszne, jakoby nawlekać ją na palec.

Chloroformowanie w tym razie będzie bardzo na miejscu, nie tyle dla oszczędzenia bólu chorej, ile dla uniknięcia skurczów macicy, które w uśpieniu nie tak łatwo następują; tembardziej też, że dla wyjęcia jaja należy nieraz kilkakrotnie wprowadzać palec lub instrument.

Wyjęcie przedstawia czasem trudności: jeżeli jajo nie jest zbyt wielkie, należy obejść je palcem dla oddzielenia od macicy i następnie hakowato zagiętym wyciągnąć; jeżeli niestosunek między wielkością jaja w rozwarciem ujścia macicznego jest zawielki, przerywamy błony płodowe, wyjmujemy płód, a następnie już błony.

Jeżeli operacja palcem skutecznie się nie da, należy użyć szczypców Luer'a z okienkowatemi ramionami, zmienionemi przez autora przez nadanie im krzywizny, odpowiadającej osi miednicy. Wprowadzenie szczypców nie przedstawia najmniejszego niebezpieczeństwa zranienia gładkich ścianek macicy, lub uchwycenia ich razem z jajem, jeżeli ostatnie od pierwszych oddzielone zostało palcem.

Wszystkie opisane wyżej operacje skutecznie można tylko przy *calem* jaju płodowem; jeżeli zaś jajo już pękło, co poznać możemy po spłaszczonej formie, mniejszem napięciu i wielkości ciała macicy—to wskazaniem jest bezwzględne wydalenie jaja, grożącego bardzo szybkim rozkładem.

Zwykle w tym razie bóle, które spowodowały pęknięcie jaja, otworzyły już i ujście maciczne o tyle, że palec wprowadzić można; w przeciwnym razie—lub gdy ujście paru dniach znów się zamknęło—należy użyć dilatatora Fritsche.

W tym razie przy krwotoku tamponacyi można użyć tylko prowizorycznie, a nie na czas dłuższy, gdyż krew zbierze się w jamie macicy, zacznie gnić, szyjka maciczna zwęzi się silniej—a rozciągnięte ścianki macicy przejdą w stan paretyczny, odbierający nadzieję wzbudzenia bólów.

Jeżeli wezwani jesteśmy w chwili, kiedy poronienie już się ukończyło, lecz podejrzewamy, że znaczne resztki w macicy zostały, należy koniecznie zbadać jamę macicy palcem; jeżeli zaś znajdujemy ujście już zamkniętem i przypuszczać możemy, że w jamie tylko nieznaczne resztki zostać mogły, to należy je zapomocą instrumentu zeskrobać. Wiele znaczy tu doświadczenie i wprawa: doświadczony łatwo rozezna po oporze gładkie ściany macicy od miękkich resztek błony.

Dosyć często po takich rękoczynach następuje znaczny krwotok, zależący od atonii ścianek macicznych: w tym razie należy pobudzić skurcze zapomocą natrysków bardzo zimnemi lub gorącemi (39—40° R.) roztworami sublimatu lub kwasu karbolowego; autor jest więcej za natryskami zimnemi; jeżeli zaś, co się rzadko zdarza, krwotok wciąż jeszcze trwać będzie, nie należy zwlekać i ograniczać się zadawaniem bardzo niepewnie działającego sporyszu, lecz przystąpić natychmiast do wstrzyknięcia do jamy macicy roztworu półtorachloru żelaza i na 4 lub 5 części wody; skutek będzie pewny, gdyż wzbudzimy skurcze macicy i krew wychodząca z naczyń w tej chwili zwinie się w skrzepy, zatykające te ostatnie. Wstrzyknąć należy zapomocą szprycy Braun'a 4—4 c. sz. roztworu; kanekę wprowadzić należy do samego dna macicy i wstrzykiwanie skutecznie szybko, w przeciwnym bowiem razie płyn, zamiast rozejść się po całej macicy, spłynie obok kanki do pochwy.

Jeżeli nie ma pod ręką szprycy Braun'a, można wstrzykiwanie zrobić zapomocą irygatora, biorąc większą ilość (100—

150 cem.) słabszego (8—10%) roztworu, tylko po nich należy jeszcze parę dni robić wstrzykiwania z płynów przeciwnych dla wydalenia zostających zwykle i rozkładających się resztek błony; nie trzeba z tem czekać, póki zjawi się gorączka.

Nalewka jodowa w tych wypadkach mniej jest odpowiednią. Należy wspomnieć jeszcze o tych wypadkach, w których poronienie wikła się bardzo silnym krwotokiem, gorączką lub stanem zapalnym macicy i jej dodatków.

Jeżeli znajdujemy chorą bladą, z małym tętnem, zimnemi i sinemi kończynami, należy przedewszystkiem postarać się groźne te objawy usunąć i krew zatrzymać, odkładając przyspieszenie poronienia na później, chyba że dałoby się ono skutecznie bardzo łatwo i szybko; i tu zakładanie laminaryi oddaje doskonale usługi.

Jeżeli odchodząca krew ma zgniły zapach, co dowodzi rozkładu jaja, należy jaknajprędzej je wydalić. Przy ujściu macicznym niedostatecznie otwartem lecz podatnem, można użyć dilatatora Fritsche; przy niepodatnem lepiej użyć luminaryi, aby uniknąć pęknięcia szyjki. Po wydaleniu jaja, jeżeli gorączka już była wybuchła, najczęściej ciepłota wraca do normy, choć z drugiej strony zdarza się i tak, że po operacyi zjawia się silny dreszcz i ciepłota pódnosi się nawet do 41° C. To wzniesienie się ciepłoty nie ma żadnego złego znaczenia i mija zwykle szybko. Objaśnić tę gorączkę można tem, że przy wydaleniu jaja trudno uniknąć pewnego ucisku macicy, wskutek czego nagromadzone przez gnicie gorączko-twórcze pierwiastki naraz w wielkiej ilości do krwiobiegu się dostają.

Trudniej postawić wskazania dla tych wypadków, w których poronienie komplikuje się zapaleniem macicy: jeżeli to ostatnie jest świeże i grozi wzmaganiem się, należy poronienie przyspieszyć; jeżeli przeciwnie jest zastarzałe, lepiej z początku je usunąć, lub zmniejszyć, a potem

macicę opróżnić, naturalnie jeżeli nie ma wskazań przyspieszenia — jak to krwotok lub gorączka.

Jeżeli wydalenie jaja było trudnem, np. wskutek paretycznego stanu, zapalenia nacieczonych ścianek macicznych, bardzo dobrze jest zastosować przez 24—36 godzin ciągły natrysk z $2\frac{1}{4}\%$ roztworu fenolu lub $0,01\%$ roztworu sublimatu.

W czasie ostrych gorączkowych chorób poronienia zdarzają się często; w początkach choroby mogą być łatwiej przez chorą zniesione, niż później, gdy ważne dla życia organa będą silnie osłabione: zkaąd wynika, że z pojawieniem się pierwszych oznak grożącego poronienia nie należy czekać, lecz zapomocą gorących lub zimnych natrysków szyjki, lub zakładania luminary, poronienie o ile możliwości przyspieszyć. *K. Ciągłiński.*

IV. Farmakologija.

180. Prof. H. SCHULTZ. **Kwas mrówkowy jako środek przeciwnilny.** *Die Ameisensäure als Antisepticum. (Deut. Med. Wochenschr. 24).*

Autor wraz ze swymi uczniami, doktorami G. Hoffmanem i W. Tholem, badał wpływ kwasów grupy niearomatycznej na gnicie i robienie i przedstawia w niniejszem tylko ostatnie wyniki poszukiwań. Ze względu na ewentualne zastosowanie w praktyce życia codziennego brano do badań tylko kwasy łatwe do otrzymania i rozpuszczalne w wodzie.

Doświadczenia urządzano w nader prosty sposób: dwa lub trzy kłaczki włókniaka wrzucano do wody przekroplonej, uprzednio przegotowanej, i dodawano następnie kwasy w rozmaitym stosunku ilościowym.

1) *Kwas octowy*, nawet jeszcze w $0,5\%$ roztworze utrzymuje próbny płyn bez zmiany i to w ciągu 5 miesięcy; mocniejsze roztwory rozpuszczają mocno włókniak, a nawet go rozpuszczają.

2) *Kw. propionowy*, do $0,25\%$ płyn po-

zostaje bez zmiany oprócz nieznacznego napełnienia włókniaka, przy $0,1\%$ już po sześciu dniach rozpoczęło się gnicie.

3) *Kw. masłowy*: nawet przy $0,1\%$ gnicia ani śladu, przy $0,05\%$ dopiero po upływie 10 dni.

4) *Kw. szczawiowy*: słabsze roztwory wywołują pęcznienie włókniaka, mocniejsze kurczenie się. Przy 1% przez miesiąc obserwacyi płyn pozostawał bez zmiany, przy $0,5$ już po 14 dniach gnicia się zaczęło.

5) *Kw. mleczny*: mocne pęcznienie włókniaka tworzenie się pleśni w 5% roztworze już po upływie 18 dni.

6) *Kw. bursztynowy*, po 14 dniach pleśni w 5% roztworze, pęcznienie mniej silne.

7) *Kw. winny*, 5% roztwór rozpuszcza włókniak, po 8 dniach tworzy się pleśń.

8) *Kw. jabłkowy i kw. cytrynowy* — zachowują się jak poprzedni.

Tworzeniu się pleśni sprzyja obecność śladów kwasu siarkowego, jak to pierwszy wykazał Binz.

W innym szeregu prób zamiast włókniaka użyto trzustki świńskiej — ciało ulegające prędzej rozkładowi — aby tym sposobem uprzedzić tworzenie się pleśni. Nie otrzymano jednak wyników zadalniających.

Podobnież i wpływ tych kwasów na robienie drożdżowe nie okazał się energicznym, pierwsze miejsce zajmują tu kw. szczawiowy, octowy, propionowy, masłowy. Octowy w praktyce i tak już zyskał sobie uznanie jako środek konserwujący, pozostałe nie mogą być stosowane w praktyce.

Wyjątkowe miejsce w całej tej grupie zajmuje kw. mrówkowy. Spostrzeżenia nad wstrzymywaniem pleśnienia płynów owocowych, atramentu, kleju i t. p. po dodaniu kw. mrówkowego robił przed kilku laty Feyerabendt. Autor przekonał się, że chleb rozrobiony w $1,0-0,5-0,25\%$ roztworach tego kwasu nie spleśniał po przeciągu 2 miesięcy; nawet umyślnie wprowadzony spleśniały chleb nie psuł

się dalej. Próby z krwią, trzustką, włóknikiem, gelatyną wykazały, że o 5% roztwór wstrzymuje gnicie przez całe miesiące (5—6). Cukier trzcinowy nie fermentuje nawet w obecności 0,05% kw. mrówkowego. (Objaśnia to niepsucie się świeżego miodu, który zawsze zawiera nieco kw. mrówkowego).

Ciało to posiada zatem w wysokim stopniu własności przeciwnilne, jest przy tem tanie i rozpuszcza się łatwo w wodzie. Co się tyczy fizjologicznych jego własności, to w mocnych roztworach jest to ciało mocno gryzące. Według Mitscherlicha 15 grm. 7% roztworu zabija królika w przeciągu 24 godzin—przy objawach przyżyciowych i pośmiertnych ostrego nieżytu żołądka i zapalenia nerek.

Rabuteau zażył bez szkodliwych następstw 3,5 grm. mrówczanu sodu i zaprawiał sobie rozcieńczonym kwasem mrówkowym salatek. Arloing znalazł, że 1 grm. soli sodowej w stosunku na kilog. wagi ciała zabija zwierzęta wskutek porażenia serca.

Ostatecznie wszystkie ciała mające jakąkolwiek wartość pod względem przeciwnilnego działania są w pewnych stężeniach szkodliwymi. Kwas mrówkowy okazuje własności przeciwnilne w stosunkowo słabszych roztworach, powinien przeto zainteresować sobą osoby pracujące nad kwestyjami antyseptyki.

O. Hewelke.

MISCELLANEA.

181 Prof. Nocard w Alfort spostrzegł powstanie ciężkiej gruźlicy u kur wskutek **połykania** przez nie **ptwociny** suchotnika. Kury zaczęły chorować pomalutku i zdychały w dwa lub trzy miesiące. Przy autopsji wykonanej przez Nocard, znaleziono na błonach surowiczych i na ścianie wewnętrznej kiszki, znaczną ilość gruzelków; we wszystkich tych miejscach ilość laseczników gruźliczych była niezmierną.

182 Chauvel na zasadzie licznych spostrzeżeń wypowiada wniosek, że **wyciąganie nerwów** daje **pomyślne wyniki** w 1) *norwobólach obwodowych*, opierających się wszelkim innym sposobom leczenia,

2) w *przykurczeniach i porażeniach obwodowych*, szczególnie pochodzenia brakowego i w 3) *znieczuleniu przy trądzie*. Natomiast wywiera skutek wątpliwy w tętcu, w władze rdzeniowym i innych cierpieniach rdzeniowych; powinno zaś być zupełnie zaniechane przy zaniku n. wzrokowego.

(Arch. gen. de Med. Juni, 1885).

183 Prof. Förster w Amsterdamie ogłosił pracę: „**Jak sobie lekarz powinien myć ręce?**“ Ze względu na możliwość przenoszenia chorób zakaźnych przez pośrednictwo rąk, zwłaszcza w położnictwie, praca ta ma ważne znaczenie praktyczne.

Po oczyszczeniu rąk mydłem, szczotką i wodą i zanurzeniu w roztworze antyseptycznym, obcierano je ręcznikami, sterylizowanymi przez podniesioną ciepłość. Następnie zanurzano na parę sekund tak obmytą rękę lub palec w sterylizowany płyn odżywczy.

Okazało się, że roztwory karbolu, kw. bornego, chlorku cynku i żelaza, w rozmaitym procentowym stosunku, nie wystarczają do zabicia wszystkich zarodków, tak, że w płynie odżywczym po 24—60 godzinach rozwijają się kolonie rozmaitych grzybków. Tym więc sposobem używany u Bielrotha 2,5% roztwór karbolu nie zapobiega zarażaniu.

Jedynie zanurzenie rąk, po uprzednim obmyciu, w roztworze 0,5—1 na tysiąc sublimatu—niszczy wszystkie zarodki grzybków.

(Centr. f. Kl. Med. 18.—D. Med. Woch. 25).

184 Wyborne **zapobiegawcze** działanie 2% **roztworu lapisu** przy ophtalmia neonatorum, wkraplanego do oczu noworodkom, których matki podlegają podejrzanym upławom, nasuwa dr. D. Hausmannowi z Berlina myśl, ażeby tym sposobem **zapobiegać i rzezać**. Ilość roztworu powinna tu być większa: 10 kropel na jednorazowe zastrzyknięcie do cewki, w 1/4 godziny po podejrzanem spółkowaniu. Kobietom w podobnych razach radzi zastrzyknięcie pochwy 3—5% roztworem kw. karbolowego.

Jako środek zapobiegawczy przeciw zakażeniu jadem przymiotowym, radzi H. obmycie starannie zewnętrznych części płciowych 5% roztworem karbolu, albo 0,1% sublimatu, w krótkim czasie po spółkowaniu.

(Deut. Med. Woch. 25).

185 **Historja cholery azyatyckiej**. Pierwszy opis cholery, grasującej w latach 1768—1771 w Indyjach—podany został przez Sonnera, francuza turysty.

W Indyjach cholera zjawia się rok-rocznie z mniejszym lub większym natężeniem. W r. 1817 w sierpniu, najsilniejsza epidemija była w prowincji indyjskiej Iossora. W pięć miesięcy zmarło 600,000 ludzi.

W Rosji poraz pierwszy zawitała cholera w czerwcu 1823 r. drogą przez Kaukaz i guberniję Astrachańską.

W 1829 r. przez Chiny do gub. Orenbarskiej—1830 znowu była w Astrachaniu. Najsilniejszą była w 1831 r. liczba chorych w tym roku była 446,000, zmarło 200,000.

Azyjatycka cholera początek swój bierze w prowincji indyjskiej—Bengalu W delcie Gangesu cholera istnieje stale.

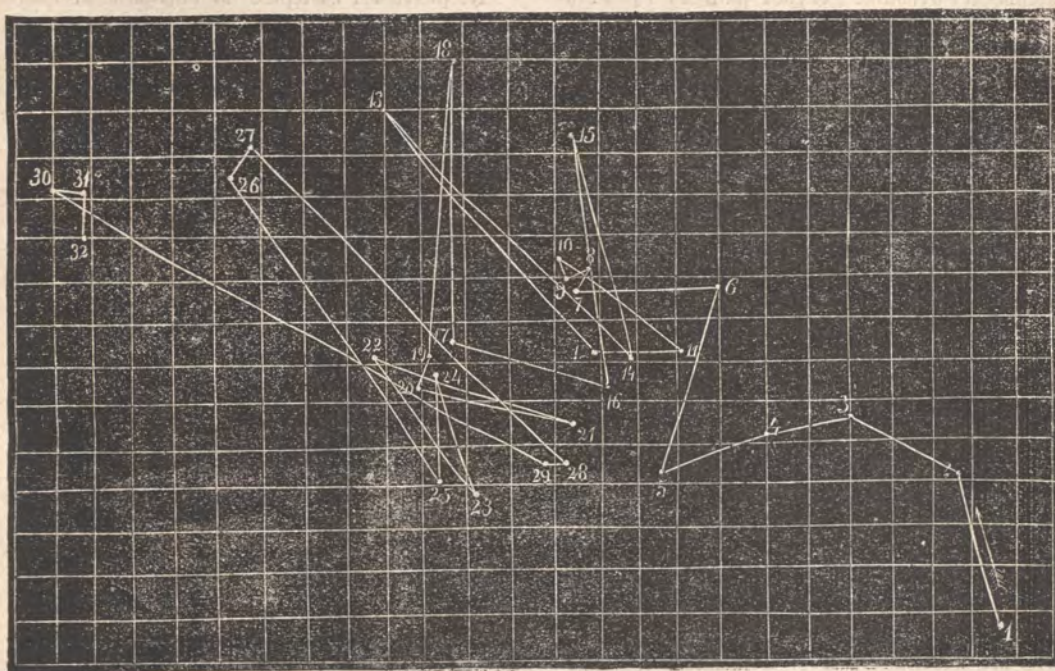
W Paryżu poraż pierwszy cholera zjawiała się w 1832 r. 26 marca. Najsilniejszą była 10 kwietnia, potem, stopniowo słabnąc, ustąpiła zupełnie we wrześniu t. r. Poraż drugi zjawiała się w 1849 r. 9-go marca — rozwijając się powoli w ciągu 52 dni

W pierwszych dniach czerwca, doszedłszy do ogromnego natężenia, po nadzwyczaj silniej burzy i ulewie, szybko zaczęła się zmniejszać.

W Rosji, od pojawienia się cholery poraż pierwszy do r. 1872, zmarło z niej 1,602,949. Według lat: 1831 r.—197 069; 1847 r.—77 719; 1849 r.—690,150; 1853 r.—100,083; 1855 r.—131,327; 1866 r.—72,378; 1871 r.—124,831; 1872—113 096.

W Rosji cholera epidemicznie była 3 razy: Poraż 1-szy od roku 1830 do 1838 r. Poraż 2-gi od r. 1847—1859 r. Poraż 3-ci w r. 1865.

Ruch cholery azyjatyckiej w latach czterdziestych bieżącego stulecia.



- | | |
|---|--|
| 1) W Kabulu na brzegach Indusu w r. 1841. | 17) w Konstantynopolu 24 paźdz. w r. 1847. |
| 2) „ Afganistanie..... „ 1845 | 18) „ Petersburgu 9 listopada... „ — |
| 3) „ Chorazanie..... „ 1846. | 19) „ Rodosto 25 kwietnia.... „ 1848. |
| 4) „ Teheranie 13 czerwca..... „ — | 20) „ Czesmie 17 maja..... „ — |
| 5) „ Bagdadzie 12 września.... „ — | 21) „ Alepo 16 czerwca..... „ — |
| 6) „ Astrachaniu 13 czerwca... „ 1847. | 22) „ Salonikach 18 czerwca.... „ — |
| 7) „ Kerszu..... „ — | 23) „ Kairze 17 lipca..... „ — |
| 8) „ Taganrogu w końcu lipca.. „ — | 24) „ Smyrnie 22 lipca. „ — |
| 9) „ Maryjampolu (w początkach „ — | 25) „ Aleksandryi 25 lipca..... „ — |
| 10) „ Ekaterynostawiu (sierpnia „ — | 26) „ Berlinie 28 lipca..... „ — |
| 11) „ Elizawetpołu 30 sierpnia.. „ — | 27) „ Szczecinie 8 sierpnia..... „ — |
| 12) „ Trapezundzie 9 września.. „ — | 28) „ Damaszku 10 „..... „ — |
| 13) „ Rydze 10 „ .. „ — | 29) „ Bajrucie 1 września..... „ — |
| 14) „ Erzerumie 20 „ .. „ — | 30) „ Londynie „..... „ — |
| 15) „ Moskwie 24 „ .. „ — | 31) „ Dunkierce 29 października. „ — |
| 16) „ Diarbekirze..... „ — | 32) „ Paryżu 9 marca..... „ 1849. |

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

W dniu 22-go b. m. odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Towarzystwa, głównie w celu wybrania podskarbiego na miejsce d-ra Szymona Portnera, który podał się do dymisji z tej posady. W dyskusji krótkiej w przedmiocie tym wyrażono uznanie d-rowi Portnerowi za sumienne sprawowanie obowiązków kasyjera w ciągu lat 18-tu, poczem przystąpiono do wyborów. Wybór padł na J. r. Brauna, któremu objęcie posady niezwłocznie zostanie zaproponowane.

Na tem że posiedzeniu dr. Kornilowicz przedstawił działanie cylindra magnesowego, zwanego hipnoskopem Ochorowicza, na chorej, u której przyrząd ten wywoływał sztywność mięśni. Dr. Hoyer zaprzeczył znaczenia tej demonstracyi, nie widząc nic specyficznego we wpływie metalu na kobietę dotkniętą wysokim stopniem hysterii. Dr. Bruner, który wykonał cały szereg doświadczeń z „hipnoskopem d. r. fil. Ochorowicza“ odmawia mu również wszelkiego znaczenia, nie widząc najmniejszej różnicy w działaniu jego w porównaniu z działaniem zwykłego metalu, a nawet drzewa i innych przedmiotów.

— **Towarzystwo lekarzy wiedeńskich.** Posiedzenie d. 12 czerwca 1885.

Nothnagel. O kompensacyjnych przerostach mięśni. Wspomniałszy w ogólności o zmianach, jakim ulegają mięśnie i organy w celu zrównoważenia patologicznych zbożeń czynnościowych, zaznacza N., że o teleologicznem pojęciu w tych razach mowy być nie może. Kompensacyjny przerost mięśni rozwija się wskutek większego czynnościowego zapotrzebowania mięśnia lub grupy mięśni, którym on czyni zadość. W ten sposób następuje przerost mięśni żołądka i kiszek przy zwężeniu, mięśni pęcherza przy przerości gruczołu krokowego, mięśni serca przy wadach zastawek. Tak nazwany „czynnościowy przerost“ (*Activitäts-Hypertrophie* — *Recklinghausen*) jest następstwem nadmiernej mechanicznej pracy. Zwykle ulega przerostowi tkanka mięśniowa, a nie tkanka łączna, przerost przytem bywa prawdziwym w pojęciu Virchowa, t. j. powiększenie objętości pojedynczych włókien mięsnych, a nie hyperplazja. O tem przekonał się N. badając przerośnięte mięśnie kiszki, w których jądra mięśniowe są od siebie znacznie oddalone, a włókna mięśni rozszerzone. *Aufrecht, Kussmaul i R. Meyer* są tegoż samego zdania, podczas gdy *Rindfleisch* przecz temu.

Mięsień nadmiernie pracujący ulega przerostowi, ponieważ otrzymuje więcej materii, prawdopodobnie

wskutek swoistej energii komórek. Toż samo widzimy przy sprawach zapalnych, prowadzących do nowotworzenia, rozrostu lub proliferacyi, wywołanych przez szczególny bodziec zapalny. W pracującym mięśniu podobnym bodźcem jest wzmożona czynność, wskutek czego w mięśniu gromadzi się większa ilość spotrzebowanego materjału, a następstwem tego jest większy przepływ plazmy tworzącej. N. wykazał szereg doświadczeń na żabach i królikach, aby określić zewnętrzne warunki takiego przerostu; okazało się z tego, że przyczyną czynnościowego przerostu nie jest rozciąganie mięśnia ciężarem lecz impuls, wywołujący skurcz tegoż.

N. przechodzi następnie do objaśnienia kompensacyjnego przerostu mięśni serca przy rozmaitych zbożeniach krążenia. Mięsień serca, jak każdy inny mięsień, posiada pewną siłę zapasową, która ujawnia się przy małych zbożeniach krążenia; bywa to naturalnie w sercach dotychczas zdrowych. Przy niedostateczności zastawek aortalnych następuje chwila, kiedy zbożenie to zaczyna wywierać swój wpływ. Komórka sercowa otrzymuje krew z dwóch z dwóch stron, rozciąga się, na wsierdziej wywierany zostaje nacisk mocniejszy. Ponieważ zaś skurcz serca zależy od ucisku, wywieranego na wsierdziej, więc komórka kurczy się mocniej, przytem przyjmuje udział siła zapasowa mięśnia sercowego. Silniejszy skurcz wywołuje większy przyływ krwi i zwiększenie objętości mięśnia. Na tej zasadzie N. wypowiada następujące prawa: 1) Nigdy nie bywa nadmiernej kompensacyi (*Hypercompensation*) wady serca, ponieważ kompensacyja łączy tylko do wyrównania zbożeń czynnościowych, wywołanych istniejącymi wadami. 2) Nie może być mowy o żadnych teleologicznych celach, a występują tylko zwyczajne mechaniczne i biologiczne sprawy, które wyprowadzić się dają ze zwiększonego ciśnienia wsierdziejowego. Tutaj należą i inne przerosty serca, jak przy rozlanem zwyrodnieniu tętnic, tak nazwane idyopatyczne, występujące u ludzi z objawami przekrwienia brzuszego. Co się tyczy przerostu serca przy zapaleniu nerek i u alkoholików—jest to kwestya sporna. Przerost przy chorobie *Basedow'a* odnieść należy również na karb mocnych skurczów mięśnia.

Przerost mięśni kiszki nad miejscem zwężenia kiszki, zależy od zwykłych przytem silniejszych ruchach robaczkowych, spostrzeganych w tych miejscach. Toż samo bywa przy przerości mięśni żołądka, pęcherza i t. p. M. II.

— **Stowarzyszenie Medycyny wewnętrznej.** Posiedzenie 15 czerwca r. b.

P. Becher przedstawia chorego z *bąblowcem wątroby*. 9-letni chłopiec zresztą zdrowy zupełnie, posiada w okolicy wątroby guz wielkości małego jabłka, nieruchomy, o ścianie sprężystej; chęlotnia b. wyraźne, oznak zapalnych żadnych. Przed dwoma laty była bliższa styczność z psami (lizanie po twa-

rzy), guz zauważono przypadkiem przed 5 tygodnia mi; od tego czasu rozmiar jego zwiększył się o jaką czwartą część. To ostatnie przemawia więcej za leczeniem operacyjnem, niż za wyczekiwaniem.

W dyskusyi pp. Behrend i Litter zauważyli, z powodu wysypki pokrzywkowatej na udach chorego, o częstości podobnych wysypek przy bąblowcu, które mają powstawać po wessaniu się z jakiej bądź przyczyny płynu z torbieli pasorzyta.

Prelegent sprostował powyższych panów co do natury wysypki u danego chorego, było to bowiem proste zacerwienie po okładach z wody.

P. Kólnier przypadek *Rhinosccleroma*. Sprawę tę opisał pierwszy Hebra w 1870 roku; autor, opierając się na obserwacji swoich 5 przypadków i 40 zebranych w literaturze, proponuje nazwę *Rhino-Pharyngo-Scleroma*, jako odpowiedniejsze ze względu na przebieg zmian. Ostatnie bowiem nie tylko zajmują nozdrza ale i gardziel (nawet tchawicę), niekiedy nawet sprawa rozpoczyna się w gardzieli, a dopiero później przechodzi na jamy nosa.

Chory, atletycznej budowy, posiada nos ciemnoczerwony, znacznie zgrubiał w części chrząstkowej, b. twardy na dotyk. Przegroda 4—5 razy grubsza. Twardość zależy nie tyle od zgrubiałej skóry, ile od nowotworu wyrastającego z obu nozdrzy, a wychodzącego z przegrody, skrzydeł i podstawy. Dolne części guza, wystające nazewnątrz, są ciemno czerwone, nierówne, wielkości do 1/2 wiśni i przypominają szyszkowiny (*condyloma*). Wyżej leżące masy nowotworu sterczą ściśle w przewodach nosa, zatykając je zupełnie.

Podniebienie zmienione jednostajnie, pokryte jest świeższymi i starszemi owrzodzeniami i bliznami. Języczek zniszczony, tylny brzeg podniebienia zrosnięty z tylną ścianą gardzieli zapomocą grubych bliznowatych pasem, tak, że do jamy nosogardzielowej prowadzi tylko mały otwór grubości pióra. Łuki podniebienne są również zwyrodnione i wymienione na grube twarde bliznowate pasma.

Oględziny jamy nosowej od tyłu niemożliwe. Znalezione przedziurawienie błony bębenkowej w lewym uchu. W innych narządach zmian żadnych.

Chory ten, wieku lat 46, przechodził w 20-tym roku życia rzeżączkę, później miękki szankier, od 16-go roku życia cierpi na częste krwotoki z nosa.

Przed 10 laty zauważył obfite wydzielanie się śluzu z nosa, który zasychał w trudno dające się oderwać strupy. Po upływie pół roku obfity śluzotok z nosa i głos nosowy. W lewym kanale nosowym zjawiał się mały guz, który został wycięty. W dwa lata później zajęcie drugiej strony nosa, a później i gardzieli. Przed 4 laty zajęcie ucha i głuchota. Nos zupełnie zatkany. Próby rozszerzania (*laminaria*, *Tupelo*) bez skutku, podobnie i wcieńniania szarej maści.

Chory ten był przedstawiony w Towarzystwie

lekarskiem w Warszawie (w 1884), gdzie uznano sprawę za przymiotowej natury, stosowano, ale bez skutku wcierania rtęci; autor uważa ją za samodzielną.

Autor sądzi, że jedynie wskazaną jest operacyja chirurgiczna. W skrawkach z wyciętej części nowotworu autor znalazł grube laseczki—podobne do laseczników trądu (o 1/2 krótsze).

P. Jastrowitz. *Demonstracyja guza mózgowego u podstawy średniego prawego zwroju czołowego.*

46-letni kupiec, już przed kilku laty podlegał napadom zawrotu, od dłuższego czasu skarży się na niespokojny sen, drżenie i drganie kończyn. Przed 5 tygodniami znowu napady zawrotu na ulicy, później silny ból w tyłogłowie, przygnębiecie, wymioty. Podejrzewano zapalenie opon mózgowych. *Anti-phlogosis*, leczenie rtęcią (ze względu na wrzód szankrowy w wywiadach) bez skutku. Chory zaczyna bredzić. Znalaziono lekkie stopień porażenia lewostronnego i n. twarzewego. W kilka dni później porażenie uwydatnia się, przyłącza się porażenie obu mięśni odwodzących (*m. abducens*). Przy badaniu wziernikiem znalaziono tarczę n. wzrokowego w stanie zastoju (*Stauungspapille*) zresztą zboczeń żadnych. Czucie zachowane. Przytomność umysłu to była zupełną, to znowu znacznie upośledzoną.

3 go czerwca napad drgawek, wykręcenie twarzy i oczów w lewo, utrata przytomności, oddech charczący. Napady powtórzyły się jeszcze trzy razy. W trzecim chory zmarł przy objawach *Cheyne-Stokesa*.

Rozpoznano guz mózgu z prawej strony, zachodziły tylko wątpliwości co do ściślejzego umiejscowienia.

Jedne objawy (porażenie n. odwodzących) przemawiały za siedliskiem guza w miejscu przejścia rdzenia przedłużonego w most, zaprzeczal temu brak porażenia innych nerwów. Zdecydowano, że guz znajduje się w miejscowości ani wyraźnie czuciowej, ani też wyraźnie ruchowej—obok możności nieznacznych zmian natury przymiotowej.

Przy badaniu zwłok znalaziono: Czaszka silnie przekrwiona, w tabula interna naprzemian nieznaczne narośle obok utrat istoty kostnej. Opony nie przedstawiają nic szczególnego. U podstawy 2-go zwroju czołowego z prawej strony guz wielkości kurego jaja, na przekroju pstry, drzewowaty. W czwartej komórce w miejscu wyjścia n. odwodzących nieznaczny wylew świeży. Badanie drobnowidzowe określiło guz jako mięsak; zmian przymiotowych nie było.

Wylew krwawy—był zjawiskiem końcowem—nie wywołał w sąsiedztwie żadnego odczynu i nie może być uważanym za przyczynę porażenia n. odwodzących. Autor objaśnia ostatnie więcej oddalonym (uciskowym) wpływem guza i sądzi, że porażenie

tych nerwów zaledwie że może być rękojmią przy rozpoznawaniu umiejscowienia guzów w mózgu.

P. Lassar. Przedstawia 65-letniego mężczyznę, u którego od dwóch miesięcy zjawiała się wysypka na całym ciele. Są to wielkie (jak talerz, dłoń) plamy czerwone, rozrzucone po całym ciele, w niektórych miejscach potworzyły się na nich duże pęcherze, gdzie nie gdzie pozasychane. Autor uważa sprawę tę za *Erythema exsudativum bullosum*.

Wysypce tej towarzyszy nieraz gorączka. W leczeniu wyborny skutek okazał salicylan sodu. Przyczyną w danym przypadku był jakiś żrący plaster, postawiony na udzie; ztąd sprawa się rozszerzyła.

P. Fraenkel. O tęgoryjcu — p, w dziale sprawozdawczym numeru przyszedłego.

— 14-ty kongres niemieckiego Towarzystwa chirurgicznego. Streszczył W. H. Krajewski. (Dalszy ciąg).

II. *Gruźlica błon śluzowych dla chirurga dostępnych.*

7) *Gruźlica języka* występuje albo pod postacią wrzodów, lub też pod formą guzików, głęboko leżących i rozmiękczających się stopniowo. Pojedynczy wrzód gruźliczy z grzybowatym dnem i stwardniałymi brzegami można łatwo przyjąć za raka języka. V. 2 razy wycinał takie wrzody, sądząc, że ma do czynienia z rakiem, dopiero badanie mikroskopowe i przebieg następny choroby wyprowadziły go z błędu. Formę występującą pod postacią guzów głęboko w tkance leżących stanowią w pierwszych chwilach nie podobna od syfilitycznych gummatów odróżnić; później dopiero rozpad serowaty guza, sposób pęknięcia ropnia i dalszy przebieg cierpienia usuwają wszelką wątpliwość. V. leczył niektóre wypadki wyskrobywaniem i wypalał termokauterem, w innych znów usuwał odpowiedni klin z języka wraz z wrzodem. Większość tych chorych umarła rozumie się na gruźlicę płuc, pewna jednak liczba już lat kilka cieszy się dobrem zdrowiem. Dwa razy podczas sekcji chorych zmarłych na gruźlicę płuc powstała wskutek pierwotnego gruźliczego cierpienia kości, znalazł V. na języku niezliczoną ilość wrzodzików gruźliczych wielkości ziarnka prosa, powstały one w ostatnich dniach choroby i były przyjęte za aphthae.

8) *Gruźlicę gardzieli i podniebienia* spotykał V. tylko u młodych osobników. Występuje ona zwykle pod postacią płaskich, zlewających się wrzodów, które z łuków podniebiennych rozprzestrzeniają się na tylną ścianę gardzieli i tylną powierzchnię podniebienia. Przy dobrym oświetleniu można niekiedy pomiędzy wrzodami dojrzeć oddzielne ziarnka prosówkowe. Łatwo cierpienie to przyjąć za wrodzony syfilis. Obszerne zrosty bliznowate zwyrodniałego podniebienia z częściowym lub całkowitym przerwaniem połączenia pomiędzy jamą nosa i gardzieli, jakoteż bliznowate zwężenia gardzieli powyżej krtani są częściej następstwem zabliznionych

wrzodów gruźliczych niż syfilisu. Przy syfilisie częściej powstają braki w podniebieniu, przy gruźlicy zaś obszerne wrzody, następstwem których są zrosty prowadzące do zwężenia. Energeticzne leczenie chirurgiczne (środki żrące, Ferrum candens, wyskrobanie) jest łatwiejsze do zastosowania i pozwala na lepszą przepowiednię, niż przy gruźlicy krtani. Wprawdzie i tu większość chorych umiera z gruźlicy płuc, zdarzają się jednak wypadki wyleczenia.

9) Zdarza się *Ozaena tuberculosa*, przyczem na błonie śluzowej nosa zjawiają się wrzody gruźlicze, należy ją ściśle odróżnić od *Rhinitis scrophulosa* polegającej na chronicznym kataralnym zapaleniu błony śluzowej nosa. Rzadziej *Ozaena tuberculosa* jest następstwem pierwotnego gruźliczego cierpienia kości wchodzących w skład szkieletu nosa (szczególniej szczęki górnej).

10) *Gruźlicę warg* obserwował V. 2 razy. W jednym wypadku u młodej dziewczyny, u której jednocześnie w innych miejscach wystąpiły ogniska gruźlicze, lecz płuca były zdrowe, V. wyciął wrzód wraz z odpowiednim klinem z wargi. W drugim przypadku u starej kobiety rozpoznał raka i zrobił wycięcie i plastykę, dopiero badanie mikroskopowe dowiodło, iż to był wrzód gruźliczy.

11) *Fistula ani*. Wielka część przetok stolcowych ma odrazu znaczenie wrzodów gruźliczych. Gruźlicza przetoka różni się od niespecyficznego skłonnością do wytwarzania wielkiej ilości grzybowatej ziarniny, dalekiem odwarstwieniem błony śluzowej i podminowaniem skóry. Leczenie winno być takie jak dla ropni gruźliczych, a więc: szerokie cięcie, wyskrobanie ziarniny, obcięcie ścięczyłych kawałków skóry i błony śluzowej, wytamponowanie całej rany gazą jodoformową. W upartych wypadkach energeticzne wypalanie ferrocandente.

12) Niekiedy, wprawdzie bardzo rzadko, rozwija się *gruźlica Perityphlitis* u osobników nie przedstawiających żadnych oznak gruźlicy kiszek, wskutek przedziurawienia jakiegoś pojedynczego wrzodu specyficznego. W następstwie powstają wielkie ropnie gruźlicze z licznymi przetokami, obszernym odwarstwieniem skóry i wytworzeniem masy grzybowatej—gruźliczej ziarniny.

III. *Gruźlica organów moczowo-płciowych.*

13) *Gruźlica jąder* spotyka się najczęściej w młodszych i średnim wieku, zdarza się jednak chociaż rzadziej u starszych; u tych ostatnich napotyka my jeszcze odrębną formę ropnego chronicznego zapalenia jąder lub przyjądrzy, którą należy ściśle od gruźliczej formy odróżniać. Często gruźlica występuje w drugim jądrze czasami w lat kilka po zachorowaniu pierwszego. Jednakże nawet w ciężkich wypadkach, w których przyjądrze zupełnie było zserowaciałe, a w jądrze znajdowały się liczne ogniska gruźlicze. Ablatiotestis powstrzymuje postępowy rozwój cierpienia i operowani długie lata cieszą się

zupełnie dobrem zdrowiem. Dla tego też należy o ile możności spieszyć się z kastracją, nie zatrzymując się długo nad wyskrobywaniem i wypalaniem przetok, operację trzeba dokonać przed rozprzeżeniem się cierpienia na sznurek nasienny i gruczoł przyprątny. Zajęcie sznurka nasienny przedstawia się albo jako jednostajne zgrubienie, lub też powstają wrzecionowate zgrubienia na vas deferens.

14) *Gruclica pęcherza, moczowodu i nerek* przedstawia jedną z najcięższych form gruźlicy. Nawet w wypadkach zajęcia samego pęcherza, wyleczenie nigdy nie następuje. Rozpoznanie ułatwia wykrycie laseczników gruźliczych w moczu.

15) *O gruźlicy pochwy i macicy* nie ma V. własnych doświadczeń.

16) *Gruclica gruczołów piersiowych* jest nadzwyczaj rzadka. Rozpoznanie możliwe tylko w późnych okresach. Terapija winna polegać na odjęciu piersi i usunięciu gruczołów limfatycznych pachowych, gdyż te zwykle wcześniej już są zakażone. V. zwraca uwagę, iż istnieje odrębna forma: Mastitis chronica indurativa bez ropienia, przy której powstaje obrzmienie gruczołów pachowych, otóż te obrzmiałe gruczoły mogą uleść gruźlicemu zwyrodnieniu i dosięgają wtedy nieraz wielkości pięści pomimo, iż pierwotne ognisko w gruczole piersiowym wcale gruźliczem nie jest.

IV. *Gruclica kości, stawów i pochevek ścięgniętych.*

17) Wszystkie cierpienia nazywane niegdys; Caries ossium, Paedarthroace, Spina ventosa, Arthritis et ostitis scrophulosa, Tumor albus, Fungus articuli, Arthritis strumosa—należą z licznymi załedwie wyjątkami do prawdziwej gruźlicy.

18) Jako moment etyologiczny, wywołujący chroniczne ropne cierpienia kości i stawów, występuje obok gruźlicy cały szereg chorób zakaźnych, których jednak większość powstaje ostro i w następstwie dopiero stają się przewlekłymi. Najczęściej do zropienia stawu prowadząca Osteomyelitis infectiosa przedstawia tak typowy obraz kliniczny, iż tylko w rzadkich wypadkach Osteomyelitis epiphysariae, lub przy umiejscowieniu cierpienia w krótkich kościach mogą powstać trudności dyjagnostyczne.

Tak samo łatwo odróżnić od gruźlicy kości syfilityczne cierpienia kości i stawów, reumatyzm stawowy, jakoteż cierpienia septycznej natury. Trudno rozpoznać charakter tak zwanych przetrutowych zapaleń stawów, powstających po ostrych wysypkach, jak tylko dochodzi do zropienia i zniszczenia stawu. W jednej części wypadków są to procesy septycznej lub ropnicowej natury, w innych zaś wypadkach mamy istotnie do czynienia z gruźliczem cierpieniem, rozwijającym się jeszcze podczas trwania wysypki lub bezpośrednio po niej i zwykle ostro przebiegającym. W przyszłości należy rozstrzygnąć jak

często powstające po ostrych wysypkach ropne zapalenia stawów są następstwem septycznego zarazka.

19) *Gruclicze zapalenia stawów* powstają pierwotnie albo w kości, albo na błonie surowiczej. *Pierwotnie kostna forma*, najczęstsza u dzieci, pochodzi się wytworzeniem ograniczonego ogniska w nasadzie kości. Ognisko zwykle bywa małe (od prosa do orzecha laskowego), daleko rzadziej spotykamy rozlane nacieczenie większego odcinka tkanki gębczastej kości. Mamy więc z początku do czynienia z chorobą kości nie zaś stawu, czasami może do końca taką pozostać, jeśli nie przyjdzie do rozmiękczenia ogniska, lub jeśli takowe utworzą się nazewnątrż stawu. W każdym razie okres kostny (osteo-patyczny) cierpienia może trwać nieokreślenie długo, przedtem nim nastąpi cierpienie specyficzne, t. j. zakażenie stawu. To ostatnie nastąpi dopiero wtedy, gdy produkty rozpadu serowatego kości dostaną się do stawu.

Ogniska gruźlicze tkanki gębczastej kości szczególnie u dzieci nadzwyczaj łatwo ulegają in toto zgorzeli i wydzielają się pod postacią charakterystycznych zserowaciałych martwaków. Proces demarkacyjny powstający naokoło takich martwaków, należy uważać za pomyslny, gdyż wytwarza on warstwę ziarniny chroniącą przyległe odcinki kości od dalszego zakażenia. Ztąd też znajdujące się w kości zserowaciałe martwaki rzadko tylko wywołują wtórne ogniska gruźlicze w kości. Często spotykamy po kilka ognisk gruźliczych w kości (2—3), albo w jednej i tej samej nasadzie, lub też w obu nasadach jępnocześnie. Są miejsca, w których się zjawiają częściej (Praedilektionsstellen) jak naprzykład: Olecranon, Pars iliaca Acetabuli etc.

20) *Pierwotnie synowialna forma* gruźliczego zapalenia stawów zdarza się przeważnie u dorosłych, zwykle u starych ludzi, szczególnie często w niektórych stawach, np. w kolanie. Rozwojowi grucelków prosówkowych na błonie synowialnej towarzyszy w niektórych wypadkach nadmierny rozwój ziarniny i naczyń, wtedy powstaje zwyczajna forma nazywana arthritus fungosa. W innych znów wypadkach ziarnina się nie rozwija, wtedy powstaje forma nazywana dawniej Abscessus frigidus articuli. Ta ostatnia rozwija się u starych ludzi i daje najgorsze rokowanie.

21) Niekiedy na błonie maziowej powstają pojedyncze gruzły, dosięgające wielkości migdała lub gołębiego jaja i jakby na nóżce zwieszają się do jamy stawu. Pozostała błona maziowa może być zupełnie zdrową, chociaż zwykle w następstwie zjawiają się na niej gruzelki prosówkowe. Nawet w tym ostatnim razie może nastąpić wyleczenie po wycięciu wielkiego gruzła i krótkim drenowaniu stawu.

(d c. n.)

Wiadomości bieżące.

— **Ulepszenie kontroli chorób zakaźnych w Warszawie** jest potrzebą bezwątpienia palącą. Usiłowanie w tej mierze wychodzi obecnie z urzędu lekarskiego, gdy nowy inspektor tegoż rozesał wszystkim lekarzom warszawskim cyrkularz z prośbą o natychmiastowe komunikowanie wypadków pod odpowiedzialnością prawem oznaczoną (§§ 856 i 857 z r. 1866). Do cyrkularza dołączona jest lista chorób (ogółem 26) ulegających teźże kontroli oraz kilka blankietów. Urząd lekarski ze swej strony nadmienia, iż wiadomościami statystycznymi posługiwać się będzie dla szybkiego zarządzenia środków zapobiegających szerzeniu się chorób. Jakkolwiek trudnem może być kontrolowanie praktyki lekarskiej ze względu na regularność w dostarczaniu wiadomości statystycznych, sądzimy, że poczucie obowiązku powinno każdemu nakazać ułatwienie urzędowi lekarskiemu walki z epidemijami.

— **Funkcje lekarzy rewiowych**, które miały się już rozpocząć, według brzmienia odezwy p. prezydenta, drukowanej w poprzednim numerze „Kroniki lekarskiej“, nie rozpoczęły się jeszcze, albowiem książeczki do protokołów przeznaczone, jeszcze nie zostały rozesłane przez urząd lekarski. Wobec letnich wyjazdów wielu lekarzy, sytuacja jest więc dość krępująca, a rokowania co do rezultatów również stają się przez to gorsze.

— **Wystawa przemysłowo-rolnicza** zawiera pewne — lubo nieliczne — szczegóły, nie pozbawione znaczenia pod względem higienicznym. W dziale mechanicznym nie znajdujemy wprawdzie żadnych oryginalnych pomysłów z dziedziny zdrowotności, w każdym jednak razie przynajmniej pewne usiłowania widzimy w przeniesieniu tych lub owych urządzeń z zagranicy. Pod tym względem wymienić należy głównie pp. Trechcińskiego i Poszepnego, oraz większe fabryki materiałów budowlanych i wyrobów żelaznych. W kiosku Trechcińskiego znajdują się nieliczne okazy klozetów, wanna z prysznicem, umywalnie odpowiadające nowym wzorom zagranicznym i uplastyczniający niejako komfort, jaki kanalizacja dostarcza. Znajdują się tu też zagraniczne wyroby sztejnutowe do drenowania. U Poszepnego znajdujemy rozmaite gatunki wentylatorów, lubo w liczbie ich brakuje wielu nowszych znakomitych wynalazków na tem polu. Grancow wystawił wyroby z cegły, które, jak pokazuje doświadczenie przy robotach kanalizacyjnych nabyte, przedstawiają się nader korzystnie.

Piece i kominki wielkie znajdujące się na wystawie, żadnych szczególnych cech nie przedstawiają; dobrze jest w każdym razie wskazać, że publiczność ma sposobność nabrania gustu do wybor-

nych pod względem wentylacji kominków otwartych. O wiele lepiej uposażony jest dział spożywczy, a w nim browary najwidoczniejsze zajęły miejsce. Ekspertyzy w dziale tym nie zostały jeszcze drukiem ogłoszone; a najwięcej w każdym razie rozstrzyga tu chemija. O ile wiemy, nie wykryto w żadnym piwie ciał postronnych. Dr. Lesser posiada dość ważny pawilon, w którym ilustruje nowsze sposoby fabrykacji nabiału. Widzimy tu centrifugalne separatory, przyrząd mechaniczny do robienia masła, przyrząd do chłodzenia mleka. Mechaniczna fabrykacja, ważny postęp pod względem higienicznym stanowiąca, rozwinięta została na większą skalę w piekarni p. Kropiwnickiego, reprezentowanej na wystawie wraz z należącymi do niej parowemi młynami: w Słodowcu i Zegrzynku. Pożytecznym jest pomysł większości browarów — przedstawienia surowych produktów i niektórych przyrządów do fabrykacji piwa służących. Sądzimy, że gdyby komitet wcześniej i umiejętnie wystawców zachęcił, dział spożywczy mógłby być o wiele obszerniejszym.

— **Redakcyjja „Hodowcy“** wydała świeżo dzieło (358 str. 80) p. t. „Podręcznik do racyjonalnego żywienia zwierząt gospodarskich“, przez Antoniego Brownsford'a. W książce tej skreślone są obszernie chemija i fizjologija żywienia oraz spisane są ze stanowiska chemicznego i higienicznego własności paszy, wreszcie podane są informacje gospodarczo-ekonomiczne.

— **Dom zdrowia d-ra Brodowskiego** został zamkniętym d. 1-go lipca.

(*Gazeta lekarska*, 28—1885).

— **Na posiedzeniu wydziału lekarskiego w Krakowie** d. 26-go czerwca r. b., rektor Rydel odczytał list prof. Tyrchowskiego, w którym tenże, dziękując za pozdrowienie jubileuszowe, nadmienia o sympatycznych swych wspomnieniach z uniwersytetu krakowskiego dodając, iż zasadam tam wpojonym dotychczas wiernym pozostał.

(*Przegląd lekarski*, 4-go lipca r. b.).

— **Katalog królewskiego kolegium chirurgów w Londynie** został świeżo ukończony. Ostatni (czwarty) tom tego spisu rzeczy największego medycznego muzeum na świecie opracowany był przez Jakuba Paget'a, d-ra Goadhart'a, P. Albana Dorana i Eve'a. Tom ten obejmuje 511 stronnic i ogółem zawiera spis przeszło 2,366 okazów.

(*The Brit. Med. Journ.* 4 lipca r. b.).

— **Ogólne zastosowanie krowianki** zamiast limfy humanizowanej wprowadzonom zostanie w ciągu roku w królestwie Saskiem. W tym celu zamiast dotychczasowych stacyi szczepienia, w których ciałat używano tylko na wiosnę dla otrzymania pierwszego zapasu limfy, urządzone zostaną cztery instytuty szczepienia krowianki, już to dla szcze-

pień ogólnych bezpłatnych, już dla rozsełania limfy lekarzom. Instytuty powyższe urządzone zostają mianowicie: w Dreźnie, Lipsku, Bautzen i Frankenberg. Tylko drezdeńska stacja działac będzie w ciągu roku całego; inne tylko od kwietnia do września każdego roku. Urzędy tylko otrzymywać będą limfę bezpłatnie; inni płacić będą po 50 fenigów za fiola. (D. M. Z. 55—1885).

— **Nowy środek przeciwko cholercze.** Shamudin J. Sulemani podaje następującą mieszaninę roślinną, którą zastosował w Baroda (Indyje) w 5 przypadkach, z których w 4 nastąpiło wyzdrowienie: Delphinium denudatum, Strychnos Ignatii, Lodoicea Scyhettarum, elettaria cardamonum. Mieszankę tej używa po 0,6 co 1—2 godziny (ogółem 3—4 dawek). (The Lancet, 11-go kwietnia r. b.).

— **Statystyka szczepienia cholery w okresie 1—31 maja:**

	w Alcira: mieszkańców 16,000; szczepionych 8,794.	
	nieszczepieni	szczepieni
zachorowało	118	14
wyzdrowiało	47	10
zmarło	56	3
zostało w leczeniu 15	1	1

	w Algemesi: mieszkańców 7,856, szczepionych 893.	
	nieszczepionych	szczepionych
zachorowało	263	8
wyzdrowiało	136	7
zmarło	32	1
zostało	35	0

U 3 zaszczepionych wystąpiły ciężkie objawy cholery, u 6 phlegmone w miejscach zaszczepienia (z ogólnej liczby spostrzeżeń komisji, która zbadała ogółem 900 szczepionych). (El siglo medico 7-go czerwca. D. M. Z. Nr. 50—1885).

— **Wydawnictwo p. t. „Archives slaves de Biologie“** ma wkrótce wychodzić w Paryżu pod kierunkiem d-rów Mendelsohn'a i Richet'a. Wydawane będzie wyłącznie we francuskim języku i poświęcone pracom słowian (polaków, rosyjan, Czechów) z dziedziny wszystkich gałęzi biologii. Kilku lekarzy z Warszawy otrzymało w tych dniach zaproszenie do współdziałania w piśmie.

— „Le Praticien“ (Nr. 27) podaje opis następnego dramatu, jaki miał miejsce w prowincji hiszpańskiej Walencji, a dowodzącego niezwykle w Europie ciemnoty i barbarzyństwa tamecznych mieszkańców. W Puebla-Larga zmarł w ostatnich dniach pewien człowiek z cholery. Rodzina oczekuje opiekującego się nim lekarza i nic nie mówiąc mu o zejściu wprowadza w głąb' mieszkania. Tutaj rzucają się na niepodejrzewającego nic lekarza i wśród najbrutalniejszych obelg i pastwienia się wlewają mu przemocą w gardło wszystkie lekarstwa, pozostałe po chorym, i co zresztą było pod ręką.

Scena ta trwała 20 minut. W godzinę później nieszczęśliwa ofiara wyzionęła ducha.

Wobec tego faktu i wogóle nader nieprzyjemnego względem lekarzy usposobienia ciemnej i zaboronnej ludności, pobudzonej groźącym widmem cholery, Towarzystwo lekarskie w Walencji postanowiło obmyśleć środki zabezpieczenia lekarzy od możliwych nieprzyjemności przy niesieniu pomocy chorym.

— **Z powodu szerzenia się cholery** w prowincjach hiszpańskich, graniczących z Francją, francuski minister handlu wydał rozporządzenie do władz pogranicznych, aby wszyscy przybywający z Hiszpanii do Francji podlegali b. ścistemu badaniu lekarskiemu. (L'union méd. 94).

— **Rada miejska m. Moskwy** wyasygnowała na środki zapobiegawcze przeciw cholercze od lipca 1885 roku rs. 417,850. Połowa z tej sumy już została użytą. (Wracz, 25).

— **W ostatniem 3-ciem wydaniu rosyjskiej farmakopeji** z r. 1881 wkradła się następną omyłką: zamiast dozwolonej najwyższej dawki Chinini arsenicosi 0,06 grm. na dobę, wydrukowano 0,6. (W. S. D. 24).

— **Ogłoszenie.** Towarzystwo lekarskie warszawskie ogłasza, że z zapisu ś. p. d-ra Feliksa Jabłonowskiego, wakuje wsparcie rs. 325, za rok 1885 przyznać się mające według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymskokatolickiej, przez nieszczęście, wypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania próśb na imię Towarzystwa lekarskiego (ulica Niecała, Nr. 7) oznacza się prekluzyjny termin do dnia 15 grudnia r. b. Przy prośbie złożyć należy: metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenie 3-ch lekarzy oraz Inspektora lekarskiego właściwej gubernii o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczonożego wsparcia.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stary
Dr. Szokalski.

Korespondencyja „Kroniki lekarskiej“.

Reinerz, w lipcu 1885 r.

Mało posiadamy na kuli ziemskiej miejscowości, któreby obfitowały tak w źródła mineralne, jak zakątek Szlązka, przylegający do Czech i ograniczony górami Olbrzymiemi, Sudetami i innemi. Na niewielkiej przestrzeni spotykamy: Altwasser, Alt-Haide, Charlottenbrunn, Kudowę, Flinsberg, Koenigsdorff-Jastrzemb, Landeck, Reinerz, Salzbrunn, Warmbrunn i wiele innych, miejscowości znane ze swego ślicznego położenia i własności leczniczych, bardzo więc licznie i przez polaków zwiedzane.

Zakład kąpielowy Reinerz znajduje się w oddaleniu 10 — 15 minut pieszej drogi od miasta tegoż nazwiska. Położony w dolinie na wysokości 560 metrów (nieco wyżej niż Szczawnica i Interlaken), otoczony jest z 3 stron górami, pokrytymi gęstym sosnowym lasem, który stanowi źródło ozonu, tak obficie znajdującego się w tutejszem powietrzu. Klimat tutejszej miejscowości nie zbyt surowy, odznacza się chyba częstymi i znacznymi zmianami ciśnienia atmosfery i ciepłoty dziennej, co się najbardziej spostrzega po zachodzie słońca, kiedy ciepłota znika się bardzo znacznie. Deszcze padają tutaj dość często, przyczyniając się do wilgotności powietrza; stanowią więc również dość pożyteczny czynnik dla chorych na płuca, przeważnie zwiedzających tutejszy zakład.

Oprócz górskiego i leśnego powietrza, najważniejszego być może środka leczniczego w Reinerz, znajdują się tutaj i źródła mineralne, zawierające alkalijskie i ziemie—Laue Quelle (15^o R) i żelazo—Kalte Quelle (10^o R.). Inne źródła używają się więcej do kąpeli mineralnych, niż do picia. Większe znaczenie ma tutaj serwatka, z owczego i koziego mleka wyrabiana, do której tutejsi lekarze przywiązują wielką wagę. Często też zalecają w chorobach płucnych hydropatyczne leczenie, przeważnie zaś zimne obwijania i natryski, bardzo wykwintnie urządzone. Największą część tutejszych kuracyjuszów stanowią chorzy na płuca, chociaż Reinerz ze względu na znaczne zmiany swej temperatury i ciśnienia atmosferycznego, wskazanym jest tylko w początkach chorób płucnych; w chronicznych nieżytach oskrzeli, nieznacznych sprawach wierzchołkowych lub też przy usposobieniu dziedzicznym do chorób płucnych; natomiast w znacznie rozwiniętych cierpieniach płucnych z rozpadem pobyt w Reinerz może okazać się nawet zgubnym. Krwotoki płucne należą tu do rzeczy bardzo częstych, szczególnie po nagłej zmianie ciśnienia atmosferycznego. Znakomity wpływ wywiera pobyt w Reinerz na ludzi osłabionych i rekonwalescentów po ciężkich cierpieniach, przy błędnic, niektórych cierpieniach nerwowych, do czego przyczynia się także i spokój, jakiego używają tutejsi pacjenci. Pomocy lekarskiej udziela tutaj 5-ciu lekarzy, z których dr. Berg zna język polski, co stanowi wielką dogodność dla wielu Polaków, nie znających języka niemieckiego. Polaków w roku bieżącym jest tutaj bardzo wielu; przyczynia się do tego blizkie położenie miejscowości, a także wygoda i porządek, które nie często spotykają się w miejscowościach odpowiednich w Galicyi, jak: Szczawnica i Krynica, gdzie natomiast można się lepiej i więcej bawić. Tutaj wszel-

kie reuniony i znaczniejsze wycieczki są zupełnie wykluczone z programu zabaw, a o godzinie 8 wieczorem pustki panujące w całym Reinerz najlepiej świadczą o gorliwym wypełnianiu przepisów kuracyjnych.

M. H.

Nekrologija.

— W dniu 2-gim z. m. zmarł w Pułtusku lekarz **Wojciech Pawłowski**. Wiadomość o jego śmierci smutnem odbiła się echem w sercach miłujących go kolegów i przyjaciół.

Ś. p. Wojciech urodził się w r. 1853 we wsi Niecieplinie powiatu Garwolińskiego; szkoły gimnazjalne ukończył w Siedlcach i w r. 1872 wstąpił do uniwersytetu warszawskiego na wydział lekarski. Pelen otuchy i wiary w swe siły, szedł w pracy śmiało naprzód, a przeciwności, z powodu twardej warunków życia, znosił z pogodą na czoło i nadzieją lepszej przyszłości. Uczynny i koleżeński, prawy i prawdomówny, wesóły towarzysz w zabawie, poważny doradca w potrzebie—zaskarbił sobie prędko serca współkolegów.

Ukończywszy w roku 1878 wydział lekarski, zamieszkał w Pułtusku, gdzie w szerokiej okolicy zjednał sobie imię uczciwego lekarza i zacnego kolegi.

Pomimo ciężkiej pracy na chleb powszedni, nie przestawał zajmować się nauką. W r. 1881 ogłosił drukiem w „Gazecie lekarskiej“ „Spostrzeżenia nad chorobami tyfusowemi, leczonemi w lazarecie wojсковym w Pułtusku“, był także współpracownikiem „Kroniki lekarskiej“, a przed dwoma laty przybył do Warszawy i zdał egzamin na stopień doktora medycyny. Od tego czasu, aż do ostatniej chwili, pracował nad rozprawą doktoryzacyjną.

Nadmierna praca podkopała zdrowie jego i wreszcie doprowadziła go do grobu. Zmarł w 32 roku życia, osieracając żonę i małą dziecinę.

Cześć niech będzie zacnej jego pamięci!

M. Z.

— Nadesłano do Redakcyi:

A. Brownsford. Podręcznik do racjonalnego żywienia zwierząt gospodarskich. Warszawa, wydawnictwo redakcyi „Hodowcy“, 1885.