

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Choroby nerwowe.

227. BERNHEIM. **Przyczynek do nauki o afazji.** *Contribution a l'étude de l'aphasie— de la cécité psychique des choses.* (*Revue de médecine.* 10 Aout, 1885).

Nauka o afazji stanęła na pewniejszych podstawach od czasu badań Broca, Kusmaul'a, Vernicke; oto pokrótce rezultaty badań wymienionych autorów: Zwoj Broca zawiaduje ruchami mięśniowymi, służącymi do wytwarzania wyrazów; przy upośledzeniu lub zniesieniu czynności wspomnianego zwoju, chory nie jest w stanie wytwarzać słów, choćby je w myśli mógł składać; będziemy w tym razie mieli przykład afazji *ruchowej* (aphasie motrice)—zniesioną tu będzie zdolność przewodnictwa (aphasie de transmission). Analogiczny ośrodek dla wyrażenia myśli piśmiennego znajduje się—jak się zdaje—u podstawy drugiego lewego zwoju czołowego; przy porażeniu tego ostatniego człowiek, będący w stanie mówić, nie może pisać; nazywamy ten objaw *agrafiją motoryczną* (agraphie motrice); należy on do tej samej kategorii „aphasie de transmission“. W drugim szeregu wypadków przy całości ośrodków wyrażania (artikulacyi)—zniesioną jest zdolność wewnętrznego tworzenia słów (dykcji). Zdolność wytwarzania słów nabywa się z wiekiem: dziecko początkowo słyszy tylko dźwięki i powoli uczy się łączyć je z pewnymi wyobrażeniami; do uskutecznienia tej czynności konieczną jest pamięć dźwięków (mémoire auditive); pewne fakta pozwalają umiejscowić ośrodek tej pamięci w pierwszym zwoju skroniowym lewym. Przy porażeniu owego

ośrodku chory słyszy dźwięki, ale nie może ich sobie tłómaczyć, jest w położeniu człowieka, do którego mówią obcym, nieznanym mu językiem; nazywają ten objaw *gluchotą wyrazową*, albo *gluchotą psychiczną*.

Zupełnie podobnie rzecz się ma z rozumieniem znaków pisanych: kształt litery przyjmuje pierwotnie ośrodek widzenia zwierzęcego (centre de la vision brute)—lecz to nie wystarcza do zrozumienia wyrażonej przezeń myśli, praca ta musi się skutecznić w sąsiednim ośrodku „*pamięci wzrokowej*“ (centre de mémoire visuelle), który umiejscowiają w tylnej części lobuli parietalis inferioris sinistri; przy porażeniu owego ośrodku chory widzi znaki piśmienne, ale nie jest w stanie ich sobie wytłómaczyć: jest dotknięty *ślepotą psychiczną* (cécité psychique). Oba ostatnie rodzaje należą do *afazji percepcyjnej* (aphasie de reception).

Z tej klasyfikacyi wynika, że nie można mówić o amnezyi wogóle, lecz rozróżniać tyle jej gatunków, ile istnieje rodzajów pamięci; amnezyja słów może zależeć od zniknięcia pamięci dźwięków słuchowych, lub też od zniknięcia pamięci znaków pisanych, albo od obu razem. Każdy osobnik, mając do wyboru te dwie drogi przypominania słów, nawyka więcej do jednej z nich, choć i drugą posługiwać się może; tak, że możnaby rozdzielić ludzi na dwie kategorie: przeważnie słuchowych (auditif)—i przeważnie wzrokowych (visuel): u pierwszych wytwarza amnezyję słów porażenie ośrodku pamięci słuchowej, u drugich zaś—wzrokowej.

Autor przytacza obserwacyję chorego, który wstąpił do szpitala z objawami niezwykłego połowiczego porażenia lewo-

stronnego, skonstatowano: hemianopsia lateralis sinistra, aphasia. Z początku były bóle głowy, bredzenie, mimowolne oddawanie moczu, lecz objawy te ustąpiły bardzo prędko; również i władza i czucie w porażonych kończynach prawie zupełnie wróciły.

Rozpoznawano zrazu guz w mózgu, potem jednak przypuszczono ogniska rozmiękczenia w prawej półkuli; dodać należy, że chory był mańkutem.

Chory jest dotknięty ślepotą wyrazową; pisze na żądanie cały alfabet, ale czytać liter nie może; jeżeli jednak wymienić mu żadaną literę, wskaże je na piśmie lub druku; tak samo rzecz się ma z rysunkami różnych przedmiotów i figur: poznać ich nie może, lecz jeżeli mu kazać odszukać np. kwadrat, koło—to je znajdzie; stan ten nie zmienia się od dwóch lat. Ośrodek widzenia zwierzęcego funkcjonuje dobrze, ośrodek zaś pamięci wzrokowej, umieszczony zwykle w półkuli lewej, a u naszego chorego, jako mańkuta, w prawej, choć nie zupełnie zmieniony, jest osłabiony jednak znacznie, tak, że nie jest w stanie działać pod wpływem ośrodka widzenia zwierzęcego. Jeśli jednak w pomoc mu przyjdzie ośrodek pamięci słuchowej—wówczas ośrodek pamięci wzrokowej działa—i chory jest w stanie odnajdywać wymienione głośno litery, chory może dosyć długo swobodnie rozmawiać, zacinając się tylko na niektórych wyrazach; jeżeli mu jednak pokazywać różne, do codziennego użytku służące przedmioty, tylko z wielką trudnością odnajduje ich nazwę i to, *przypomniawszy sobie uprzednio ich użytek*; nazwa przedmiotu przychodzi choremu zawsze po uprzymieniu sobie jego znaczenia, co przy nienaruszalności ośrodka pamięci słuchowej, może być objaśnionem naruszeniem drogi łączącej ośrodek pamięci słuchowej (MA) z wzrokowym (MV); ponieważ zaś dźwięk nazwy danego przedmiotu wywołuje u naszego chorego przypomnienie je-

go formy, przypuścić należy, że przewodnictwo od MA do MV istnieje.

Widzimy więc chorego mańkuta, z niepełnym porażeniem połowiczem lewostronnem (z hemianopsia lateralis sinistra) dotkniętego ślepotą psychiczną nie tylko słów, lecz i przedmiotów. Te zmiany warunkują amnezyję wyrazową. Zdaje się bowiem, że nie istnieją ośrodki osobne dla pamięci słów i rzeczy, gdyż każda litera może być uważaną za przedmiot o pewnych kształtach, łączących się z pewnym pojęciem.

Wracając do klasyfikacji afazyi, można zaprowadzić w niej małą zmianę:

1) Afazyje ekspresyjne (aphasies de transmission): a) afazyja motoryczna, b) agrafija motoryczna.

2) Afazyje impresyjne (aphasies de réception): a) głuchota psychiczna, b) ślepotą psychiczną.

Kazimierz Ciagliński.

228. Dr. BELUGOU. **Poszukiwania nad przyczynami władu rdzeniowego.** *Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice progressive.* (*Le Progrès Médical*, Nr. 35 i 36).

Istnieją obecnie trzy hipotezy co do przyczyny władu rdzeniowego:

Pierwsza (Fournier, Siredey, Erb i inni) przyjmuje, że sprawa jest pochodzenia przymiotowego.

Druga (Trousseau, Landouzy i Ballet, Charcot i inni) przyjmuje dziedziczne usposobienie nerwowe.

Trzecia (Trousseau, Lallemand, Rosenthal i inni) uważa za przyczynę władu nadużycia czynnościowe, a w szczególności płciowe.

Autor rozbiera krytycznie dane, jakie posłużyły odnośnym autorom do postawienia wymienionych hipotez, zestawia je ze swojemi spostrzeżeniami (32 wypadki) i przychodzi do następnych wniosków:

Przymiot rzadko wywołuje wład rdzeniowy, stawia jednak chorego w warunki sprzyjające rozwojowi tej sprawy. Z drugiej strony przymiot, wywołując

pewne zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym może być źródłem pewnych objawów wiądu (ataxie motrice symptomatique); w tych to razach leczenie mięszone zdaje się dawać najlepsze wyniki. Statystyka, na której opierają się stronnicy pierwszej hipotezy, okazuje b. znaczne wahania. (Fournier znajdował przymiot 24 na 30 przypadków wiądu, Siredey 8 na 10, Rumpf 60 na 100, Topinard 15 na 17), Hammond 1 na 20, Westphal 14 na 100, Oppenheim 10 na 86, autor 10 na 32), przytem w wielu przypadkach oprócz przymiotu występują i inne etjologiczne czynniki, które nie bywają uwzględniane wskutek jednostronności spostrzegaczy.

Co się tyczy dziedzicznego usposobienia nerwowego jako przyczyny wiądu, to w najnowszej odnośnej pracy pp. Landouzy i Ballet znajdujemy następane zestawienie:

Na 132 przypadków było:

Niepewnych	61
Przymiot, jako jedyna przyczyna w	21
Dziedziczne nerwowe usposobienie, jako jedyna przyczyna w	28
Dwie te przyczyny razem w	7
Pierwszy niewątpliwy, drugie wątpliwe w	3

Autor w swoich przypadkach znalazł odziedziczone nerwowe usposobienie wyraźne u 9-ciu chorych, mniej wyraźne u 4-rech. Widać z powyższego, że druga przyczyna nad pierwszą nie ma żadnej przewagi. Autor sądzi, że

1) odziedziczone usposobienie nerwowe zajmuje wyraźne miejsce w etjologii wiądu, i że,

2) wpływ jego uwydatnia się zwłaszcza wtedy, jeżeli przodkowie podlegali cierpieniom rdzenia.

Spostrzeżenia autora kazały mu zwrócić uwagę na pewien czynnik, który dotąd bardzo mało był uwzględnianym w etjologii wiądu, mianowicie na gościec. W 17 przypadkach na 32 w wywiadach znajdowano to cierpienie niekiedy bez wszelkich innych przyczynowych momen-

tów. Pogorszenie u takich chorych pod wpływem zmian atmosferycznych, prze-moczenia, jak również polepszenie po użyciu kąpieli ciepłych, przemawia za tem przypuszczeniem. Podobnego zdania jest Rosenthal

Na nadużycia płciowe również mało zwracano uwagi w poszukiwaniach nad przyczynami wiądu. Autor spotykał je w 21 przypadkach na 32, a w tych u 16 chorych w niezwykłym stopniu (w jednym przypadku oprócz tego nie było żadnych innych danych, któreby można było obwiniać jako przyczynę choroby). Na pierwszym miejscu stoi tu samogwałt, dalej spółkowanie w położeniu stojącym, które zwykle pociąga za sobą utraty nasienia. W pięciu przypadkach było znaczne nadużywanie tytoniu, które mogło sprzyjać rozwojowi choroby.

W końcu autor zwraca uwagę na czynniki ogólniejszej natury, wynikające z dzisiejszych warunków życia, ciężkiej walki o byt, czynników w wysokim stopniu oddziaływających wyczerpująco na układ nerwowy. Ostatecznie autor formułuje swoje zapatrywania tak:

1) Żadnego z powyższych czynników nie można uważać za przyczynę jedyną, konieczną; wszystkie mają wielki wpływ na powstanie wiądu.

2) Prawie we wszystkich przypadkach nadużycia czynnościowe i wyczerpanie nerwowe grają, obok danych warunków etjologicznych, rolę przyczyny dodatkowej, sprzyjającej mniej lub więcej rozwojowi choroby.

3) W większości przypadków etjologię wiądu można sobie przedstawić w sposób następujący: U chorego nerwowego, bądź wskutek dziedziczności, bądź wskutek nadużyć, bądź też obu czynników razem, zaziębienie, lub przymiot—albo też sprawa przymiotowa z gościcową jednocześnie—umiejscawiając się w rdzeniu, wywołują jego uwiąd. O. H.

II. Medycyna wewnętrzna.

229. Julius VIERHUFF. **O karbunkule kiszkowym u człowieka.** *Ueber Ant-rax intestinalis beim Menschen.* (Inaug. Dissertat. Dorpat, 1885).

Już dawni autorowie znali wtórną postać karbunkułu kiszkowego, zjawiającego się następczo po zarażeniu zewnętrznem; mniej znanemi za to są spostrzeżenia nad pierwotną postacią, występującą niezależnie od zewnętrznego ogniska w przewodzie pokarmowym po spożyciu mięsa zarażonych zwierząt. Tutaj odnoszą się wypadki opisane w przeszłem jeszcze studium przez Bertin'a, Enaux'a i Chaussier'a, a w tem przez Schwab'a, Wagnera, Carganico i innych. Pierwszy szczegółowy opis anatomo-patologicznych zmian znajduje się u Barez'a i Rayer'a. Znacznie później (1885) Virchow w swym podręczniku Specyjalnej Patolog. i Terapii nie przyjmuje wcale pierwotnej postaci kiszkowego karbunkułu, a Koranyi odrzuca jak pierwotną, tak i wtórną postać. W najnowszych czasach Waldeyer, Wagner, Bollinger i Müller szeregiem badań i doświadczeń na zwierzętach przyczynili się ostatecznie do rozjaśnienia i utrwalenia postaci pierwotnego karbunkułu kiszkowego.

Po tym historycznym wstępie autor podaje szczegółową bardzo kazuistykę, a następnie przechodzi do symptomatologii kiszkowego karbunkułu.

Okres wylegania (st. incubationis) trwa zdaniem wszystkich autorów od 2 do 3 dni; naturalnie odnosi się to tylko do pierwotnej postaci, gdyż przy wtórnej, będącej tylko powikłaniem istniejącego cierpienia, mowy o okresie wylegania być nie może.

Okresu zwiastunów w obu postaciach zauważyć nie można, gdyż w pierwotnej postaci objawy występują nagle z wielką gwałtownością, we wtórnej zaś objawy o-

gólnego zakażenia nie pozwalają na odróżnienie tego okresu.

W pierwotnym karbunkule kiszkowym chorzy uskarżają się na występujące nagle gwałtowne bóle brzucha i ogólne rozbiecie. Zjawia się gorączka, w niektórych razach dochodząca do 40°, ból głowy, zawrót, niepokój, pragnienie, brak apetytu, odbijanie, mdłości, najczęściej też zjawiają się wymioty, biegunka zaś w połowie tylko wypadków ma miejsce. Brzuch częściej wzdęty, rzadziej wciągnięty, bolesnym jest na ucisk. Przy opukiwaniu wykrywa się obecność płynu i w wielu razach powiększenie wątroby i śledziony. Błada i sucha z początku skóra, pokrywa się następnie obfitym potem, ciepota opada do normy lub niżej, występuje sinica, tętno wyczuć się nie daje, uderzenia serca stają się nieregularnemi i wśród objawów ciągle zwiększającej się zapaści chory umiera. Rzadko tylko zjawiają się wtórne pryszcze lub obrzęki i wynaczynienia karbunkułowe. Czasami na pierwszy plan występują objawy mózgowe: ból głowy, bredzenie, kurcze padaczkowe, szczękościsk, tęzec, wreszcie śpiączka i utrata przytomności, w innych zaś razach chory aż do samej śmierci zachowuje przytomność.

Czas trwania waha się między 20 godzinami i 6 dniami, u dzieci w parę godzin śmierć nastąpić może. Zejście zawsze jest śmiertelne, w wypadkach wyleczenia rozpoznanie prawdopodobnie było błędnem.

Przy wtórnym karbunkule kiszkowym objawy są mniej więcej te same, występowanie ich jednak nie jest tak gwałtownem i poprzedzanem bywa często objawami ogólnego zakażenia. Zejście najczęściej, lecz nie zawsze jest śmiertelnem.

Ze wszystkich podanych objawów najstalszym jest ból brzucha, występujący samoistnie i przy nacisku i przerywany od czasu do czasu napadami silnego rżnięcia. Po bólu brzucha najważniejszym objawem są wymioty i biegunka, zdarzające się częściej przy pierwotnej niż przy

wtórnej postaci. Biegunka występuje stale przy zajęciu dolnej części jejunum i kieszki biodrowej. Kał makroskopijnie nie charakteryzującego nie przedstawia, przy drobnowidzowym badaniu znajduje się mnóstwo swoistych (karbunkułowych) laseczników.

Co się tyczy anatomo-patologicznych zmian, to najczęściej ogniska karbunkułowe umiejscawiają się w kiszce czczej (jejunum), następnie w dwunastnicy, kiszce biodrowej i żołądku, najrzadziej zaś w kiszce grubej. Ogniska znajdują się najczęściej w miejscu przyłączenia kreski i w niektórych razach podobne są do tych, jakie widzimy na powłokach zewnętrznych. Gruczoly samotne często obrzmiewają.

Rozpoznanie pierwotnego kiszkowego karbunkułu nader jest trudnym i w wielu razach, zwłaszcza gdzie objawy mózgowie przeważają, wręcz niemożliwym. Ułatwia rozpoznanie obecność wtórnych ognisk na powłokach zewnętrznych, gdzie zaś ich brak, opierać się musimy na szczegółowo dokonanych wywiadach, na objawach, wreszcie na badaniu drobnowidzowym lub doświadczeniach na zwierzętach.

Rokowanie, jak to z powyższego wynika, nader jest niepomysłnym.

Leczenie trzy zadania ma do wypełnienia: 1) Starać się o wydalenie z ustroju zarażającego materjału. 2) Wrazie niemożności wydalenia go, przeciwdziałać jego rozmnożeniu. 3) Zwiększać według możliwości odporność ustroju. Dla wypełnienia pierwszego zadania, dajemy kalomel w dużych dawkach i rozcieńczone kwasy w znacznej ilości w celu wywołania obfitej wydzieliny moczu; drugiemu zadaniu czynimy zadosyć podając środki przeciwnie, z których najbardziej polecają kwas karbolowy sam lub z chininą. Leube radzi używać bardzo duże dawki kwasu karbolowego przez dni kilka. Trzecie wreszcie zadanie wypełniamy stosując chininę przy obecności gorączki i podtrzymując siły za pomocą energicznych

środków pobudzających. Obfite i wycieńczające biegunki wstrzymujemy lewatywami i kwasem garbnikowym i t. p.

Władysław Brüner.

230. Prof. SONNENBURG. **O zapaleniach tkanki łącznej przy moczówce cukrowej.** *Ueber die Zellgewebsentzündungen bei Diabetes-Kranken.* (Berl. Klin. Wochenschr. Nr. 33 i 34—1885).

Od niedawnego stosunkowo czasu zapalenia tkanki łącznej i zgorzel przy moczówce cukrowej stały się przedmiotem poważnych badań i zależność pierwszych od drugiej została stwierdzoną. Jakkolwiek wiadomem było, że przy cukromoczu często zdarzają się te cierpienia, uważano je jednak za przypadkowe. Dopiero w roku 1853 lekarz francuzki Marchal de Calvi, a po nim Wagner i Griesinger dowiedli na zasadzie licznych spostrzeżeń bezwarunkowego związku ich z moczówką cukrową. W r. 1880 Roser znowu zwrócił uwagę świata lekarskiego na te zagadkowe cierpienia, uważając je za zapalenia sui generis na tej zasadzie, że środki, zwykle z dobrym skutkiem używane przy rozmaitych zapaleniach tkanki łącznej, w tym razie nie wywierają żadnego działania. Prace Frerichs'a, Giron i innych rzuciły trochę światła na te szczególne formy zapaleń, które pomimo to pozostają jeszcze zagadką.

Najczęściej przy moczówce cukrowej napotykaemy czyraki (furunculus) i wągliki (antrax), niejednokrotnie jednak powstają tu i ostre rozlane zapalenia tkanki łącznej spostrzegane przeważnie na kończynach, jakkolwiek i inne części ciała mogą być ich siedliskiem.

Przebieg tych zapaleń bywa w niektórych wypadkach bardzo szybki, w innych jest przewlekłym. Charakterystycznym dla zgorzeli cukrzycowej jest to, że na długi czas przed zjawieniem się plam zgorzeliowych choroby doznają uczucia gwałtownego rwania w odpowiedniej kończynie. Okoliczność ta może służyć do odróżnienia zgorzeli dobrowolnej od cu-

krzycowej. Zapalenia, powstające na głowie, klatce piersiowej, szyi, w gardzieli, kończą się zwykle w krótkim czasie śmiercią przy objawach ogólnego zakażenia gnilnego.

Co się tyczy wieku, to, jak wiadomo, w młodszym jest osobnik, dotknięty cukrzycą, tem szybszy jest jej przebieg, tem wcześniej występują objawy, które tak łatwo prowadzą do śmierci. Między 25 a 30 rokiem życia zapalenia tkanki łącznej rzadko towarzyszą moczówce cukrowej, od 40 roku zdarzają się często, a w 50 i 60 roku życia stanowią zjawisko prawie powszednie. Za to w młodszym wieku (do 40 r.) zapalenia te częściej występują w formie ostrych, w-późniejszym zaś jak przewlekłe. Jednym słowem, im młodszy jest dany osobnik, tem powikłania te są rzadsze, ale groźniejsze i naodwrot.

Co się tyczy płci, to u kobiet-dyjabetyczek rzadziej spostrzegano zgorzel, aniżeli u mężczyzn, co Verneuil, Giron i Cantani przypisują umiarkowaniu w użyciu alkoholu.

Mniemanie, jakoby cierpienia te występowały bez żadnego widocznego powodu, jest fałszywe, gdyż drobne uszkodzenia, często nie zwracające uwagi chorego, mogą być przyczyną najcięższych zapaleń u dyjabetyków. Bliższą przyczynę powstawania ich widzi Kraske w grzybkach, jakie znajdują się w tkankach i cieczech dyjabetyków, w grzybkach, które dostają się tu zzewnątrz.

Ciecze te i tkanki bogate w cukier stanowią grunt bardzo dobry dla rozwoju tych ustrojów drobnowidzowych, które być może mają w sobie coś swoistego.

Przyczyną tak szybko rozszerzających się zapaleń tkanki łącznej przy cukrzycy dr. James Israël widzi w rozległej sprawie miażdżycowej tętnic (arteriosclerosis), jaką obserwował nietylko u starych, ale niejednokrotnie i u młodych dyjabetyków. Zresztą w tym względzie ważną też rolę gra mniejsza odporność ze strony ustro-

ju z powodu upośledzonego odżywiania, krążenia i t. d.

Rozpoznawanie natury tych cierpień ułatwia nam ich siedlisko. Najczęściej spotykamy w mowie będące zapalenia na kończynach dolnych, trudniejsze do rozpoznawania są te, które powstają na głowie, szyi i klatce piersiowej, a najwięcej trudności pod tym względem przedstawiają zapalenia występujące naprzykład pod postacią zapalenia gardła. Podobny wypadek opisuje autor. Sześćdziesięcioletni dyjabetyk skarży się na ból gardła i silną duszność. Autor konstatuje umiarkowane zaczerwienie błony śluzowej. Z powodu powiększającej się coraz bardziej duszności wykonaną była tracheotomija. Duszność trwa dalej, i po upływie dwóch dni chory umiera przy objawach ogólnego zakażenia gnilnego.

Dalej zwraca S. uwagę na szczególną formę zapaleń napletka i części płciowych. Przyczynę tych zapaleń, powstających na żołądki, łechtaczce i t. d., jak mniema Friedreich, stanowią grzybki, które zawsze znaleźć można w moczu dyjabetyków. Zapalenia te prowadzą u mężczyzn do stulejki nabytej (phimosi acquisite diabetica), która często uznawaną bywa za przymiotową.

Tak więc siedlisko zapalenia i obecność cukru w moczu ułatwia nam rozpoznawanie. Przy niektórych jednak sprawach zapalnych, a czasami nawet po zwyczajnem zaziębieniu, cukier z moczu znika. W takich razach rozpoznawanie powinno się opierać na szczególnym przebiegu tych zapaleń i na nieskuteczności środków, zwykle w podobnych wypadkach używanych.

Rokowanie w większości wypadków jest niepomyślne. Zapalenia z wolnym, przewlekłym przebiegiem, których siedliskiem są części obwodowe, dają lepsze rokowanie, niż występujące więcej dośrodkowo. Natężenie bólu ma w tym względzie także ważne znaczenie.

Środki lecznicze, którymi tak zwycięż-

ko walczymy przeciwko zapaleniom i zgorzeli, okazują się zupełnie bezsilnymi przy dyjabetycznych formach zapaleń. Wynika to ze swoistości gruntu, na którym rozwijają się wspomniane wyżej drobno-ustroje. Czy należy uważać cierpienia te za coś w rodzaju *noli me tangere*? Od rekoeczynów chirurgicznych, dopóki można, bezwarunkowo powinniśmy się powstrzymać przez wzgląd na zły przebieg ran u dyjabetyków. Zresztą rozstrzyga w tym względzie siedlisko zapalenia. Czyrak lub zgorzel na kończynie nie wymaga tak szybkiej interwencji chirurgicznej, jak to samo cierpienie gdziekolwiek na tułowiu, głowie, szyi i t. d. Jeżeli więc można obejść się bez noża, staramy się przez pozabawienie tkanek wody zamienić zgorzel wilgotną na suchą. Oto najważniejsze zadanie w leczeniu zapaleń u dotkniętych moczówką cukrową. Najlepszym w tym celu środkiem są proszki przeciwnilne: jodoform, tlenek cynku, naftalina, a także suche opatrunki watowe. Opatrunki te powinny być możliwie rzadko zmieniane. Jeżeli mamy przed sobą rozlane zapalenie tkanki podskórnej naprzykład na klatce piersiowej, zapalenie, szerzące się w kierunku ku szyi, lub zapalenie gardła z obrzękiem szpary głosowej, to naturalnie czekać z interwencją chirurgiczną nie będziemy. W wypadkach szybko postępującej zgorzeli kończyny trudno jest zawyrokować, czy amputacja w danym razie może ocalić życie choremu. Przy silnym bólu i wysokiej gorączce operacja nie przynosi żadnej korzyści; chory umiera przy objawach ogólnego zakażenia. W innych razach wkrótce po dokonaniu amputacji zgorzel występuje na pozostałej części kończyny, szerzy się coraz bardziej i znowu prowadzi do śmierci. Jednak i tu zdarzają się wyjątki, jak tego dowodzi przytoczony przez autora wypadek Mayer'a, w którym z powodu zgorzeli obu goleni, wykonane były z prawej i lewej strony amputacje. Rany zagoiły się prędko, przyczem znikł także cukier

z moczu. Ogólne prawidła postępowania przy zapaleniach u dyjabetyków trudno jest ustanowić; w każdym wypadku należy się kierować siedliskiem, rozległością zapalenia lub zgorzeli, ogólnym stanem, wiekiem i płcią chorego osobnika. Nader ważne znaczenie dla leczenia ma wczesne rozpoznanie natury tych cierpień: im wcześniej dochodzimy do wniosku, że towarzyszą one cukrzycy, tem łatwiej udaje się nam wyjść zwycięzko z walki z nimi.

W końcu autor zwraca uwagę na jeszcze jeden środek leczniczy, pod wpływem którego, jeżeli był tylko we właściwym czasie zastosowany, goiły się nie tylko drobne, ale i bardzo rozległe, groźne zapalenia. Środkiem tym jest dyjeta przeciwcukrzycowa. *Z. Srebrny.*

231. Dr. E. PEIPER. **Przekarmianie w suchotach płucnych.** *Die Ueberernährung bei der Lungenschwindsucht.* (*Deut. Archiv f. Klin. Med.* Bd. 37, H. 5).

Środki apteczne, używane w celu zwalczenia lasecznika gruźliczego i suchot, jak kw. karbołowy, kreozot, jodoform i t. p. nie okazały żadnych przekonywujących wpływów na rozwój sprawy, zanim przeto zostanie wynalezionym jaki środek swoisty najlepszą drogą pozostanie wzmocnienie ogólnych sił ustroju, bądź to wychodząc z zasady, aby przez polepszenie odżywiania zmienić grunt sprzyjający rozwojowi laseczników gruźliczych, bądź to mając zamiar zwalczyć tak zwane usposobienie gruźlicze, które jest wyrazem stale upośledzonego odżywiania całego ustroju, a w szczególności płuc.

Powszechnie prawie jednak przyjęta zasada w leczeniu suchot „odżywiania chorych o ile można“ napotyka na poważne trudności ze strony lichego zwykle i niewystarczającego łaknienia suchotników. Tymczasem ilość pokarmów stosownie do zwiększonych utrat powinna u tych chorych być odpowiednio zwiększoną, przewyższać nawet liczbę pokarmów potrzebną dla osób zdrowych.

W ostatnich czasach francuzcy leka-

rze Debove, za nim Dujardin—Beaumez wprowadzili przymusowe odżywianie suchotników (*Alimentation forcée*) a nawet przekarmianie ich. W celu zaś obejścia braku łaknienia a nawet wstrętu do jedzenia, Debove używał zgłębnika żołądkowego. Przytem zauważono, że trawienie u suchotników nie jest bynajmniej upośledzonym w stosunku do łaknienia i że ostatnie wraca w miarę postępu ogólnego wzmocnienia.

Ważne znaczenie ma wybór odpowiedniego materiału spożywczego. Debove posiłkuje się w tych celach proszkiem z suszonego mięsa, który przygotowuje się w następujący sposób: Drobnoposiekane mięso, pozbawione o ile można tkanki łącznej, rozsypuje się cienkimi warstwami na płytach blaszanych i suszy tak długo nad ogniem, dopóki kawałeczki nie dadzą się rozetrzeć w moździerzu na drobny proszek. Proszek ten trawi się bardzo łatwo i odpowiada potrójnej a nawet poczwórnej ilości na wagę surowego mięsa.

100 grm. proszku rozrobione pół litrem mleka podaje się chorym 2—3 razy dziennie przez zgłębnik żołądkowy. Można dodawać jeszcze jajka na miękko, tran, peptony. Nawet znaczne poruszenia gorączkowe i rozwolnienia nie stanowią przeciwwskazania dla omawianego sposobu. Autor przy stosowaniu go spotykał nieprzewyciężony wstręt u niektórych chorych co do zakładania sondy. Mówi o tem i Debove, który w takich razach uciekał się do przekonywania chorych do jedzenia. Udawało mu się to przy staraniach nawet u osób, które zrazu okazywały zupełny wstręt do pokarmów. Uczucie polepszenia staje się z czasem znakomitym sprzymierzeńcem lekarza i łaknienie powraca.

Ostatecznie autor znalazł, że przekarmianie udaje się najlepiej w ten sposób: Z początku chorzy dostają rano o 10-tej i popołudniu o 4-tej po pół litra letniego mleka z 25 grm. proszku mięsnego i paru

jajkami; po 2—3 dniach ilość proszku zwiększa się do 50 grm. i, w ten sposób postępując, dochodzi do 200 a nawet do 300 grm., w 3 lub 4 dawkach. Łaknienie podtrzymuje się rozmaitemi pobudzającymi środkami, mleko dla różnorodności zamienia się buljonem. Oprócz tego chorzy piją wino węgierskie i otrzymują pokarmy roślinne dodatkowe.

Dotąd autor posiada 14 spostrzeżeń. Codziennie sprawdzano zachowanie się ciężaru ciała i ilości płwociny (na wagę).

Rezultaty były o tyle zadawalniające, że zachęcają do dalszych prób. Chociaż w daleko posuniętym rozwoju suchoty nie można oczekiwać zatrzymania się sprawy i wyleczenia—to jednak życie chorych się przedłuża, a cierpienia ich znakomicie się zmniejszają.

Bardzo ważnym byłoby zastosowanie tego sposobu w przypadkach świeżych, początkowych, w tych możnaby się spodziewać o wiele poważniejszych wyników, dotąd jednak jeszcze nie ma odnośnych spostrzeżeń. *O. Hewelke.*

III. Chirurgija.

232. FISCHER. **O wynikach opatrywania cukrem.** (*Deut. Zeit. f. Chir.* 226, 3 i 4 H.).

Począwszy od kwietnia 1883-go roku w Strasburskiej klinice kwas karbolowy stale zastępowano sublimatem przy dezynfekowaniu ran. Później prof. Lücke zaczął w tym celu używać cukru. Najprzód używano mieszaniny cukru pół na pół z naftaliną, lub 1 część jodoformu i 10 części cukru; od października 1884 r. zaczęto opatrywać samym cukrem, używając cukru z jodoformem tylko przy procesach gruzliczych.

Dla dezynfekowania ran używano stale sublimatu (1 na 1000). Dzieci zwłaszcza, u których wrażliwość dłuższych operacyj nawet 1% roztwór kwasu karbolowego często wywoływał zapaść, znoszą bardzo dobrze sublimat. U dorosłych za to,

szczególnie przy obfitem użyciu sublimatu, spostrzegano podrażnienie dziąseł, raz nawet silne zapalenie bł. śluzowej dziąseł, które zresztą ustąpiło przy płókanu ust chloranem potasu. W 2 wypadkach wystąpiła krwawa biegunka, a w 1 nephritis haemorrhagica. Wskutek tego przy ranach przenikających (ropny otok opłucnej) oraz przy podrażnieniu nerek zaczęto używać mocnego roztworu nadmanganianu potasu. Jeżeli przy operacji użyto znacznej ilości sublimatu, to moczu operowanego zaraz na drugi dzień przedstawiał się zabarwionym na czerwono, nieco opalizującym i zlekka mętnawym. Ilość moczu była niezmienioną, ciężar gatunkowy nieco większym. Najczęściej 8 dnia po operacji moczu przybierał normalne zabarwienie. U dzieci tych zjawisk nie spostrzegano. Prof. Hoppe Seyler znajdował w takim moczu zwiększoną ilość urobilinu i jeszcze jakiś nieznaną barwnik, który dotąd nie udało się bliżej zbadać. Jako zalety sublimatu autor wskazuje na to, że drażni on ranę mniej od kwasu karbolowego i że prawdopodobnie zabezpiecza ją od zarażenia różą. Na 202 wypadki ran dwa razy tylko przyłączyła się róża i to w tym czasie, gdy wypadkowo jej w szpitalu było bardzo wiele. Do opatrunku używano cukru. F., badając wpływ cukru na płyny organiczne, stwierdził, że takowy powstrzymuje na czas nijaki rozwój mikroobów i że same płyny wskutek wytworzenia kwasu mlecznego otrzymują wprędce odczyn kwaśny. Temu to odczynowi przypisuje autor własność przeciwnie działającą cukru, ponieważ większość mikroorganizmów rozwija się tylko w płynach zasadowych.

Szczegóły operacji i opatrywania są następujące: na pół godziny przed operacją pogrążano narzędzia w 5% roztwór kwasu karbolowego, Ręce myto także roztworem tego kwasu. Spray'u używano tylko dla dezynfekcji sali przed większymi operacjami (laparatomia). Samą ranę obficie zlewano podczas operacji su-

blimatem (1 na 1000), a oczyszczano gąbkami. Gąbki świeże, zanim były użyte, wytrępywano z piasku, na całą noc pozostawiano w wodzie płynącej, a następnie w ciągu 8 dni trzymano w 5% kwasie karbol., zmieniając go co drugi dzień. Tak przyrządzone przenoszono do porcelanowych szczelnie zamkniętych słoików, których było tyle, by każdego dnia w tygodniu używać innego. Użyte podczas operacji gąbki myto w wodzie, przez kwadrans wygotowywano w roztworze mydła i sody, a następnie kładziono znów do kwasu karb. Gąbki użyte do ran zakażonych lub ropiących niszczone. Sączków używano gumowych. Nowe sączki myto dokładnie w wodzie, kładziono do 5% kwasu karb. i używano dopiero po 8 dniach. Przechowywanie sączków w sublimacie dla tego jest niedobrem, że w świetle ich wtenczas osadza się siarek rtęci. Przy małych ranach, szczególnie głowy, dla drenowania używano wązkich pasków silku, które na krótko przed użyciem zanurzano w kwasie karb. Używano także kościanych sączków Neuber'a, lecz te za prędko wsysały się, powodując zatrzymanie ropy. Szwy nakładano wyłącznie z jedwabiu, wygotowanego w ciągu 2 godzin w 5% roztworze kwasu karb. i zachowanego w nim następnie. Jedwab', przechowywany w sublimacie, często sprowadzał ropienie na miejscu szwów.

Po dokładnem zatamowaniu krwi, włożeniu sączków i zaszyciu, jeszcze raz prze-mywano ranę sublimatem i resztki płynu usuwano, mocno uciskając ranę gąbką. Na zaszytą ranę nakładano woreczek z cukrem, w razie zaś braku skóry, cukier wprost sypano na ranę. Dla przyrządzenia woreczka brano kawałek tekturki, pokrytej ceratką gumową; na niej kładziono podwójnie złożony kawałek muslinu odtłuszczonego i na muslin sypano cukier, rozprowadzając go ręką, by utworzyć warstwę 1/2 cent. grubą i najmniej 2 cent. sięgającą po za brzegi rany. Następnie brzegi muslinu zawijano i tak składano,

by pokryć niemi cukier. W ten sposób utworzony woreczek kładziono na ranę, pokrywano go grubą warstwą muślinu odtluszczzonego, ceratką gumową, brzegi opatrunku przykrywano watą i wszystko przymocowywano bandażem muślinowym. Dla odtluszczenia surowego muślinu należy go w ciągu 2 godzin gotować w 10 proc. roztworze sody i mydła, następnie dotąd prać w płynącej wodzie, aż utraci odczyn zasadowy. Tak przyrządzony muślin suszy się na słońcu lub w suszarni. Raz już użyty muślin można w ciągu 12 godzin wygotować w roztworze sody i mydła, wyprać i znów użyć do opatrunku.

Opatrunek z cukru można pozostawić bez zmiany w ciągu 8 do 14 dni. Wrazie małej wydzieliny cukier nie rozpuszcza się; wydzielina przenika równomiernie cukier w okolicy sączków, tworząc twarde bryłki wraz wysychania. Przy obfitszej wydzielinie cukier się rozpuszcza, występując po za brzegi opatrunku. W takich razach woreczek z cukrem przykrywano watą drzewną Bruns'a, nie nasycając jej jednakże sublimatem. Samo wystąpienie wydzieliny po za brzegi opatrunku nie jest jeszcze wskazaniem do jego zmiany. Należy tylko na to miejsce nałożyć nowy woreczek z cukrem, pokryć gazą i przymocować. Za wskazanie do zmienienia opatrunku należy uważać temperaturę 38° rano, choćby chory czuł się nawet dobrze.

Wogóle stan chorych po operacji w większości wypadków był prawie bezgorączkowym. Rzadko temperatura dosięgała wieczorem 39°, częściej podnosiła się tylko do 38 i paru dziesiątych na 2 i 3-ci dzień po operacji. Za regułą należy przyjąć, by pierwszy opatrunek przetrzymać bez zmiany, jeśli tylko można, 6—8 dni. Rana wtenczas wygląda dobrze, wydaje zapach przyjemny, przypominający cukrownię, gaza, lekko zlepiona ze szwami, odstaje jednak łatwo. Przy obfitszej tylko wydzielinie na skórze

może zjawić się wyprysk. Przy pierwszym opatrunku zdejmuję się szwy, skraca sączki i znów nakłada woreczek z cukrem.

Z ogólnej liczby 202 chorych, opatrywanych cukrem, umarło 5. W jednym wypadku po odjęciu sutki śmierć nastąpiła wskutek róży, jeden chory umarł wskutek nephritis haemorrhagica, jedna dziewczyna od posocznicy po amputacji in stadio septico. W dwóch innych wypadkach śmierć spowodowały suchoty.

Ponieważ ważniejszych złamań powikłanych nie było w okresie czasu, gdy używano opatrunku z cukru, autor główną uwagę zwraca na wyniki większych amputacji, których ogółem było 37. Z tych 2 ze śmierci, zejściem, a 31 dały połączenie bezpośrednie (per primam). W 3 wypadkach wystąpiły powikłania. W jednym wypadku po amputacji ramienia z przyczyny mięsaka, dokonanej przez studenta, nastąpiło ropne zapalenie wzdłuż naczyń. Zakażenie musiało tu powstać podczas operacji. Zagojenie po 57 dniach. W drugim wypadku, gdzie amputacji dokonano w tkankach obrzękłych ramienia (naskutek oparzenia), brzegi rany się rozeszły. W trzecim wypadku na przeszkodzie gojeniu się per primam stanęło zatrzymanie się ropy. Autor nie uważa tego za powikłanie, że w niektórych wypadkach brzegi rany nieco się rozeszły lub powstało trochę większe ropienie, gdyż łatwo to usuwał, zbliżając brzegi zapomocą pasków pokrytych collodium i zakładając sączek. Przeciętny czas gojenia przedstawia się tak w porównaniu z tem, co otrzymali inni:

	Ramię	Przedramię	Udo	Goleń	Stopa
Fischer ..	20 dni	16	22	19	29
Wölpler .	21	23	61	42	61
Oberst...	14—21	14—21	28—35	21—28	—
Balser ...	28	21	42—56	28—35	—
Neuber ..	22	22	28	28	—
Cramer ..	24	25	27	29	13

Chorych wypuszczano z raną zabliźnioną, bez przetok.

W 17 wypadkach przebieg gojenia był bezgorączkowy, w 11—wieczorna temperatura była podwyższoną przez dni kilka, w 9—przez dłuższy przeciąg czasu. Dłuższe trwanie gorączki spowodowanem było: w 3 wypadkach suchotami, w 1—ropieniem, wskutek rany postrzałowej miękkich części miednicy, w 1—krwawem zapaleniem nerek, w 1—zakażeniem rany i w 2—posocznicą. Z pomiędzy 37 amputacji 20 robili studenci. Przy operacji prawie zawsze używano bandażu Esmarch'a. Robiono amputacje zawsze sposobem kolistym, za wyjątkiem kilku wypadków, gdzie zrobiono z płatem przednim. Powierzchnię przepiłowania pokrywano małym płatem z okostnej, wyciętym od przodu i nie zakrywającym całej powierzchni. Kant kości gołeniowej ścinano. Szwy nakładano węzełkowe. Opatrunek z cukru i gazy przymocowywano bandażem myślinowym i płóciennym, by lepiej ucisnąć. Oprócz ran świeżych z korzyścią da się cukier zastosować do ran nieczystych, wrzodów i rozpadających się raków, po poprzednim obmyciu ich sublimatem. Nie nadaje się do użycia cukier tylko przy silnem ropieniu: ropnie, otok oplucnej i t. p., ponieważ zupełnie rozpuszcza się w obfitej wydzielinie.

B. Sawicki.

233. Berthold KORFF. **O wynikach wypiłowania stawów.** (*Deut. Zeit. f. Chir.* 27 Mai, 1885).

Autor zestawia 104 wypadki wypiłowania stawów, dokonanego w klinice-freiburgskiej przez prof. Maas'a w przeciągu czasu od r. 1877 do r. 1883. O stanie większości operowanych po wyjściu ich ze szpitala autor zasięgał wiadomości od lekarzy, którzy mieli możność widzieć ich później. Z pomiędzy 104 wypiłowań 3 dotyczyło stawu ramieniowego, 19—ł-

kciowego, 3—napięstkowego, 33—biodrowego, 33—kolanowego, 6—stopowego i 7—mniejszych stawów na kończynach. Odnosnie wieku dzielą się one w następujący sposób:

od 2 do 5 r.	12 wyp.	3 śmier.
„ 6 „ 10 „	20 „	2 „
„ 11 „ 15 „	18 „	8 „
„ 16 „ 20 „	20 „	9 „
„ 21 „ 25 „	10 „	2 „
„ 26 „ 40 „	19 „	8 „
„ 40 „ 58 „	5 „	3 „

W 29 wypadkach używano opatrunku ściśle listerowskiego z gazy karbolowej; w 53 wypadkach używano opatrunku listerowskiego z octanem glinu; nakoniec w ostatnich 22 wypadkach nakładano opatrunek stały z gazy sublimatowej. 1000 grm. takiej gazy zawierało w sobie 1 grm. sublimatu, 500 grm. soli kuchennej i 100 do 200 grm. gliceryny. W ostatnich czasach ilość sublimatu powiększono do 3—5 grm. Po dokładnem zdezynfekowaniu wypiłowanego stawu zapomocą 0,1 proc. roztworu sublimatu i po nałożeniu szwów, ranę przykrywano sitkiem, a następnie gazą sublimatową; na to kładziono ceratkę, z wierzchu watę sublimatową i wszystko przymocowywano bandażem. Bandażowano mocno, a przytem tak, by miejsce samej rany pozostawić wolnem: przez ceratkę wtenczas łatwo jest zobaczyć ilość i rodzaj wydzieliny, przenikającej przez gazę. Po skończeniu opatrunku usuwano wąż Esmarch'a, zawieszano członek operowany na 12 godzin, opatrunek zaś pozostawiano bez zmiany 4 tygodnie i dłużej. Operowano pod spray'em; ceratkę w ostatnich czasach z opatrunku usunięto. Zestawiając wyniki, otrzymane przy każdym z trzech wyżej przytoczonych rodzajów opatrywania, autor podaje następującą tablicę:

	Ramię		Łokieć		Napię- stek		Biodro		Kolano		Stopa		Mniej. stopa		Suma	
	wyp.	um.	wyp.	um.	wyp.	um.	wyp.	um.	wyp.	um.	wyp.	um.	wyp.	um.	wyp.	um.
Typ. lister.	0	0	6	2	2	2	4	3	8	5	5	3	4	0	29	15
List. z oct. gl. . .	2	0	10	5	0	0	19	10	19	5	0	0	3	0	53	20
Stały sublimat. .	1	0	3	0	1	0	10	3	6	1	1	0	0	0	22	4

Ztąd widzimy, że pierwszy okres dał 52% śmiertelności, drugi—38%, a trzeci — 18%.

Z pomiędzy 39 śmiertelnych wypadków w 34 śmiertelne zejście spowodowała gruźlica, w 2 posocznica (septicaemia) istniejąca już w czasie operacji, w 1—róża, w 1—zapalenie płuc charłaczce po porażeniu błonicowem. Z pomiędzy zmarłych na gruźlicę w 7 wypadkach rana po wypiłowaniu była już zagojona; w 2 wypadkach, gdzie wypiłowanie nie dało pożądanego wyniku, dokonano odcięcia, a w 1—wyluszczenia kończyny.

Typowy listerowski opatrunek na 29 chorych dał 14 wyzdrowień; z tych w 1 wypadku kończyna stała się nieużyteczną, a w 1—trzeba było ją odciąć po upływie 4 lat.

Listerowski opatrunek z octanem glinu na 53 wypadki dał 33 wyzdrowienia; z tych w 4—kończyna stała się prawie zupełnie nieużyteczną, w 1—trzeba było dokonać jeszcze osteotomiję, a w 1—amputację.

Stały sublimatowy opatrunek na 22 wypadki dał 18 wyzdrowień; z tych w 1—kończyna niezdołną jest do dłuższej pracy i ciągle tworzą się nowe przetoki, w dwóch zaś innych wypadkach trzeba było dokonać amputacji. W końcu autor odpiera twierdzenie König'a i Volkman'a, jakoby po wypiłowaniu stawu kolanowego u dzieci do lat 14, kończyna później, pomimo zagojenia zupełnego, wykazywała się wciąż coraz bardziej.

Z pięciu wypadków wypiłowania stawu kolanowego u dzieci, trzy przedsta-

wiają obecnie niewielkie zgięcie, jeden nieznaczny zwrot nazewnątrz i jeden—położenie prawie normalne. We wszystkich wypadkach operowani wciąż się posługują operowanymi kończynami zupełnie swobodnie. Operacji tych dokonano przed 6—2 laty.

Dr. Sawicki.

234. VERNEUIL. **Sprawozdanie z dwóch epidemii róży obserwowanych w szpitalu „Pitié“ w Paryżu.** (*Revue de Chirurgie*, Nr. 7—1885).

Verneuil, badając w dwóch epidemiach sposób powstawania i rozszerzania się róży w oddziałach chirurgicznych, przyszedł do następujących wniosków:

Istnieje pokrewieństwo pomiędzy zapaleniem naczyń limfatycznych (lymphangoitis) a różą. Epidemije bowiem tych dwóch chorób często po sobie następują, a nawet często panują razem, co miało miejsce i w oddziałach chirurgicznych w „Pitié“.

Obie epidemije róży wybuchły wskutek przybycia z miasta do oddziału osób cierpiących na różę. W pierwszej epidemii wkrótce po wstąpieniu na salę chirurgiczną mężką chorego z różą na głowie, spostrzeżono sześć po sobie następujących wypadków róży; w drugiej po wstąpieniu chorej cierpiącej na różę ręki, zachorowały cztery operowane.

Jakim sposobem nastąpiło w tych wypadkach zakażenie i dla czego nie wszystkie chore operowane dostały róży, ale tylko wspomniana liczba? Dla wyjaśnienia tego ostatniego faktu Verneuil przypuszcza rodzaj usposobienia u pewnych osobników, warunkującego się stanem o-

gólnym chorego, odżywianiem i siłami, z zakażonych bowiem tylko u trzech osób stan ogólny był zadawalniający, inne były to osobniki albo słabe, albo cierpiące na alkoholizm i t. d.

Najlepszy grunt do rozwoju chorobotwórczych organizmów, stanowią rany świeże, świeżo otwarte ogniska ropne, i wreszcie każda ranka, zdrapanie ziarniny. Co się tyczy rozprzestrzeniania się zarazy, to Verneuil za roznościcieli mikroorganizmów uważa:

- 1) Powietrze.
- 2) Personel obsługujący chorych, a nareszcie
- 3) Narzędzia.

W powietrzu otaczającym chorego na różę, zawieszony jest zarazek pod postacią mikroorganizmów, które się tam dostały z ubrania i części otaczających zakażone ognisko. Bezwątpienia więc te mikroorganizmy przy ciągłym ruchu powietrza przenoszone są i osiadają na ubraniu i ciele chorych, znajdujących się w bliskości. W ten sposób można wytłumaczyć zarażenie się chorych znajdujących się w jednej sali, albo w salach łączących się bezpośrednio z miejscem pobytu chorego na różę, ale jak wytłumaczyć zachorowanie na różę chorego, znajdującego się w sali przedzielonej podwórzem od poprzedniej, co miało miejsce w czasie pierwszej epidemii. Tu winni są lekarze, a najbardziej dozorcynie i posługacze, którzy muszą po kilka razy dziennie odwiedzać chorych, przechodząc kilkakrotnie, jak dozorcynie, od chorych na różę do innych operowanych, poprawiając posłanie, rozdając lekarstwa. Osoby te, nie dotykając się nawet chorego, mogą na ubraniu swem przenosić mikroorganizmy, które z powietrza na niem osiadły.

Co się tyczy instrumentów, to małą bardzo rolę przypisuje im Verneuil przy przenoszeniu zarazki, co tembardziej jest niemożliwem przy ostrożnościach zachowywanych teraz w czasie opatrunków.

Trudno jest bardzo, jak widzimy z wyżej powiedzianego, zapobiedz rozszerzeniu się zarazy, jeżeli raz przybył na salę chory z różą. Jedyne sposoby uniknięcia tego niebezpieczeństwa widzi Verneuil w zupełnem odosobnieniu chorego na różę nie tylko zaraz po przybyciu takowego do szpitala, ale również przez cały ciąg pobytu.

J. Garbowski.

IV. Pedjatrjja.

235. Dr. Max RUNGE (o. Professor für Geburtshülfe, Frauen- und Kinderkrankheiten und Director der Frauenklinik an der Universität Dorpat). **Choroby noworodków.** *Die Krankheiten der ersten Lebensstage.* (Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1885. Str. VI, 207). Streścił M. ZWEIFBAUM. (*Dalszy ciąg.* Patrz Nr. 18).

II. Choroby rany pępkowej.

Rozdział ten autor poprzedza dość szczegółowemi wiadomościami z anatomii i fizjologii pępka i sznurka pępkowego.

Budowa anatomiczna trzech naczyń sznurka pępkowego jest bardzo charakterystyczna. Ściany ich są grube i odznaczają się nadzwyczajnem bogactwem włókien mięśniowych. Tunica media posiada włókna koliste i podłużne. Błony wewnętrznej elastycznej (intima) brak zupełnie. Endotelium pokrywa bezpośrednio błonę mięśniową. Różnice w grubości ścian żyły i tętnic są mniejsze aniżeli w innych częściach ciała.

Wszystkie trzy naczynia nie mają na całym przebiegu żadnych rozgałęzień, żadnych też naczyń odżywczych (vasa vasorum) i nerwów. Odżywianie więc naczyń odbywa się krwią przez nie krążącą.

Tam, gdzie sznurek wnika do pępka, znajduje się dość złożony układ naczyń. Naczynia tętnicze, pochodzące z przedniej ściany brzusznej, z pęcherza i z wątroby, tworzą zespolenie obrączkowe (anastomosis), otaczające pępek, czyli tak zwaną obrączkę tętniczą (circulus arteriosus um-

bilicalis), leżącą w tkance łącznej podotrzewnowej i tworzącą siatkę naczyńową w błonie zewnętrznej (adventitia) naczyń pępkowych brzusznych. Gałązki, wychodzące z tej obrączki, przenikają przez otwór pępkowy i przez linię białą do tkanki podskórnej pępka, zamieniają się tu w naczynia włosowate i tworzą delikatną obwódkę na samej granicy skóry pępka.

Reszta sznurka pępkowego, która pozostała przy dziecku, ulega zeschnięciu i odpada pod wpływem zapalenia odczynowego, poczynającego się od obwódki naczyńowej, otaczającej pępek. Usychanie to sznurka dokonywa się drogą zgorzeli suchej (*mumificatio*), która nie jest sprawą żywotności, lecz zależy jedynie od warunków zewnętrznych, w których się sznurek znajduje. Wysoka ciepłota i suchość usposabiają do zgorzeli suchej, wilgoć i ograniczony dostęp powietrza przeskadzają parowaniu wody z galarety i prowadzą do zgorzeli mokrej (gangraena).

Zgorzel poczyna się na końcu sznurka i postępuje z góry na dół aż do pępka. Piątego dnia zwykle się kończy. Sznurki zawierające dużo galarety usychają powolniej, aniżeli te, które jej mają mało. Trzymanie dziecka w suchości przyspiesza zasychanie, trzymanie zaś w wilgoći (w pieluszkach zanieczyszczonych moczem) przeszkadza mu i usposabia do gnicia.

Że usychanie sznurka nie jest zależnem od życia dziecka, dowodzi doświadczenie następujące. Jeśli w tym samym opatrunku, obok sznurka pępkowego, który trzyma się jeszcze dziecka, pomieścić kawałek uciętego sznurka, to część ta zeschnie się w ten sam sposób, jak i część przytwierdzona do pępka, ponieważ znajduje się w tych samych co i ona warunkach fizycznych.

Że rodzaj zgorzeli zależy jedynie od warunków zewnętrznych, dowodzi doświadczenie następujące. Dwa jednakowe kawałki świeżego sznurka pępkowego umieszczamy w ten sposób, że jeden za-

wieszamy swobodnie na powietrzu, drugi w zamkniętej szklance. Już drugiego dnia Nr. 1 zaczyna się ściągać, Nr. 2 pęcznieje. Szóstego dnia Nr. 1 jest zupełnie zeschnięty i bez zapachu, Nr. 2 jest napęczniały, cuchnie, a na dnie szklanki znajdujemy ciecz brudną, śmierdzącą.

Błędne pojęcie o tem, że usychanie sznurka pępkowego przychodzi do skutku jedynie przy życiu dziecka, doprowadziło do błędnego poglądu, że zgorzel sznurka dowodzi bytu życia pozamacicznego; pogląd ten do roku 1871 powtarzał się we wszystkich podręcznikach medycyny sądowej.

Po odpadnięciu sznurka pępkowego pozostaje powierzchnia pokryta ziarniną t. zw. *rana pępkowa*, która powoli się zabliznia, a jednocześnie naczynia pępkowe ulegają zaschnięciu. Światło żyły pępkowej zamyka się przez zlepienie śródbłonkowe (endotheliale Verklebung) i samo naczynie zamienia się w ligamentum teres. Tętnice także się zamykają wskutek rozrostu ściany wewnętrznej.

Zwykły sposób obchodzenia się ze sznurkiem pępkowym polega na tem, że się go obwija w czystą szmatkę płócienną i umocowuje ponad pępkiem na brzuchu zapomocą powijaka. Przewiązkę zmieniać należy dwa razy dziennie, unikając wszelkiego szarpania sznurka i dotykania pępka. Należy też unikać zmożenia opatrunku moczem, a ewentualnie często zmieniać opatrunek. Po odpadnięciu sznurka kładzie się na ranę pępkową płatek zmaczany w oliwie, który zmieniać należy dwa razy dziennie, aż do zupełnego zagojenia się rany.

Co się tyczy kwestyi, kiedy najwłaściwiej dokonać podwiązania i przecięcia sznurka pępkowego, to autor radzi wybrać drogę pośrednią i ani za wcześnie (zaraz po narodzeniu), ani zbyt późno (dopiero po wydaleniu łożyska), nie przystępować do tej czynności. Radzi mianowicie podwazywać po upływie 2—3 minut po narodzeniu, kiedy tętno w sznur-

ku ustało zupełnie albo znacznie osłabło. Tym sposobem bowiem pewna ilość krwi ze sznurka pępkowego przechodzi do ustroju dziecięcia, a według badań Poraka dzieci takie w pierwszych dniach po narodzeniu więcej przybierają na wadze, aniżeli te, którym za wcześniej lub zbyt późno podwiązano sznurek pępkowy.

Po odpadnięciu sznurka pępkowego zapalenie odczynowe pępka powinno się stopniowo zmniejszać i rana prędkiej czy później zabliznić. Jeśli zaś przeciwnie zapalenie się wzmacnia, to rana taka nie goi się wcale, lecz powiększa się, wydziela śluz i ropę w znacznej ilości. ślimaczy się, pokrywa nalotem i zamienia się wreszcie w *owrzodzenie*. Po największej części przyczyną wzmożenia się zapalenia jest *zakażenie* rany, które nie koniecznie dopiero po odpadnięciu sznurka przychodzi do skutku. Przeciwnie, najcięższe i najczęstsze zakażenia powstają w czasie kiedy sznurek jeszcze się trzyma pępka i tylko w części się oddzielił.

W razach *opóźniającego się gojenia rany* pępkowej, *leczenie* polegać winno jedynie na stosowaniu opatrunku z płatka zmaczanego w 2% roztworze kwasu karbолоwego albo jakiegokolwiek środka ściągającego — z uwzględnieniem czystości. Wrazie podejrzenia na zakażenie miejscowe rany, autor radzi stosować opatrunek salicylowy. Ranę posypuje się *mieszanką kwasu salicylowego z mąką* (1 : 5) i pokrywa kawałkiem waty. Przy kąpieniu dziecka nie należy oddalać przystającego do rany pokładu proszku salicylowego, który stanowi doskonały opatrunek przeciwnilny.

Owzrodzenie pępka nigdy nie powoduje śmierci, dopóki pozostaje cierpieniem miejscowym; na stan ogólny wpływać zaczyna wtedy dopiero, gdy się sprawa dalej rozprzestrzenia na naczynia pępkowe, albe też na tkanki obok leżące, wywołując zapalenie naczyń, zapalenie pępka (omphalitis), zgorzel pępka albo zapalenie otrzewny.

Przy *leczeniu* owrzodzeń należy postępować ściśle według zasad antyseptyki. Luźno wiszące strzępki tkanek należy od wrzodu odciąć, a wrzód sam przemyć słabym roztworem kwasu karbолоwego. Następnie należy zastosować opatrunek salicylowy (1 : 3). Wszelkie przyżegania są zbyt ciężkie, a często szkodliwe. Dziecię należy kąpać codziennie.

Grzyb pępkowy (Fungus umbilici, sarcomphalus, Nabelschwamm). Jest to narośl, wyrastająca ze środka lub z brzegu rany pępkowej, która wskutek opóźniającego się gojenia pokryła się ziarniną. Ziarnina rosnąc coraz bardziej, daje początek narośli. Jest to więc guz czysto ziarninowy (*granuloma*), mający postać grzybka, najczęściej nóżką opatrzony, wielkości poziomki lub maliny. W obecności grzyba rana pępkowa albo trudno bardzo, albo wcale się nie goi, wciąż wydzielając ciecz surowiczo-ropną. Niekiedy jednak można widzieć u dorosłych narośle takie zupełnie zagojone, siedzące na bliźnie pępkowej, jako pozostałość po grzybie pępka.

Na stan ogólny dziecka grzyb pępkowy żadnego wpływu nie wywiera.

Leczenie. Codzienne przyżeganie lapisem i opatrunek salicylowy wystarczają w zupełności. Po kilku dniach grzyb znika i rana goi się prędko pod opatrunkiem przeciwnilnym. Przy odcinaniu guza nożyczkami widział autor krwotoki, wymagające przypalań żelazem rozpalonem albo opatrunku uciskającego. Podwiązanie guza jest odpowiedniejszym aniżeli odcinanie.

Od guzów ziarninowych należy odróżnić guzy nazwane przez Küstner'a gruczolakami (*adenomata*), przez Kolaczka zaś śluszniej *Enteroteratomami*. Guzy te składają się głównie z gładkich włókien mięśniowych i z licznych gruczołów rurek, wysłanych nabłonkiem cylindrycznym. Koleczek guzy te poczytuje za częściowe wypadnięcie niezanikłego przewodu żółtkowego (Dottergang) przez nie-

zarośniętą obrączkę pępkową. Guzy te rzadziej się przytrafiają aniżeli ziarniniaki. Leczenie ich według Küstnera polegać winno na podwiązaniu i odcięciu.

Zapalenie pępka (Omphalitis). Jest to zapalne nacieczenie (phlegmone) ściany brzusznej, otaczającej pępek, cierpienie dość rzadkie, przylączające się do zapalenia odczynowego, wywołującego odpadnięcie sznurka pępkowego.

Objawy. Skóra otaczająca pępek jest zaczerwieniona i stożkowato podniesiona. Na wierzchołku wzniesienia znajduje się pępek, rzadko już zablizniony, częściej raną albo owrzodzeniem pokryty. Wzniesienie to pochodzi od nacieczenia w ścianie brzusznej, którego rozmiary bywają rozmaite tak wokoło pępka jak i w głębi ściany brzusznej, sięgać bowiem może aż do otrzewny.

Silne zapalenie pępka wpływa ujemnie na stan ogólny. Dziecko gorączkuje, nie chce ssać i jest niespokojne. Z powodu bólu trzyma nóżki stale silnie przyciągnięte do brzucha.

Cierpienie to rozpoczyna się w drugim albo trzecim tygodniu życia i trwać może dni kilka do kilku tygodni. W lżejszych przypadkach zwykle następuje wyzdrowienie już to drogą wessania, już to przez ropienie.

W przypadkach głębiej się rozprze-strzeniających wyleczenie bywa radsze. Śmierć może nastąpić wskutek zapalenia otrzewny albo ogólnego zakażenia gnilnego (sepsis), lub też zgorzeli pępka.

Przyczyna tego cierpienia leży w złem obchodzeniu się z raną pępkową i we wtórnem jej zakażeniu po odpadnięciu sznurka, zwykle w czasie, kiedy naczynia pępkowe są już zamknięte.

Leczenie. Czystość i delikatne obchodzenie się z pępkiem prawie napewno ochroniają od zapalenia. Jeśli zapalenie już istnieje, należy na ranę położyć opatrunek salicylowy, pokryć go kawałkiem papieru gumowego i następnie na części zapaleniem zajęte stosować okłady hy-

dropatyczne, stosownie do potrzeby zmieniane częściej lub rzadziej. Unikać należy przytem wody zimnej, która może spowodować zgorzel pępka. Okłady te wpływają na złagodzenie bólów i przyspieszają wessanie. Jeśli jest skłonność do przejścia w ropienie, to ropień należy wczesnie przeciąć. Przy poczynającej się gangrenie należy zwrócić szczególną uwagę na antyseptykę i pobudzać czynność serca przez podawanie wina i eteru. Przy gorączce należy dziecku podawać często pokarm, ewentualnie flaszkę zastąpić mamką. Zatwardzenia nsuwać przez zadawanie olejku rycynowego i lewatyw. Przy silnem zapaleniu należy zaniechać codziennych kąpieeli.

Zgorzel pępka powstaje z rany, owrzodzenia lub zapalenia pępka, albo też przychodzi do skutku w ciężkich cierpieniach zakaźnych, zwłaszcza przy posocznicy i cholery u dzieci.

Jako cierpienie miejscowe nie często się zdarza. Zanik ogólny i niedojrzałość płodu, a także niedbałe pielęgnowanie usposabiają do zgorzeli. Cierpienie to rozpoczyna się od brzegu rany pępkowej, który ciemnieje, rozpada się i pozostawia utratę substancji, albo też tworzy się, zwłaszcza przy zapaleniu pępka, pęcherz z mętną zawartością, który pęka i pozostawia utratę substancji. Część zgorzelinowa otoczona jest dokoła skórą zaczerwienioną, uległą zapaleniu odczynowemu.

Zgorzel prędko posuwa się dalej po powierzchni albo też sięga w głąb tkanek.

Gorączka rzadko towarzyszy temu cierpieniu, prędko zapaść jest tu prawidłem.

Wyleczenie, które bardzo rzadko się zdarza, odbywa się na drodze zapalenia odczynowego. Dziecię umiera najczęściej z wyczerpania sił. Niekiedy sprawa rozprze-strzenia się dalej i zając może $\frac{2}{3}$ części ściany brzusznej, albo też przenika w głąb i wywołuje zapalenie otrzewny albo zgorzel kiszki z jej przedziurawieniem. Widerhofer widział przypadek stolca nie-

prawidłowego (anus praeternaturalis), jako następstwo zgorzeli pępka i przedziurawienia kiszki.

Niekiedy następstwem zgorzeli jest zakażenie ogólne, posocznica, rozprzestrzeniająca się przez otrzewną albo przez naczynia pępkowe.

Częściej zdarza się, że zgorzel pępka występuje jako objaw wtórny ogólnego zakażenia gnilnego.

Zgorzel wtórna może być także następstwem ostrego zapalenia kiszek (cholera infantum), nie tylko u noworodków lecz i u dzieci kilkumiesięcznych i charakteryzuje się prędkim przebiegiem i zupełnym brakiem zapalenia odczynowego.

Rokowanie w przypadkach zgorzeli wtórnej jest zawsze fatalne. W zgorzeli miejscowej jest wątpliwe i zależy od stanu sił żywotnych dziecka. Brak zapalenia odczynowego dokoła zgorzeli stanowi znak niepomyślny.

Leczenie przedewszystkiem powinno mieć na celu podniesienie sił dziecka i przeszkodzenie dalszemu rozprzestrzenieniu się zgorzeli. Wskazane więc są środki pobudzające, jak wino, eter i odpowiednia dyjeta. Leczenie miejscowe powinno sprzyjać oddzielaniu się strzępków zgorzelinowych, przy czem należy postępować według zasad antyseptyki. Przez przyżeganie można przyspieszyć zniszczenie i oddzielenie się części zgorzelinowych, a także powiększyć zapalenie odczynowe, poczem można zastosować opatrunek salicyłowy. Jeśli zaczerwienienie odczynowe jest nieznaczne, to Widerhofer radzi takowe wzbudzić zapomocą przyżegań kolistych, do czego używa się lapisu albo półtorachlorku żelaza.

Choroby naczyń pępkowych.

Badania lat ostatnich wykazały, że każde zapalenie tętnic i żyły pępkowych rozpoczyna się jako *periarteriitis* i *periphlebitis*. Przedewszystkiem bowiem zapaleniu ulega tkanka łączna okołonaczyniowa, a mianowicie surowiczemu nacieczeniu, przez co pęcznieje i przyjmuje

własności tkanki galaretowatej. Następnie sprawa zapalna przechodzi na błonę zewnętrzną naczynia (*adventitia*), wskutek czego następuje porażenie warstwy mięśniowej i rozszerzenie jego. Zmiany te w naczyniu wywołują zakrzep krwi (*thrombus*), który rozpada się, skoro sprawa zapalna zajęła całą ścianę naczynia. Tak więc zakrzep i rozpad jego jest sprawą wtórną, nie zaś pierwotną, jak to dawniej błędnie mniemano.

Tym sposobem upada także dawny pogląd, że w chorobach naczyń pępkowych substancja zakaźna prądem krwi przez naczynia krwionośne zostaje przeniesiona do innych narządów ustroju. Najprawdopodobniej naczynia limfatyczne tkanki łącznej są przenośnikami substancji zakaźnej.

Dawniej utrzymywano, opierając się na błędnej teorii o pierwotnym zakrzepie, że zapalenie tętnic pępkowych, jako naczyń odśrodkowych, jest cierpieniem lekkim, miejscowym, podczas gdy zapalenie żyły pępkowej, jako naczynia dośrodkowego zawsze prowadzi do ropnicy. Doświadczenie lat ostatnich wykazało, że zapalenie tętnic jest cierpieniem o wiele groźniejszym, ponieważ częściej się zjawia, aniżeli zapalenie żył i również prowadzi do ropnicy. Częstość tę zapalenia tętnic autor tem stara się wyjaśnić, że pokład łączno-tkankowy, otaczający tętnicę, jest prawie dwa razy grubszy, aniżeli warstwa tkanki łącznej, obejmującej żyłę pępkową, i z tego powodu sposobność do rozprzestrzenienia się zakażenia jest dokoła tętnic większą aniżeli przy żyłach.

Zapalenie tętnic pępkowych.

(*Arteriitis umbilicalis*).

Anatomija. Tętnice pępkowe, zawsze prawie na całej swej przestrzeni od pępka do pęcherza, przedstawiają się jako powrózki zgrubiałe, sztywne, zwykle brunatno zabarwione. Błona zewnętrzna (*adventitia*) jest zgrubiała i silnie unaczyniona, powierzchnia wewnętrzna naczynia jest zmętniała, często nierówna, pokryta

zółto-zieloną ropą; niekiedy w naczyniu, bliżej pęcherza, znaleźć można skrzep (thrombus), silnie do ściany przystający. Tkanka łączna, otaczająca tętnicę, jest obrzmiała i galaretowato nacieczona.

Najczęściej zmiany te dotyczą obu tętnic jednocześnie. Niekiedy sprawa zapalna ogranicza się do połowy albo trzeciej części tętnicy.

Rozszerzenie naczynia bywa rozmaite i nie stoi w żadnym prostym stosunku do natężenia sprawy zapalnej w tkance łącznej okolonaczyniowej.

Rana pępkowa raz przedstawia owrzodzenie, pokryte strupami, to znowu ma wygląd zupełnie prawidłowy, albo może być nawet zupełnie zablizniona. Jeśli sznurerek pępkowy trzyma się jeszcze na pępku to jest najczęściej zupełnie zaschnięty, rzadziej zgniły i cuchnący.

W innych narządach spotkać można zmiany natury septycznej, zależne bezwątpienia od choroby naczyń pępkowych. Najczęstszem powikłaniem jest zapalenie płuc i opłucny. Zdarza się jeszcze rozrost i rozmiękczenie śledziony, mętne obrzmienie wątroby i nerek i zapalenie otrzewny surowiczo-włóknikowe albo ropne, cierpienie stawów i zapalenie okostny, wreszcie zapalne nacieczenie tkanki łącznej podskórnej i ropnie podskórne. Widziano także różę, jako powikłanie. Silna żółtaczka zależy od śródmiąższowego zapalenia wątroby. Płuca są często dotknięte niedodmą częściową.

Z tych zmian anatomo-patologicznych widać jasno, że zapalenie tętnic pępkowych jest chorobą septyczną, biorącą swój początek z rany pępkowej i prowadzącą po największej części do ropnego zakażenia całego ustroju.

Cierpienie to nabytem zostaje dopiero po narodzeniu (zewnątrzmaciczne). Autor widzi wyraźne podobieństwo tej sprawy do zapalenia okołomacicznego połogowego, które początek swój bierze z rany szyi macicznej, dotkniętej zakażeniem.

Objawy. Zapalenie tętnic pępkowych

nie zdradza się żadnemi szczególnemi objawami. Z obrazu klinicznego nie podobna za życia rozpoznać zapalenia tętnic. Najczęściej śmierć zjawia się niespodzianie. Dziecię zdawało się być zupełnie zdrowem. Nagle staje się niespokojnem, nie chce ssać i przy objawach zapaści umiera. Nagła ta zmiana i prędkie zejście naprowadzają podejrzenie otrucia. Sekcja wykazuje jednak zapalenie tętnic pępkowych. Niekiedy na ranie pępkowej można spostrzegać owrzodzenie.

Rzadziej zdarza się przebieg przewlekły. Wtedy objawy ogólnego cierpienia są wyraźne. Dzieci gorączkują i wśród objawów zapaści, upadku odżywiania i ogólnego wyniszczenia powoli zamierają. Szczególnych objawów, zdradzających zapalenie tętnic nie ma i tu zupełnie, tembardziej, że zwykle wtedy rana pępkowa przedstawia się zupełnie prawidłowo, albo zdradza nieznaczne objawy zapalenia lub wreszcie jest już zupełnie zablizniona. Jeśli jednocześnie istnieje owrzodzenie pępka, wtedy cierpienie ogólne można postawić w zależności od głęboko sięgającego cierpienia pępkowego. Takie jednak przypadki przewlekłego przebiegu zapalenia tętnic z jednoczesnem owrzodzeniem pępka, są bardzo rzadkie.

Bednar i Widerhofer utrzymują, że posiadają niezawodny objaw rozpoznawany dla zapalenia tętnic pępkowych. Przez lekkie uciskanie brzucha palcem w kierunku od spojenia łonowego do pępka, można według nich zawsze wycisnąć ze światła naczyń ropę albo posokę, co ma być charakterysty cznem dla zapalenia tętnic. Według autora nawet przy silnem naciśnięciu nie zawsze udaje się wycisnąć ropę z naczyń, ponieważ tętnice nie zawsze są wypełnione ropą płynną; jeśli zaś jednocześnie z zapaleniem tętnic istnieje i owrzodzenie pępka, to wtedy ropa wyciśnięta najczęściej pochodzi z zagłębień i fałd owrzodzenia, nie zaś z tętnicy.

Cierpienia innych narządów, towarzyszące zapaleniu tętnic pępkowych, same

przez się często przedstawiają znaczne trudności do rozpoznania. Rzadko naprzykład u małych dzieci udaje się rozpoznanie rozrzuconych ognisk zapalenia płuc. Według autora zapalenie otrzewny w pierwszych dniach życia nie jest łatwe do rozpoznania. Żółtaczka może być po prostu objawem fizjologicznym u noworodków (icterus neonatorum). Zapalne nacieczenie tkanki łącznej podskórnej i rośnie podskórne, przy istniejącem jednocześnie zapaleniu pępka, pozwalają przypuszczać, że choroba pępka jest natury septycznej.

Szczękościsk i tężec nie są wcale tak częstym zjawiskiem przy zapaleniu tętnic pępkowych, jak to niejednokrotnie mniemano.

Początek zapalenia tętnic pępkowych przypada zwykle na pierwsze dni życia dziecka. *Przebieg* jest zwykle krótki, zdarzają się jednak i przypadki przewlekłe.

Rokowanie. Jakkolwiek zapalenie tętnic pępkowych zwykle kończy się śmiertelnie, to jednak zdarzają się, nie liczne co prawda, przypadki wyzdrowienia, mianowicie u dzieci donoszonych. Płody niedojrzałe prawie bez wyjątku umierają na zapalenie tętnic.

Przyczyny. Zakażenie septyczne rany pępkowej przed albo po odpadnięciu sznurka pępkowego, jest główną przyczyną zapalenia tętnic pępkowych; tem się tłumaczy dla czego choroba panuje przeważnie w instytutach położniczych i w domach podrzutek, podczas gdy w praktyce prywatnej jest rzadkiem zjawiskiem.

Zakażenie to może przyjść do skutku na dwojakiej drodze: albo przez t. zw. samozakażenie przy gniciu sznurka pępkowego, albo też z zewnątrz przy dotykaniu rany nieczystymi palcami, narzędziami, przy podwiązywaniu sznurka pępkowego, przy opatrywaniu pępka i przy kąpaniu dziecka w nieczystej wodzie.

Substancyje zakaźne mogą pochodzić:

1) z pępka dziecka zakażonego,

2) od położnicy uległej zakażeniu septycznemu,

3) z prawidłowych albo cuchnących odchodów położowych zdrowej zresztą położnicy.

Leczenie. Zasada się głównie na zabezpieczeniu (prophylaxis) rany pępkowej od zakażenia. W tym celu należy sznurek pępkowy ochronić od gnicia przez suche utrzymanie dziecka i pępownicy (suchy często zmieniany opatrunek, najlepiej z waty). W przypadkach epidemii chorób naczyń pępkowych, radzi autor stosować opatrunek salicyłowy.

Aby zabezpieczyć ranę od zakażenia z zewnątrz, należy starać się o przestrzeganie zasad jaknajściślejszej antyseptyki przy podwiązywaniu sznurka, opatrywaniu rany i kąpaniu dziecka.

W rzadkich przypadkach rozpoznanego za życia zapalenia tętnic pępkowych, usiłowania nasze muszą pozostać bezowocnymi. Dobry pokarm i małe dawki alkoholu w celu podtrzymania sił, opatrunek salicyłowy rany pępkowej — oto jedyne środki, jakimi możemy rozporządzać. Autor ostrzega przed przyżeganiem pępka jako środkiem szkodliwym. (d. c. n.)

MISCELLANEA.

236 **Partenina.** „Raccogliore Medica“ podaje wzmiankę o alkaloidzie tej nazwy otrzymanym przez chemika włoskiego Carlo Ubrici z *parthenium hysterophorum* i posiadającym własność obniżania ciepłoty. Alkaloid ten przedstawia się w postaci czarnych, błyszczących łusk, łatwo kruszących się na proszek szarej barwy. Smak posiada osobliwy, nie gorzki, ale przyjemny aromatyczny. W wodzie ciepłej rozpuszcza się. Łatwo znoszony bywa przez żołądek w dawkach nie przewyższających 30 gr. Dr. Towar używał go w wielu wypadkach zamiast chininy i wyraża się z uznaniem o jego działaniu przeciwo-gączkowem. (The Medic. Record).

237 Dr. Laker. **Ueber multiples Vorkommen von Taenia solium beim Menschen.** (Deut. Arch. f. Kl. Med. Bd. 37, H. V).

Dawne zapatrywania, jakoby tasiemiec u człowieka był rzeczywiście soliterem, t. j. spotykał się tylko pojedynczo — dziś prostowane są przez znaczną liczbę spostrzeżeń. 2—3 tasiemce u jednego

osobnika nie stanowią wielkiej rzadkości. Autor jednak miał sposobność widzieć przypadek rzeczywiście wyjątkowy: Kobieta, hypochondryczka, wydalila po użyciu prostego czyszczącego środka dwa wielkie kłęby tasiemca, z których jeden przyniosła do oględzin. Przy badaniu okazało się, że kłęb ten składa się z pozwijanych i posyplanych w nierozwiązalny węzeł początkowych części tasiemca z 59 główkami. Wszystkie posiadały haczyki i sy-sawki, rozmiary były wogóle małe, niektóre główki były niezupełnie rozwinięte.

238 Splenotomija i wskazania dla jej wykonania.

Że zwierzęta pozbawione śledziony (wskutek obrażeń) mogą pozostać przy życiu, jest faktem, który był znany w starożytności. Arystoteles i Plinusz byli tego zdania, że organ ten nie jest niezbędnym dla życia, w nowszych też czasach wielu autorów stwierdza ten pogląd.

Ostatniemi czasy Zésas („Langenbeck's Archiv“, Bd. XXVIII) i Winogradoff („Wracz“, 1883 i „Revue de Chirurgie“, 1885) ogłosili rezultaty nader starannych doświadczeń z wycięciem śledziony u niższych zwierząt. Pierwszy zauważył u królików po wycięciu śledziony wzrastanie ilości i wielkości białych ciałek krwi z jednoczesnym ubywaniem oraz zmniejszeniem się czerwonych (zmiany te w 10-tym tygodniu dochodziły do maximum) gruczoły kreskowe i w niektórych razach chłonne podoboczykowe były powiększone; w 2 wypadkach wątroba też była przerostą. Drugi znalazł także same zmiany u psów, gruczoły limfatyczne okazały się powiększonymi o 6% do 26% w stosunku do wagi zwierzęcia.

U ludzi z powodu urazu wycięto śledzionę 18 razy, z powodu chorób 37, razem 55 razy. Po splenotomii z przyczyn traumatycznych we wszystkich przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. Po operacjach wykonanych z powodu chorób 29 wypadków zakończyło się śmiercią i 8 wyzdrowieniem (około 21%).

H. Gilson („Revue de Chirurgie“, April, 1885) podaje lepszy rezultat. Wycięcia śledziony dokonano z powodzeniem: 2 razy z powodu torbielaków, 2 razy z powodu ruchomości śledziony, i raz z powodu mięsaka limfatycznego (lymphosarcoma). Wyłuszczone też śledzionę z powodu białaczki 19 razy i tylko i raz udatnie (Franzolini w Turynie, 1885); białaczka więc, jak się zdaje, stanowi przeciwwskazanie dla splenotomii. Z powodu przerostu śledziony, niezależnego od białaczki, wykonano splenotomiję 12 razy, z tych 2 razy z powodzeniem.

Wskazania dla wycięcia śledziony są następujące: traumatyzm, wędrująca śledziona, torbielaki i pierwotny przerost śledziony. Co do pacjentów którzy pozostali przy życiu po splenotomii, istnieje

tylko 5 historyj chorób, wszelako te są tak niedokładne, że nie upoważniają do żadnych pozytywnych wniosków odnośnie wpływu tej operacji na ustrój człowieka.

Dla wykonania splenotomii najwłaściwszem jest cięcie środkowe. Nie masz tu specjalnej techniki, ale stosować się należy do prawideł, wskazanych w chirurgii brzucha. Największe niebezpieczeństwo stanowi tu krwotok.

Najnowsze poglądy fizjologiczne w omawianej kwestyi ogłoszone zostały przez prof. Aleks. Taubera z Warszawy w jednym z tegorycznych numerów „Virchow's Archiv“. Wnioski Taubera na mocy doświadczeń i obserwacji klinicznych są następujące:

- 1) Śledzionę należy uważać za jeden z głównych zbiorników krwi, wycięcie jej przeto wywiera znaczny wpływ na krążenie, jak widać z występującego wkrótce po splenotomii napływu krwi do wątroby, nerek i specjalnie gruczołów limfatycznych.
- 2) Nie ma fizjologicznego powinowactwa między gruczołem tarczycowym i śledzioną.
- 3) Zwierzę w średnim wieku znosi splenotomiję daleko lepiej niż zwierzę stare, skłonniejsze do krwotoków w następstwie.
- 4) Zwierzęta, pozbawione śledziony, mogą rodić żywe potomstwo, posiadające śledzionę.
- 5) Wycięcie śledziony nie wpływa ujemnie na funkcje trawienia i odżywiania.
- 6) Pó wycięciu śledziony zwierzę staje się bezkrwistem, względna i rzeczywista ilość białych ciałek znacznie wzrasta, podczas gdy ilość i wielkość czerwonych ciałek zmniejsza się.

(The Medical Record).

B. P.

239 Dr. R. Fleischer. O zmianach, jakim ulegają różne związki rtęciowe w ustroju zwierzęcym. (D. Med. Woch. Nr. 36, 1885).

Pomiędzy rozmaitemi związkami rtęciowymi, używanymi w praktyce lekarskiej są niektóre, które pomimo, że się w wodzie nierozpuszczają, wywierają skuteczny wpływ na ustrój zwierzęcy. Do nich należy kalomel, którego działanie w organizmie objaśniają rozmaicie. Buchheim i Oettingen sądzą, że kalomel zamienia się w rozpuszczalny białkan rtęci, a Voit jest zdania, że z kalomelu tworzy się sublimat. Doświadczenia autora doprowadziły go do następujących wniosków:

- 1) Kalomel w obecności chlorku sodu zamienia się w sublimat, przyczem oddziela się część rtęci ($2 \text{ HgCl} = \text{HgCl}_2 + \text{Hg}$).
- 2) Temperatura ciała sprzyja tworzeniu się sublimatu.
- 3) Ilość sublimatu jest małą, lecz wyraźnie daje się oznaczyć.
- 4) Kwas solny (0,25%) zamienia bardzo nie-

znaczłą ilość kalomelu w sublimat, a 0,4% działa silniej.

5) Przy zetknięciu się jodku potasu z kalomelem tworzy się podwójna sól: jodek rtęci i jodek potasu i metaliczna rtęć. Podwójna ta sól rozpuszcza się w nadmiarze jodku potasu, w wodzie rozszczepia się zaś na nierozpuszczalny jodek rtęci i jodek potasu.

6) Tlenek rtęci tworzy z chlorkiem sodu sublimat i wodan sodu.

M. H.

240 **Hydrastis canadensis**—roślina kanadyjska, oddawna znana w Ameryce, jako środek przeciwgorączkowy i toniczny. Massini zaleca extr. fluid. tej rośliny przy bólach żołądkowych i uporczywym zaparciu stolca, a Schatz przy krwotokach macicznych nawet wówczas, gdy wyskrobanie błony śluzowej macicy pozostaje bez skutku. Schatz podawał ten środek nietylko podczas krwotoków, ale i w przerwach w dawkach po 20—30 kropel 3—4 razy dziennie. S. sądzi, że hydrastis wywołuje skurcz naczyń i w następstwie zmniejszenie przyływu krwi do organów płciowych.

(*Cor. Bl. f. Sch. Aer.* 15 sierp. 1885).

Sprawozdania z Towarzystw lekarских.

PSYCHIJATRYJA

czyli nauka o chorobach umysłowych.

Skreślił dr. med. A. Rothe.

Staraniem wydawnictwa „Gazety lekarskiej“ wyszło w tych dniach dzieło pod powyższym tytułem, opracowane przez znanego na polu psychiatrii badacza. Szan. autor w przedmowie zaznacza, iż przedsięwziął pracę swą głównie celem zapoznania lekarzy praktycznych z nauką mającą tak liczne zastosowania w życiu praktycznym. Z jednej bowiem strony wczesne rozpoznanie istniejącego już lub też spodziewanego obłąkania, z drugiej liczne przypadki badań sądowo-lekarskich, w których ekspertyza psychiatryczna od każdego lekarza jest wymagalną—aż nadto tłumaczą potrzebę i pożytek podobnej pracy w literaturze krajowej. Ostatnia posiada wprawdzie już wydaną w roku zeszłym Psychiatrię prof. Płaskowskiego, dzieło obszerne, obejmujące cały obszar nauki o chorobach umysłowych, owoc długoletniej pracy i doświadczenia, lecz zapoznanie się z niem przedstawia dla początkującego pewne trudności. Tylko praca mniejszych rozmiarów, podręcznik, jakim jest rozbierane przez nas dzieło, może wprowadzić ład w chaos postaci psychiatrycznych, poczem dopiero studjum obszerniejszego dzieła, jakim jest psychiatria prof. Płaskowskiego może być pożyteczną, bowiem dobrze zrozumianą. W literaturze niemieckiej widzimy to samo:

obok poważnych dzieł Schüle'go, Krafft-Ebing'a, Arndt'a pojawiły się w ostatnich czasach mniejsze podręczniki, jak: Kraepelin'a i Neuman'a. Zadaniem podręcznika jest przedstawić zwięźle i treściwie pewniki naukowe, nie wdając się w krytykę poglądów, ani cytowanie rozlicznych źródeł. W nauce zagmatwanej i niejasnej, jaką jest dotąd psychiatria, jest to zadanie wcale niełatwe, a podjęcie się jego zasługuje na szczerze uznanie. Faktem jest, iż jeśli porównamy dzieła psychiatryczne powyżej wspomniane, a w ostatnim dziesięcioleciu wydane, okaże się, iż każde z nich przedstawia odrębną klasyfikację, a w każdym wypadku dostatecznie wymotywaną i prawdopodobną; klasyfikacja zaś przedstawia bezwątpienia główne jądro danej pracy. Dowodzi to naocznie, jakie trudności ma do pokonania autor dzieła psychiatrycznego, aby rozliczne postaci chorobowe ująć w odpowiednie naukowe karby. Wobec tej różnorodności poglądów klasyfikacyjnych, krytyka dzieła psychiatrycznego dotychczas winna nietylko przyjętego przez autora systemu, ile dokładnego scharakteryzowania przyjętych postaci chorobnych. Zanim dotknę się najważniejszej tej kwestyi w rozbieranem przez nas dziele, opiszę w krótkości treść jego.

Po przedmowie, w której sz. autor przedstawia doniosłość dokładnego rozumienia psychiatrii dla każdego lekarza, następuje treściwy rys historyczny nauki o chorobach umysłowych. Następny rozdział autor poświęca psychofizjologii, t. j. rozbiera czynności umysłowe w stanie prawidłowym jak: pamięć, zespoleenie wyobrażeń, wolę, uczuciowość, rozum i t. p. Rozdział 3-ci obejmuje chorobowe zamienione czynności umysłu jak: złudzenia i omamy, przywidzenia, wyobrażenia błędne, zmiany pamięci i zboczenia w sferze woli. W następującym 4-tym rozdziale autor opisuje stany umysłowe mające pewne podobieństwo do obłąkania. Tu odnoszą się: złudzenia myślowe u ludzi zdrowych, oryginalność, marzenia śpiącego, bredzenia gorączkowe, podchmienie, lunatyzm i hypnotyzm. Rozdział 5-ty poświęcony jest przyczynom obłąkania tak usposabiającym jak i przypadkowym, a pomiędzy nimi autor szczególne znaczenie przypisuje dziedziczności, konstytucji nerwowej, chorobom mózgu, nadużyciom płciowym i otruciu wyskokowemu.

W następującym rozdziale sz. autor zajmuje się rozpoznawaniem obłąkania, rozbiera objawy zapowiadające jak: ból głowy, uczucie zmysłowe przytłumione lub podniecone, zaburzenia snu i t. p.; opisuje postaci pierwotne obłąkania, t. j. depresyjną i ekscytacyjną, dalej formy przejściowe wtórne, wreszcie osłabienie lub stępienie umysłowe. W końcu rozdziału podaną jest charakterystyka obłąkania u człowieka z mózgiem normalnym i z mózgiem upośledzonym—różniczkowe rozpoznanie nerwic od zwyrodnienia umysłowego według Krafft-Ebing'a.

Następnie idą rozdziały właściwej psychiatrii klinicznej, przedstawiające charakterystykę oddzielnych postaci chorobowych. Do pierwotnych postaci zaliczają się: zaduma, szaleństwo i stępienie umysłowe pierwotne. Zadumą czyli melancholią autor oznacza stan chorobowy, odznaczający się ogólnym i długotrwałym nastrojem uczuciowości z charakterem smutnym, przygnębionym. Jest to rozstrój bolesny w znaczeniu umysłowym, niedostatecznie lub zupełnie nie umotywowany powodami zewnętrznymi, rozstrój mogący dojść do przygnębienia lub też zupełnego zahamowania czynności umysłowych. Zaduma bywa bierną (mel. passiva, attonita) i czynną (m. activa). Nacechowawszy różnicę kliniczną obu postaci, sz. autor podaje 3 własne spostrzeżenia, ilustrujące jego zapatrywania. Szaleństwem (mania) autor nazywa samopoczucie podniecone w charakterze nastroju wesołego, w połączeniu z niezwykle ułatwionym przebiegiem funkcji umysłowych, mia nowicze z niepohamowaną dążnością do działania, czynów. Szaleństwem gwałtowne (m. furibunda) jest tylko wyższym stopniem opisanej postaci chorobowej; odmianę zaś szybko przemijającą tej ostatniej stanowi t. zw. mania transitoria, acutissima. Dwa spostrzeżenia autora objaśniają teoretyczne wywody. Pod nazwą otępienia umysłowego pierwotnego (Dementia acuta i diopatica) sz. autor rozumie nagle lub powoli rozwijające się osłabienie władz umysłowych, nie poprzedzone żadną z powyższych postaci chorobowych. Forma ta jest uleczalną; dopiero niedawno zwrócono na nią uwagę.

Jeśli zaduma, szaleństwo lub otępienie pierwotne nie kończą się wyzdrowieniem, jeśli przygnębienie lub podniecenie powoli znikają, natomiast utrwalają się wyobrażenia błędne, to mamy do czynienia z obłąkaniem przejściowym ogólnym, z formami wtórnymi. Rozprzężenie władz umysłowych nie bywa tu zupełnym; pewne utrwalające się błędne wyobrażenia (idées fixes) górują tu, po za czem myślenie odbywa się logicznie, stąd nazwa obłąkania częściowego (monomania). Błędne wyobrażenia noszą albo charakter wielkości lub też prześladowania—zjad powstają odmiany tej postaci chorobowej. Rokowanie jest tu już mniej pomyślnem; kilka spostrzeżeń uzupełniają charakterystykę.

Formą krańcową wymienionych powyżej postaci chorobowych jest stępienie umysłowe (dementia)—mniej lub więcej zupełne zniszczenie czynności psychicznych. I tu odróżniają się: otępienie z pobudzeniem czyli czynne i apatyczne czyli bierne—różnica między nimi jest jasna. Tutaj też odniesieniem zostało otępienie starcze (d. senilis).

Następujący rozdział XI poświęcił sz. autor opisowi bezwładu ogólnego postępowego (Dementia paralytica, Paralysis progressiva). Jest to według autora anatomicznie przewlekłe rozlane zapalenie opon mózgowia i istoty korowej, klinicznie zaś cho-

roba przewlekła mózgu, bez objawów gorączkowych, ze zбочeniami czynnościowymi w sferze naczynioruchowej, umysłowej i ruchowej, z przebiegiem postępowym, kończąca się śmiercią. Po opisie okresu zwiastującego, autor odróżnia 3 odmiany tej choroby: 1) połączoną z szaleństwem gwałtownym z ideami wielkości; 2) tło stanowi zaduma hypochondryczna; 3) okres zwiastujący przechodzi w otępienie umysłowe. Odmiany te przechodzą częstokroć jedna w drugą. Objawy tak psychiczne jak somatyczne poddane są szczegółowej analizie, którą uzupełniają na końcu dwa własne spostrzeżenia autora.

W rozdziale XII-ym sz. autor opisuje drugą grupę zбочen umysłowych, t. j. obłąkanie powstałe skutkiem upośledzonego rozwoju mózgu czyli umysłowe zwyrodnienia. Do zбочen tych, rozwijających się na tle konstytucji neuropatycznej, należy przedewszystkiem obłąkanie ogólne pierwotne (primäre Verrücktheit). Forma ta niedawno dopiero została nakreślona; powstaje ona u ludzi dziedzicznie usposobionych lub mających mózg upośledzony, treść jej stanowią wyobrażenia i idee błędne, noszące cechę przygnębienia lub podniecenia, a stąd powstawanie idei prześladowczych, urojonej wielkości i t. d. choroba rozwija się powoli i ma charakter stały, t. j. nie doprowadza do otępienia umysłowego. Rozmaite odmiany tu odnoszące się, są: pieniaństwo obłąkane (Querulantenwahn), obłąkanie religijne, obłąkane erotyczne płciowe, obłąkane pierwotne z wyobrażeniami przymusowymi, oraz z obawą przestrzeni (Agoraphobia). Formę równoważącą z obłąkaniem pierwotnym stanowi t. zw. obłąkanie ogólne uczuciowe (Folie raisonnante), mające kilka odmian; forma ta odznacza się mieszaniną przytomności umysłowej i chorobliwej nieświadomości: chorzy niewinniają i tłumaczą swoje czyny zdrożne, co nie przeszkadza im działać i czuć nierozsądnie; pomimo to zdolni są myśleć logicznie. Do tejże grupy należą: obłąkanie obyczajowe (Moral insanity), obłąkane padaczkowe z rozmaitemi odmianami, obłąkane historyczne i obłąkane perjurydyczne.

W następujących 2-ach rozdziałach sz. autor zajmuje się kwestyjami psychiatrii praktycznej. Tutaj przedstawionym jest dokładnie takt postępowania z obłąkanymi, mający na względzie zniesienie wszelkich momentów rozdrażniających chorego. Nie ulega wątpliwości, iż umiejętny sposób zachowania się lekarza i otoczenia względem chorego stanowi już cenny środek leczniczy. Oględność i ostrożność w postępowaniu z chorym, opieka łagodna lecz stanowcza, bezwarunkowy spokój umysłowy, szkodliwość zwalczania złudzeń zmysłowych i błędnych wyobrażeń i z drugiej strony potakiwania tychże, wczesne leczenie i umieszczenie w zakładzie—oto główne zasady postępowania. Dalej autor opisuje warunki przyjmowania obłąkanych do szpitali warszawskich, niemniej podaje najodpowiedniejsze za-

kłady prywatne zagraniczne. Wraz z umieszczeniem chorego w zakładzie koniecznym jest przedstawienie całego przebiegu życia chorego t. zw. anamnezy, służącej do skutecznego leczenia. Następnie autor traktuje o postępowaniu krewnych i powinowatych względem chorego, pomieszczonego w zakładzie i radzi widzenie się z chorymi zastosować do zezwolenia lekarza, pisanie zaś listów uważa za szkodliwe dla chorego, wreszcie mówi o wypisywaniu z zakładu i rozwodzi się nad koniecznością ustanowienia opieki nad wychodzącymi z zakładów dla obłąkanych.

Następujące 3 rozdziały poświęca autor leczeniu chorób umysłowych. W pierwszym mówi o leczeniu zapobiegającym i leczeniu w pierwszym początku choroby, gdzie przedstawia ogólne metody leczenia i postępowania jak: wołoleczenie, elektryczność i rozbiera cały arsenał środków specyficznych. Osobny rozdział poświęcony jest sposobowi leczenia psychicznemu, w którym sz. autor daje cenne wskazówki postępowania z chorymi dla lekarzy rzadko spotykających się z podobnymi wypadkami. Następnie autor podaje metody leczenia choroby umysłowej zupełnie rozwiniętej, jako to: leczenie zadumy, szaleństwa, obłąkania ogólnego, bezwładu postępowego i t. p. W ostatnim wreszcie rozdziale autor mówi o obłąkaniu udawanem (simulatio) i utajonem (dissimulatio), przyczem uważa symulację za bardzo rzadko się zdarzającą; w zakończeniu podaje krótki plan zakładu dla obłąkanych.

Z powyższego widzimy, iż rozbierane dzieło zaznajamia czytelnika nie tylko z grupami postaci psycho-patologicznych, lecz daje też wskazówki postępowania z chorym wszystkim będącym z nim w styczności; nosi ono charakter czysto praktyczny. Jest to główna zaleta pracy d-ra Rotheho, który jako doświadczony kierownik zakładów dla obłąkanych, wyłożył w niej owoc swych długoletnich obserwacji na polu psychiatrii praktycznej. Ta część też pracy, traktująca o postępowaniu z chorymi, urządzeniu zakładów, leczeniu ogólnem i psychicznem, opracowaną jest stosunkowo obszerniej i przedstawia dla lekarza praktycznego obfite źródło danych, z których mu nieznanych. Co się zaś tyczy części dzieła opisującej formy chorobowe, t. zw. psychiatrii klinicznej, to dział ten przedstawionym jest zwięzle; oddzielne postaci chorobowe scharakteryzowane są dobitnie, aby nie spowodowały zmagmatowania tak łatwego w tej zawilej nauce. Owa zwięzłość i krótkość w opisie poczytane być winny również za zasługę dzieła, które ma na celu dać jasne pojęcie o rzeczy, nie wdając się w krytyczne wywody i utrudniające zestawienia i powtarzania. Co do naukowego stanowiska tegoż działu psychiatrii, przejawiającego się w klasyfikacji postaci chorobowych, jest ono bezwarunkowo postępowe.

W tym ostatnim kierunku istnieją także różne odroczenia, że wspomniemy o klasyfikacji Schüle'go, Krafft-Ebing'a lub Arndt'a. Rozdział chorób umysłowych na 2 duże grupy: nerwice i zwyrodnienia umysłowe przypomina klasyfikację po części Schüle'go, głównie zaś Krafft-Ebing'a. Klasyfikacja w dziele prof. Płaskowskiego może być nazwana psychologiczną, ta zaś w rozbieranej pracy—anatomiczną. Obłąd krótkotrwały prof. Płaskowskiego jako samoistna postać nie została uznana przez d-ra Rotheho. Obłąkanie pierwotne u prof. P. zaliczona została do działu manii, tutaj zaś zajmuje ono niezależne stanowisko jako postać zwyrodnienia umysłowego. Na inne różnice już zwraca uwagi nie będę, gdyż dla uwydatnienia ich i porównania rozmaitych klasyfikacji należałoby poświęcić więcej czasu i miejsca. Dzieło d-ra Rotheho jest cennym nabytkiem dla lekarzy nieobznajmionych z psychiatrią i może ich z łatwością wprowadzić w możliwość właściwego i skutecznego postępowania lekarskiego. Napisane językiem przystępnym, czyta się ono z łatwością i osiąga przez to cel, jaki postawił sobie sz. autor.

A. Rosenthal.

Wiadomości bieżące.

— **Pierwszy numer miesięcznika „Zdrowie“**, poświęconego higienie publicznej i prywatnej, a redagowanego przez kol. Polaka, wyszedł w tych dniach i przedstawia się bardzo dobrze. Obok urozmaiconej treści przyjemne wrażenie robi bardzo staranna strona zewnętrzna: czysty i czytelny druk oraz piękna litografia.

— **Urząd lekarski m. Warszawy** rozstał okólnik z odbitką „O wynikach badania różnych środków przeciwnilnych“, dokonanego przez komisję, w której skład wchodził: Rz. R. S. Eichwald oraz d-rowski chemii Pel i Sneider.

Komisja zbadała 14 z więcej używanych środków przeciwnilnych. Głównie miano na względzie dezynfekcję mas kałowych, to też i badania robiono przeważnie z ciałami o odczynie kwaśnym. Najlepszym środkiem przeciwnilnym okazało się połączenie roztworów sublimatu, chlorku cynku i kwasu karbolowego. Wstrzymuje ono rozkład kału nawet po upływie 60 dni.

Do praktycznego użytku bardzo nadaje się postać proszków, pomyślana przez dr. Pela, a mianowicie.

1) 20 cz. chlorku cynku, 1 cz. sublimatu 5 cz. kupnego 100% kw. karbolowego i 35 cz. proszku krzemowego albo 10 cz. opiółków drewnianych.

2) 25 cz. siarczanu miedzi, 1 cz. sublimatu, 5 cz. kw. karbolowego, 12 cz. pr. krzemowego albo 4 cz. opiółków drewnianych.

Komisja sądzi, że środki te mogą być używane tylko w domach zarażonych lub podejrzanych

i to przez osoby specjalnie do tego przeznaczone, nie należy zaś ich dawać do rąk publiczności.

Komisja nie wierzy w pożytek dezynfekcyj, jako środka ogólnego, mającego na celu zdezynfekowanie wszystkich odchodów ludzkich i zwierzęcych. Byłoby to bezużytecznym marnotrawstwem. Dla celów publiki, gdyby w celu swego spokoju, chciała dezynfekować mieszkania, można polecić jakibądź środek przeciwnilny—kwaśny—zwłaszcza jeden z podanych wyżej proszków lecz bez sublimatu.

Ważniejszą o wiele rzeczą będzie polecenie czystości i wywożenie jak najszybsze odchodów.

— **W celu ograniczenia syfilisu po wsiach**, dokąd go bardzo często przynoszą i rozszerzają urlopowani żołnierze, ministerjum spraw wewnętrznych wydało rozporządzenie do wszystkich gubernatorów, aby wszyscy urlopowani żołnierze niższej rangi, zanim udadzą się do domu, byli badani w miejscowych szpitalach miejskich.

(*W. S. Dielo*, Nr. 35).

— W Berlinie zmarł 30 sierpnia **dr. Börner**, redaktor najlepszego z niemieckich tygodniowych pism lekarskich „*Deutsche Medicinische Wochenschrift*“.

— Francuska izba deputowanych odnowiła istniejące za pierwszego cesarstwa prawo **nagrody za siódme dziecko**. W tym celu wyznaczono 400,000 franków. Pleć dziecka jest obojętną.

(*The Sanitary Rec.* 15 sierpnia).

— **Przyjemny kolega**. Dr. Q. w Belgii, powszechnie szanowany i ceniony, wezwany do chorego dziecka z raną łydki, zapisał mu 20 grm mąki ręcznej do wcierania i 0,5 grm. kalomelu do wewnątrz. Po trzech dniach wezwany został inny lekarz. W kilkanaście dni później dziecko umiera; ordynujący jako przyczynę wskazuje środki ręczne poprzednio podawane. Ekspertyza sądowo-lekarska nie znalazła żadnych danych potwierdzających oskarżenie. Spotwarzony dr. Q. przedstawił rzecz tę do osądzenia stowarzyszeniu lekarzy w Charleroi a zarazem rozpoczął akcję cywilną przeciw swemu oszczercy.

Stowarzyszenie w Ch. orzekło po osądzeniu faktów, jednogłośnie, że lekarz, który tak niegodnie postąpił względem d-ra Q., nigdy nie zostanie przyjętym do stowarzyszenia, trybunał zaś cywilny skazał go na zapłacenie drowi Q. 4,000 franków.

„*Progrès Méd.*“ (Nr. 37), z którego czerpiemy tę wiadomość, a my za nim, wygłasza swoje „*pium desiderium*“, oby ta surowa i sprawiedliwa nauczka utkwiła dobrze w pamięci pewnym kolegom.

— **Kobiety-lekarki w Anglii**. Żaden ze szpitali londyńskich oprócz „*The Royal-free-Hospital*,

Grays Inn Road“ nie pozwala, aby kobiety pełniły w nich czynności ordynatorów. Ztąd to tak wiele angielek udaje się do Paryża na zajęcie szpitalne.

Pomimo to liczba uczennic w „*London school of medicine for women*“ zwiększa się. Wiele kobiet nie znajdujących powodzenia w Anglii, szuka kariery w Indyjach. (*Le Progrès Méd.* 38).

— **Międzynarodowy kongres lekarski w Ameryce**. Na ostatnim międzynarodowym zjeździe lekarzy w Kopenhadze, komisja wyznaczona przez amerykańskie Towarzystwo lekarskie zaprosiła lekarzy europejskich na przyszły zjazd do swego kraju (w r. 1887 w Washingtonie). Zaproszenie to wygłoszone zostało w imieniu lekarzy amerykańskich. Ponieważ rzeczona komisja, korzystając z przysługującego jej prawa powiększenia ilości członków, wysyłania zaproszeń etc., przyłączyła do swego grona osoby nie należące do am. Tow. lek. (zwłaszcza zwolenników t. zw. New-Code, t. j. nowego kodeksu etyki lekarskiej), to ostatnie wystąpiło z protestem przeciw działalności komisji. Wynikło ztąd nieporozumienie, które nietylko posłużyło za temat licznych sporów w rozmaitych towarzystwach lekarskich Stanów Zjednoczonych, ale przeniosło się i do szpalt pism lekarskich. Przed kilku miesiącami, wychodzący w Nowym Yorku „*Medical Record*“, był widownią publicznej szermierki z tego powodu między d-rem Jacobi'm z Nowego Yorku i d-rem Shoemaker'em z Filadelfii, która zredukowała się do sprawy czysto osobistej. Wogóle w toczących się w kwestyi tej sporach na pierwszy plan występuje subiektywizm koteryjek i niezaspokojona ambycja jednostek.

— **Prof. Rydygier** (w Chełmnie) sprzedaje swoją chirurgiczną prywatną klinikę za 80,000 marek.

SPROSTOWANIE.

W numerze 18-tym wkładły się następujące pomylki:

Szpalta 838 w.	1	od góry opuścić „ <i>won</i> “.
„ 838 „ 7	„	zam. IV czyt. VI.
„ 839 „ 14	„	„ wada „ woda.
„ 846 „ 18	od dołu	„ cewnika „ sznurka.

— Nadesłano do Redakeji:

Alfred Daniel. Zasady Fizyki, zes. I, przełożył J. J. Boguski. 1885. Warszawa, nakładem księgarni Feodora Paprockiego.

Wydawca:

Dr Wł. Mącze aski.

Redaktor odpowiedzialny
Dr. Olton Hewelke.