

## KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Choroby nerwowe.

241. Prof. dr. MENDEL. **Syphilis und Dementia paralytica.** (*D. Med. Woch.* Nr. 33, 1885).

Statystyczne dane zebrane przez rozmaitych autorów wskazują, że pomiędzy przymiotem i obłędem paralitycznym istnieje pewien związek. Przeciwno temu mniemaniu stawiają następujące zarzuty: 1) że stosunkowo rzadko napotyka się przy obłędzie paralitycznym niewątpliwe sprawy przymiotowe w mózgu i innych narządach i 2) że swoiste leczenie przy obłędzie paralitycznym nie daje pomyślnych rezultatów. Co się tyczy pierwszego zarzutu, to często dawniejsze sprawy przymiotowe przy sekcji się nie rozpoznają. Reichardt tylko w 12 przypadkach na 170 mógł wykazać przy sekcji dawniej istniejący przymiot. Jürgens niedawno zwrócił uwagę na to, że przy niewątpliwych swoistych cierpieniach ośrodków nerwowych, w innych narządach nie ma żadnych zmian przymiotowych. Autor chcąc objaśnić związek pomiędzy przymiotem i obłędem paralitycznym, powołuje się na doświadczenia, wykonane na psach, u których wskutek dość prędkiego obracania głowy naokoło stołu w kierunku odśrodkowym (100—110 razy na minutę), t. j. na drodze czysto mechanicznej wywoływał przewlekłe postępowo się rozwijające cierpienie mózgu, którego objawy wiele wspólnego przedstawiają z objawami obłędu paralitycznego u ludzi, przytem patologo-anatomiczne zmiany również są analogiczne ze zmianami napotykanemi w większości przypadków obłędu. Że przekrwienie mózgu

jest przyczyną główną tych zmian, dowodzi ten fakt, że psy, których głowa obraca się naokoło stołu w kierunku odwrotnym (dośrodkowym) przyczem powstaje bezkrwistość mózgu, pozostaje w stanie normalnym. Fizyjologo-patologiczny przebieg sprawy w mózgu jest następujący: przekrwienie, wystąpienie ciałek krwi z naczyń, jednocześnie z surowicą krwi, rozrost tkanki łącznej i nowe tworzenie naczyń. Zmiany te występują znacznie prędzej, jeżeli naczynia krwionośne mózgu są upośledzone wskutek poprzednich szkodliwych wpływów np. wskutek chronicznego otrucia sublimatem (Popow). Doświadczenia powyższe dowodzą, że na drodze mechanicznej mogą występować patologiczne zmiany w mózgu wskutek ciągłego wpędzania znacznej ilości krwi do naczyń mózgowych. Ponieważ jednak u człowieka nie zdarzają się tak potężne wpływy, jak obracanie głowy naokoło stołu, musi więc istnieć mniejsza odporność, większa przepuszczalność ścianek naczyń, jak to bywa u psów po wstrzyknięciu sublimatu. Tym usposabiającym, wytwarzającym zmiany naczyniowe momentem jest w wielu przypadkach przymiot. Wszyscy badacze jednogłośnie przyjmują, że w mózgu paralityków istnieją zmiany ścianek naczyń, szczególnie w najmniejszych naczyniach; zmiany te istnieją przed zjawieniem się zmian w samej tkance mózgowej, są więc natury pierwotnej. Nie mamy jednak dotychczas pewnych dowodów przymiotowego ich pochodzenia. W dwóch przypadkach udało się autorowi u syfilyków wykazać owe zmiany w naczyniach, pomimo, że jeszcze objawy paralityczne nie wystąpiły. W pierwszym przypadku u 27-le-

tniego mężczyzny, cierpiącego na gruźlicę płuc rozwinęła się w słabym stopniu melancholija. Oprócz objawów płucnych znaleziono blizny po wrzodach przymiotowych, które istniały przed 3-ma laty. W drugim przypadku 24-letni mężczyzna, który przed 4-ma laty przeszedł zakażenie przymiotowe, odebrał sobie życie wskutek melancholii. W obydwóch przypadkach mózg makroskopijnie i mikroskopijnie nie przedstawiał żadnych zmian; ścianki małych zaś naczyń mózgowych były nacieczone okrągłymi komórkami i zgrubiałe. Zmiany naczyń mózgowych mogą istnieć bez żadnych następstw, dopóki nie występują znaczne i częste przekrwienia. Często też wybuch postępowego porażenia poprzedzają pewne psychiczne wstrząśnienia: nadmierna praca umysłowa, zawiedziona nadzieja, rozpacz, zmartwienie i t. p., które stanowią moment etyjologiczny, wywołując rozszerzenie się naczyń, przyływ krwi i następnie zmiany w samej tkance mózgowej (Mosso).

W podobnych warunkach często w innych narządach zmian przymiotowych już się nie znajduje; leczenie zaś antysyfilityczne pozostaje bez skutku, ponieważ cierpienie samo nie jest przymiotowem. Nie we wszystkich jednak przypadkach obłądu paralitycznego jest przymiot momentem usposabiającym, a częste przekrwienia — momentem przyczynowym. Pod nazwą bowiem obłądu paralitycznego opisują różne inne sprawy chorobowe, które klinicznie się nie różnią, przedstawiają zaś rozmaite zmiany patologiczno-anatomiczne. Zmiany w naczyniach mogą również powstać wskutek innych przyczyn, jakoto: nadużycia nikotyny, alkoholu, rtęci i t. p., przekrwienie zaś mózgu zjawiają się także wskutek uderzeń lub wpływu wysokiej ciepłoty i t. p. Nie ulega jednak wątpliwości, że z dwóch osób, wystawionych na jednakowe wpływy szkodliwe, ta prędzej ulegnie obłądowi

paralitycznemu, która poprzednio przebyła przymiot. *M. Hopfenblum.*

## II. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

242. C. A. EWALD i J. BOAS. **Przyczynki do fizjologii i patologii trawienia.** *Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Verdauung.* (Virch. Arch. Bd. 101, Hft. 2).

Rozpoznanie chorób kanału pokarmowego bywa często jeszcze wielce trudnem i niepewnem. Zależy to od niedokładnej znajomości fizjologicznych czynności żołądka i kiszek i od niemożności bezpośredniego śledzenia za oddzielnymi fazami sprawy trawienia

Czynność gruczołów żołądkowych w stanie patologicznym badaną była przeważnie przez Leubego; doświadczenie jednak, dążące do wykazania dostateczności gruczołów żołądkowych zapomocą wlewania lodowej wody i następnego badania wypompowanej cieczy, jest niepewnem i nie pozwala wyprowadzać wniosków o zboczeniach czynności gruczołów. Przy zupełnie normalnych warunkach w wypompowanej cieczy, pozostającej w żołądku od  $\frac{1}{4}$ —1 godziny, nie było ani pepsyny, ani wolnego kwasu solnego i w większości zresztą przypadków woda daje odczyn lekko, kwaśny i pokazuje słabą reakcyę na kwas solny, którego stopień jest o wiele słabszym, niżeli bywa po zwykłym podrażnieniu gruczołów przez pokarmy. Leube chciał sądzić o czynności gruczołów przez oznaczenie czasu trwania trawienia. Podług niego fizjologicznie pokarm mieszany powinien być zupełnie strawionym po 7 godzinach; doświadczenia jednak późniejsze (Ewald, Rosenbach, Riegel i inni) wykazały, że w normalnych i patologicznych przypadkach cały akt trawienia trwa niekiedy tylko pięć godzin, niekiedy zaś w normalnych warunkach więcej niż siedm.

Doświadczenia autorów tyczyły się

wyłącznie żołądka ludzkiego; przedmiotem badania była 20-letnia kobieta, która od 14-go roku życia po każdym jedzeniu womituje: po płynnych pokarmach womituje natychmiast, a po stałych dopiero po 2—4 godzinach. Przytem pacjentka czuje się zupełnie zdrową, wygląda dobrze, łaknienie ma dobre, nawet spostrzega się ciągły, choć powolny wzrost wagi ciała. Na niej wykonano 300 doświadczeń nad trawieniem: naczczo otrzymywała oznaczoną ilość pokarmów, które po pewnym czasie oddawała wskutek wypicia wody (50—100 ctm.). Zawartość żołądka otrzymana po wypiciu wody naczczo nie zawierała resztek pokarmów, była odczynu obojętnego, albo słabo kwaśnego, nie zawierała ani wolnego kw. solnego, ani mlecznego, a badanie na peptony dawało zwykle wynik ujemny.

Wobec kwaśnego odczynu zawartości żołądka należy oznaczyć, czy zależy on od kwasu solnego, czy też od soli. Najczulszym odczynnikiem na kwas solny jest tropeolina oo, która w roztworze wodnym lub spirytusowym, zmienia pod wpływem wolnego kw. solnego lub mlecznego swój brunatno- lub złotawo-żółty kolor na brunatno-czerwony. W celu oznaczenia wolnego kwasu solnego używa się barwników anilinowych, gentiana i metylviolet, których wodny roztwór, zwykle mający odcień różowy, pod wpływem kropli HCl (0,024%) staje się ciemno-błękitnym. Reakcja ta nie występuje wobec soli peptonowych i białkowych. Niezłym odczynnikiem na wolny kwas solny jest również rodanek żelaza, który z kw. solnym daje błękitne zabarwienie, prędko zmieniające się na brunatno-czerwone.

Uffelmann zaleca barwnik czarnych jagód jako odczynnik, wykazujący kwas solny i kwas mleczny. Ten ostatni najlepiej się oznacza zapomocą półtorachloru żelaza z kwasem karbolowym.

Kwasy tłuszczowe, szczególniej maślowy, rozpoznają się w zawartości żołądka często wskutek szczególnego im

właściwego zapachu. Uffelmann wykazał, że 0,1% kwas masłowy z półtorachlorkiem żelaza i kwasem karbolowym daje szare zabarwienie, różniące się od żółtej barwy, otrzymywanej przez kwas mleczny; względem tropeoliny okazuje się zupełnie obojętnym.

Poglądy autorów na obecność i znaczenie kwasu mlecznego przy trawieniu uległy znacznym zmianom. Według Lehmana jest on głównym wytworem czynności gruczołów żołądkowych, Mały, Frerichs, Ranke widzą w nim tylko produkt fermentacji zawartości żołądka. Richet sądzi, że w soku żołądkowym oprócz kw. solnego zawiera się i kwas mleczny; Rietz zaś i Ewald na mocy szeregu doświadczeń wykonanych w parę godzin po jedzeniu, dowiedli, że kwas mleczny nie zawiera się w normalnej zawartości żołądka i że go niema nawet wówczas, jeżeli do żołądka wprowadza się pokarm łatwo przechodzący w kwas mleczny, jak mleko. Natomiast jest on wytworem niezwyklej fermentacji, wywołanej niedostatecznością kwasu solnego w soku żołądkowym. W żołądku kwas mleczny występuje w 2 postaciach: pochodzący z fermentacji (aethyliden) i mięso-mleczny (paramleczny). Oba te kwasy znajdują się w żołądku nie tylko w przypadkach patologicznych, ale i przy zupełnie normalnem trawieniu. Kwas mleczny pochodzenia fermentacyjnego wytwarza się w krótkim czasie po użyciu węglowodów. Odczyn na kwas mleczny otrzymujemy po 10-ciu minutach po zjedzeniu 60 gr. chleba białego; po 30—40 minutach ilość kwasu mlecznego jest największą, wówczas zaczyna się zjawiać i kwas solny. Nieco później odczyn na kwas solny staje się wyraźniejszym, a ilość kwasu mlecznego zmniejsza się, by w niespełną godzinę zupełnie zniknąć. Po zjedzeniu surowego mięsa w pierwszym okresie trawienia (około 50-ciu minut od użycia pokarmów) znajdujemy w zawartości żołądka tylko kwas mięsomalczny, trawienie dopiero się za-

czyną, kawałki mięsa są mało zmienione. W drugim okresie (od 60—90 minut) barwa mięsa jest już zupełnie bladą, poprzeczne prążkowanie niewyraźne; odczyn na kwas mleczny jest nieco słabszym, a reakcja na kwas solny otrzymuje się niezbyt wyraźnie. W okresie 3-cim (100—120 minut) kwasu mlecznego nie ma, natomiast odkrywa się znaczna ilość kwasu solnego. Po zjedzeniu gotowanego białka jajka kurzego nie otrzymano w żadnym okresie trawienia odczynu na kwas mleczny. Przy mieszanych potrawach kwas mleczny zachowuje się podobnie, jak przy użyciu mięsa. Znaczna ilość kw. mlecznego tworzy się po użyciu kartofli. W pierwszym więc okresie trawienia znajdujemy w żołądku tylko kwas mleczny, który wywiera ważny wpływ na tworzenie się peptonów; w miarę zjawiania się kwasu solnego, znika kwas mleczny, który albo ulega wchłonięciu przez ścianki żołądka, lub też dalsze tworzenie się jego ustaje pod wpływem kwasu solnego. Dowodem tego służyć może fakt, że pokarm obfitujący w kwas mleczny (kefir) po upływie pewnego czasu zawiera mniej kw. mlecznego, staje się mniej kwaśnym, przyczem tworzy się kwas solny. Pomiedzy kwasem solnym i mlecznym istnieje pewien antagonizm, kończący się zniknięciem kwasu mlecznego.

Z dalszych doświadczeń autorów wynika, że reakcja kwasu mlecznego na chlorki prędkiej następuje wobec kwasu solnego; że kwas mleczny znika prędkiej, im lepiej działa aparat wydzielniczy żołądka, że obecność kwasu mlecznego w żołądku zależną jest od jakości pokarmów (po użyciu chleba czarnego znika po 60—80 minutach, po kartoflach—po 70—90 minutach i t. p.). Z powyższego wynika, że strawność pokarmów zależy od mniej lub więcej prędkiego znikania kwasu mlecznego z żołądka; im prędkiej to następuje, tem trawienie lepiej i prędkiej się odbywa. Jeżeli trawienie w jakikolwiek sposób ulega zboczeniu, spostrzega się zwykle

dłuższy okres obecności kwasu mlecznego w żołądku, jak to bywa przy niezbytach przewlekłych żołądka.

Z tego wynikają niektóre terapeutyczne wskazówki przy leczeniu chorób żołądka; pod względem dyjetetycznym należy zwrócić uwagę, że najtrudniej strawne pokarmy są te, które wytwarzają najwięcej kwasu mlecznego. Kwas solny należy używać w celu dostarczenia żołądkowi najważniejszej części składowej soku, ale aby wstrzymać tworzenie się kwasu mlecznego.

Co się tyczy czasu zjawiania się wolnego kwasu solnego, to Uffelmann, Kretschy, v. d. Velden i inni sądzą, że zjawia się on w 45 minut do 1—2 godzin po umiarkowanym jedzeniu, w 3—4 godzin po obfitych pokarmach. W każdym razie zjawienie się tegoż zależy od jakości pokarmów. Po zjedzeniu 120 grm. mięsa zjawia się kwas solny po 1½—2 godzinach; w drugiej—3-ciej godzinie ilość kw. solnego bywa największą, a po 3—4 godzinach w żołądku nie ma zawartości wcale wolnego kwasu solnego ani resztek pokarmu. Po obfitych pokarmach niekiedy po 5—7 godzinach znajdują się w żołądku resztki pokarmów.

W pierwszym więc okresie trawienia skutek podrażnienia pokarmami lub pod wpływem kwasu mlecznego tworzy się kwas solny, który wsiąka w pokarmy. Po zubożeniu alkalijów wydziela się wolny kwas solny, przyczem rozpoczyna się opróżnienie żołądka. Wskutek tego ustaje podrażnienie ścianek, ilość kwasu solnego zmniejsza się i zupełnie znika.

Jednocześnie z wprowadzeniem pokarmów do żołądka rozpoczyna się tworzenie się peptonów, które odbywa się pod wpływem kwasu mlecznego, zwiększa się jednak ze zjawieniem się kwasu solnego, a ilość ich w żołądku znika wraz ze zniknięciem kwasu solnego.

Tłuszcze pozostają dość długo w żołądku, wytwarzając podczas trawienia różnego rodzaju kwasy tłuszczowe, które

nie pozostają bez wpływu na chemizm trawienia. Zwykle następuje zmniejszenie ilości kwasu solnego, a wskutek tegoż dłuższa obecność kwasu mlecznego w żołądku. Wynikiem braku wolnego kwasu solnego jest zwolnienie sprawy trawienia i dłuższe pozostawanie pokarmów w żołądku.

*M. Hopfenblum.*

### 243. JAWORSKI. O działaniu wody karlsbadzkiej na czynność żołądka i kiszek.

Autor postawił sobie za zadanie zbadać dokładnie zachowanie się wody karlsbadzkiej w żołądku, a mianowicie: jak długo po przyjęciu pozostaje w nim, jakie zmiany wywołuje w składzie soku żołądkowego, jak wpływa na chemizm i mechanizm trawienia?—a ztąd wyprowadzić praktyczne wnioski dla użycia leczniczego. W tym celu u osób, podległych doświadczeniu, określił objętość żołądka, zdolność jego wydzielniczą, stopień kwaśności soku, działanie wody karlsbadzkiej na sok żołądkowy po za obrębem ustroju i dopiero po tych przedwstępnych pracach przystępował do doświadczeń bezpośrednich.

Wybrane osoby piły rano po 250, 500, 750 cem. wody Mühlbrunn ciepłoty 16°—35° C., następnie po 1, 2, 3 i t. d. kwadransach spokojnego siedzenia wprowadzono do żołądka 100 cem. wody destylowanej pokojowej i wypompowywano zawartość żołądka; otrzymaną ciecz badano na zawartość kwasu solnego, siarczanów, syntoniny, peptonu, śluzu.

Badając w opisany sposób 17 osób, doszedł autor do następujących rezultatów:

1) Po przyjęciu 250 cem. karl. wody już po kwadransie można wypompować tylko  $\frac{1}{4}$  przyjętego płynu, po pół godziny zaś przyjęta woda znika z żołądka w zupełności; wyjątek stanowią wypadki ciężkiego kataru i rozszerzenia żołądka, w których znikanie cieczy trwa do 3-ch kwadransy; ciepła woda po większej części znika prędzej, niż zimna.

### 2) Zachowanie się śluzu i żółci:

Po przyjęciu wody karls. sok żołądkowy jest o wiele mniej ciągnący się, co się najlepiej da zauważyć w wypadkach kataru żołądkowego; dowodzi to, że przyjęta woda rozpuszcza i wydała z żołądka śluz. Z drugiej strony da się zauważyć po przyjęciu wody karls. zabarwienie soku żołądkowego barwikiem żółci. Ta ostatnia zwykle w zdrowym żołądku się nie znajduje, często zato przy katarze, osobliwie z kwaśnią wydzieliną, zabarwiając wtedy sok na żółto, lub zielono; zabarwienie to w jednych wypadkach przechodzi w przesącz, w innych zaś nie; pierwsze ma miejsce, jeśli żółć dostała się do żołądka niedawno, drugie, gdy już dłuższy czas w nim przebywała. Z zabarwienia więc żółcią dadzą się wyciągnąć wnioski następujące: a) należy wykluczyć zwężenie odźwiernika większego stopnia, b) przy zielonem zabarwieniu należy podejrzewać zbytnią kwaśność soku żołądkowego, c) jeżeli przesącz jest bezbarwny—żółć znajdowała się w żołądku czas dłuższy.

Przy doświadczeniach swoich znajdował autor często żółć w soku żołądkowym po zadaniu wody, gdy jej przedtem nie było, lub przechodzenie jej do przesączu, gdy tenże poprzednio pozostawał bezbarwnym; u niektórych zaś osób zadanie wody raz nie wywoływało zjawienia się żółci, innym razem wywoływało; w tym ostatnim wypadku znajdowano sok żołądkowy mniej kwaśny, większą ilość siarczanów, co dowodzi, że woda karlsbadzka wróciła się już z dwunastnicy wraz z żółcią. Widzimy ztąd, że woda karls. wzbudza: 1) wydzielanie się żółci, 2) perystaltykę żołądka i dwunastnicy, przyczem chłodna woda częściej sprowadza wylew żółci. Autor widział także przykłady, że po wypiciu wody karls. żołądek został uwolniony od będącej w nim poprzednio żółci, dlatego też uważa tę wodę za środek *wydalający z żołądka śluz*

i żółć, działający wskutek tego hamująco na fermentacje w żołądku.

3) *Zachowanie się siarczanów.* Siarczany znikają z żołądka w pół godziny po przyjęciu wody karls., najczęściej jednak dopiero w 3—4 kwadransie po wypiciu litra nie znajdujemy już ich w żołądku; po powtórzonych dawkach wody znajdują się one w żołądku zwykle dłużej, co dowodzi, że takie dawki *wpośledzają zdolność chłonięcia*; sama woda ginie wcześniej niż sole i wcześniej niż takaż ilość wody destylowanej, co dowodzi, że działanie siarczanów zwiększa zdolność wchłaniania dla wody.

4) *Zachowanie się odczynu.* Po przyjęciu wody karls. odczyn soku żołądkowego znajdujemy alkalicznym; odczyn ten jednak po upływie pół godziny obojętnieje, poczem znowu zjawia się odczyn kwaśny, który osiąga swojego „maximum“ po 1½—2 godzin, poczem zaczyna spadać i po 4-ch godzinach wraca do normy; stopień kwaśności w tych razach jest większy niż zwykle i po przyjęciu wody lodowej; zważywszy przytem, że część kwaśności zatracą się na zobojętnienie alkalicznych soli (w niewielkiej wprawdzie ilości, gdyż większość przechodzi alkaliczną do dwunastnicy), przyznać musimy wodzie karlsbadzkiej specyficzną zdolność zwiększania wydzielania kwasu solnego. (Że kwaśność w danym razie zależy od tego ostatniego, a nie od organicznych kwasów, pokazuje próba z metylem fioletowym). Nie ma to jednak miejsca przy silnych katarach lub organicznych cierpieniach żołądka; odczyn zasadniczy w tych razach zmniejsza się cokolwiek, ale na czas niedługi.

5) *Zdolność trawienia*—t. j. peptonizacja białka pod wpływem wody karls. znika, co dowodzi, że pepsyna pod jej wpływem podlega zniszczeniu, tak, że nawet dodanie kwasu solnego nie pomaga. Dopiero w czas jakiś, kiedy alkaliczny odczyn przechodzi w obojętny, a ten w kwaśną, zaczyna sok wpływ na białko wy-

wierać, przyczem „maximum“ kwaśności zjawia się wcześniej, niż maximum peptonizacji. Przeciwnie, w żołądkach z organicznymi zmianami, sok żołądkowy po dodaniu kwasu solnego jest w stanie peptonizować, co tłumaczy się zobojętnieniem wody karlsbadzkiej znajdującymi się w tych wypadkach kwasami organicznymi.

Na kiszki i oddalone narządy działa woda karls. dopiero w większych ilościach: po przyjęciu 750 cem. u niektórych osób następowały jedno lub dwa wypróżnienia, niezbyt rzadkie; moczu po użyciu większych ilości wody oddziaływa obojętnie lub słabo alkalicznie. Łaknienie przy użyciu karls. wody zwykle się wzmacnia, wymioty ustępowały, nawet u chorych, którzy przedtem żadnego napoju znieść nie mogli. Co do stanu ogólnego, dosyć często daje się uczuć pewne zmęczenie, czasami zawroty głowy—te ostatnie tylko u drażliwych osób.

6) *Działanie większych ilości wody karlsbadzkiej.* W tym względzie posiłkuje się autor spostrzeżeniami d-ra Pargesa. Przy wypijaniu 8—9—10 kufli wody dziennie widzimy z początku wzmocnienie łaknienia, które jednak po pewnym czasie przechodzi w brak apetytu z obłożeniem języka, uczuciem ciężkości i bólami brzucha; stolce obfitsze zjawiają się dopiero w 2, 3 tygodniu—i to nie zawsze. Przytem zjawia się uczucie ogólnego niedomagania, zaburzenia wzroku, szum w uszach i taki wstręt do wody karls., że chorzy nie są w stanie wypić później i paru kufelków, objawy te ustępują powoli po przerwaniu kuracji. Przytacza autor także obserwacje d-ra Bechera z zeszłego stulecia, kiedy chorych częstowano ogromnymi ilościami wody 15, 20 do 30 kufelków dziennie; w obserwacjach tych nie widać tylu złych skutków, chociaż prawdopodobnie przyjmowanie takich ilości musiało wywoływać choroby układu naczyniowego, których wtedy nie spostrzegano.

7) *Trawienie białka w żołądku pod wpływem wody karlsbadzkiej.*

Autor zadawał chorym naczczo to białko z wodą destylowaną, to z wodą karlsbadzką jednocześnie, lub w pół godziny po przyjęciu tej ostatniej. Okazuje się, że wrazie zadania białka razem z wodą karls.—ilość soku żołądkowego się zwiększa (co wskazuje może na upośledzenie wchłaniania)—w stosunku do zadawania ich osobno; kwaśność jego także jest większa, niż przy działaniu pojedynczym rzeczonych czynników; największy zaś stopień kwaśności otrzymuje się po zadaniu białka w pół godziny po przyjęciu wody.

Odczyn na pepton przy zadaniu jednocześnie, jest mniejszy niż przy białku samem; zwiększa się zaś znacznie, jeżeli białko zadać w pół godziny po przyjęciu wody; jeżeli zaś białko zadać po upływie całej godziny—otrzymamy odczyn silniejszy, niż przy zadawaniu białka samego. Widzimy więc, że jeżeli zadanie wody karls. zmniejsza na razie zdolność peptonizującą żołądka, to występuje ono później z większą siłą, a zatem i całe trawienie lepiej się odbywa.

8) *Zmiany w czynności żołądka przy dłuższem wżyciu wody karlsbadzkiej.*

Doświadczenia, robione w tym celu przez autora, wykazały w jednym szeregu wypadków zmniejszenie kwaśności soku i zdolności peptonizowania, w drugim zaś odwrotnie; autor objaśnia, że pierwsze ma miejsce przy normalnym żołądka i nadmiarze wytwarzania kwasu solnego i pepsyny, drugie zaś wtedy, gdy wskutek cierpienia błony śluzowej wytwarzanie obu rzeczonych produktów jest znacznie upośledzonym.

W każdym zaś razie da się zauważyć ilościowe zmniejszenie w żołądku części morfotycznych, oraz szybsze znikanie kawałków białka, co wskazuje na wzmoczenie mechanicznej sprawności żołądka. Wszystkie podmiotowe nieprzyjemne uczucia w żołądku znikają zawsze przy używaniu wody karls.; wtedy tylko gdy le-

czenie prowadzić zadługo, mogą się zjawiać nudności i uczucie gnienienia w dołku; pewne uczucie zmęczenia występuje prawie zawsze pod koniec kuracyi.

Łatwo sobie objaśnić sposób, w jaki przytoczone wyżej działanie wody karlsbadzkiej usuwa nieprzyjemne objawy; te ostatnie występują zwykle: 1) wrazie zbyt silnego wytwarzania się kwasu, 2) wrazie nagromadzenia się produktów trawienia w żołądku, 3) gdy mechaniczna sprawność jego jest upośledzoną i pokarmy zbyt długo w nim zostają, 4) wrazie braku kwasu solnego. Woda karls., zmniejszając kwaśność soku i peptonizację, czyni zadość dwom pierwszym wskazaniom; powiększając mechaniczną sprawność żołądka usuwa 3-cią przyczynę; w tych zaś przypadkach, gdzie wytwarzanie kwasu solnego jest upośledzone, wzmagają je.

9) *Zmiany w zdolności oddziaływania na wodę karls. wczasie kuracyi.*

Doświadczenia autora pokazały, że z postępem kuracyi coraz mniej wchłania się wody z żołądka w daną jednostkę czasu i wydzielanie kwasu solnego, z początku silne, coraz słabnie, a po 28 dniach zupełnie znika; dowodzi to, że następuje przedrażnienie żołądka—zmniejszenie jego czułości. Tym faktem można poniekąd objaśnić znikanie nieprzyjemnych uczuć w żołądku, gdyż ten ostatni nie oddziaływał już w tym stopniu co pierwiej na pewne bodźce; widzimy ztąd, że cierpienie niewyleczone może być przez leczenie zamaskowanym.

Z powyższego materiału autor wyciąga pewne wskazówki praktyczne:

10) Najodpowiedniejszą porą dnia do używania wody karls. jest bezwzględnie rano naczczo, i to nie tylko w cierpieniach narządów trawienia, gdzie trzeba bezpośrednio na czystą błonę śluzową podziałać, ale i wtedy, gdy działać chcemy na oddalone organy, gdyż w tym razie najmniej zmieniona woda do krwiobiegu przejdzie.

11) *Ciepłota wody.* Z dawnych cza-

sów zostało prawidło, aby wodę karls. używać najgorętszą, jaką tylko chory znieść może; autor z tym poglądem zupełnie się nie zgadza, gdyż przy działaniu tak wysokiej temperatury b. szybko następuje przedrażnienie żołądka—i kuracyi zaniechać potrzeba; mogą nawet przytem zajść głębsze zmiany anatomiczne w błonie śluzowej. Za najwyższą możebną ciepłotę uważa autor  $55^{\circ}$  C., a za najbardziej zdatną do użytku  $50^{\circ}$  C., gdyż wtedy woda szybko się wchłania, działa doskonale jako środek moczopędny, a przy biegunkach nawet jako „stipticum“. Przeciwwskazaniem dla takiej ciepłoty jest większa ilość (nad 4 kufelków)—gdyż wskutek szybkiego wchłaniania zbyt się wznosi ciśnienie krwi, co może być niebezpiecznym szczególnie w chorobach naczyń; także przy katarze z zaparciem stolca należy używać wody chłodnej ( $36^{\circ}$ — $38^{\circ}$  C.), ponieważ ta w większej ilości przechodzi do kiszek i reguluje stolce.

12) *Ilość*. Z poprzedzających doświadczeń widać, że małe ilości wody karls. wzmagają dzielność trawienia, większe zaś zmniejszają, a nawet znoszą; te ostatnie wpływają zato na skład krwi—zwiększenie ilości moczu; na stolce i większe ilości często pozostają bez wpływu. Wynika stąd, że przy cierpieniach żołądka należy pić małe ilości—3 kubki (250 grm.). Przy rozszerzeniu żołądka, kiedy mała ilość nie wystarcza do zobojętnienia kwasów organicznych, dodawać należy soli karls. Przy cierpieniach wątroby, pęcherza żółciowego, moczówce cukrowej—należy zadawać ilości większe—5 kubków dziennie; największe zaś przy piasku moczowym i otyłości—do 8—9 kubków. Zdarzają się wypadki, kiedy należałoby używać większych ilości wody, wzbraniają tego jednak przeciwwskazania ze strony innych organów—najczęściej stan żołądka lub układu krwionośnego; w tych wypadkach radzić sobie można w następujący sposób: 1) zadając pierwsze tylko kubki ciepłej wody, następnie zaś chło-

dnej, przez co unika się przepełnienia układu naczyniowego, 2) stosując wodę k. w lewatywach—nie więcej jak litr dziennie, przy zjawieniu się krwotoku kiszki—nawet co drugi dzień; ostatni sposób szczególnie odpowiedni jest w cierpieniach dalszych odcinków kiszek i organów miednicy, również i wątroby, gdyż woda wtedy krótszą drogą dostaje się do układu żyły wrotnej i do moczu, jak o tem przekonywa zwiększenie się ilości i zmniejszenie kwaśności ostatniego, 3) dodając do mniejszej ilości wody 5—15 grm. soli k., jak naprzykład przy rozszerzeniu żołądka.

13) *Odstępy czasu*. Przyjęto zwykle pić po kubku co 15 minut; czas ten jednak wystarcza tylko przy używaniu mniejszej ilości wody i nieznacznych zboczeniach żołądkowych; w przeciwnym razie należy robić odstępy przynajmniej pół godzinne, osobliwie dla ostatnich porcyj. Jeżeli zaś idzie nam o szybkie wzniesienie ciśnienia krwi lub wywołanie stolców, natenczas wskazane są mniejsze odstępy czasu.

14) *Dyjeta*. Zwykle pozwalają chorym jeść śniadanie w pół—do godziny po wypiciu ostatniego kubka, to znaczy wtedy, gdy sprawność żołądka zaczyna dopiero się wyrabiać; autor sądzi, że zacząć należy przynajmniej  $1\frac{1}{2}$  do 2-ch godzin, wyjąwszy te wypadki, gdy mamy do czynienia z niestrawnością bez zmian anatomicznych, gdyż wtedy łaknienie bezpośrednio po wypiciu wody znacznie się wzmagą. Co do jakości i ilości pokarmów ogólnie można tylko to powiedzieć, że powinny one być łatwo strawne i pożywne; tu jak i w całej kuracyi wodą karls. należy unikać szablonowego postępowania i dokładnie indywidualizować wypadki.

15) *Czas trwania kuracyi* określano różnie; w owych czasach, kiedy chorym podawano masy wody, ciągnęło się leczenie około dwóch tygodni; przytem jako wskazówkę ukończenia kuracyi uważano wystąpienie opuchliny nóg lub inne obja-



wy, które nazywano krytycznymi. Naturalnie, że teraz nikt podobnych objawów wyczekiwać nie będzie. Podług autora czas trwania kuracji powinien wahać się między 3-ma i 6-ma tygodniami, przyczem w każdym razie uwzględniać należy indywidualne warunki chorego; cierpienia żołądka i kiszek wymagają krótszej kuracji; cierpienia zaś narządów oddalonych i dyskrazyje—naturalnie dłuższej.

16) *Leczenie przygotowawcze i następcze* (vorcur i nachcur). W dawniejszych czasach przed rozpoczęciem leczenia robiono chorem upust krwi, któremu niejednemu może zawdzięczał ocalenie od apopleksyi, przy tak wielkich ilościach gorącej wody, jakie wówczas stosowano. Po leczeniu dodawano środek przeczyszczający. Teraz najracjonalniejszą „vorcur“—będzie zachowanie przez dwa tygodnie diety odpowiedniej wodom karls., po leczeniu zaś lekarz powinien starać się organizm wzmocnić i usunąć ewentualne powikłania.

17) *Czy leczenie na miejscu u źródła różni się wiele od leczenia w domu?*—zdaje się, o ile pokazuje praktyka, że działanie, jeżeli nie jest identycznym, jest przynajmniej bardzo zbliżonem. Nieidentycznym za to jest użycie roztworów soli karlsbadzkiej i wody karls., gdyż widzimy tu następujące różnice: 1) woda karls. prędzej wchłania się z żołądka, niż roztwór soli, przyczem roztwór soli chłodny wchłania się prędzej, niż ciepły; 2) roztwór soli silniej działa na stolce; 3) woda silniej pobudza żołądek do wydzielania soku, niż roztwór soli.

K. Ciągliński.

244. H. v. SCHROEDER. **O działaniu niektórych trucizn na glisty.** *Ueber die Wirkung einiger Gifte auf Ascariden.* (*Archiv f. exp. Path. u. Pharm.* T. XIX, zes. 4 i 5).

Studyja nad zachowaniem się pasożytów kieszkowych względem rozmaitych szkodliwych czynników, a szczególnie względem trucizn, ciekawe są jak

pod względem terapeutycznym tak i biologicznym, gdyż nabywana tą drogą znajomość natury wnętrzaków nietylko toruje drogę do racjonalnego stosowania w praktyce środków przeciwiglistnych ale i zachęca do zastanawiania się nad niejedną kwestyją, dotyczącą objawów życia tego rodzaju niższych zwierząt.

Badając działanie pelletieryny na tasiecmce, autor przy sposobności wypróbował działanie tego środka na glisty. Przekonawszy się, że wpływ tego alkaloidu na omawiane robaki jest nader nieznaczący, Schroeder przedsięwziął szereg prób z rozmaitemi innymi truciznami. Do roztworów tych ostatnich pogrążał żywe glisty, notując ilości (w odsetkach) będących w roztworze trucizn i zachowanie się glist w rozmaitych odstępach czasu, oraz ilość godzin, w ciągu których zwierzę w danym roztworze pozostawało przy życiu.

Do doświadczeń swoich autor używał z początku glisty z kiszek kota (*ascaris mystax*), następne zaś próby robił z glistą, która znajduje się u świń i którą wbrew zdaniu niektórych autorów, zgodnie z Leuckartem i Schneider'em uważa za identyczną z glistą ludzką (*ascaris lumbricoides*).

Użyte do doświadczeń glisty przechowywane były w ogrzonym do 37°—38° roztworze 1% soli kuchennej i 0,1% węglanu sodu (Bunge). Do tego płynu dolewano roztwory trucizn z najrozmaitszych grup farmakologicznych, o ile takowe nie dawały osadu z węglanem sodu, w przeciwnym razie umieszczano glisty w samym roztworze soli. W doświadczeniach z jedno- lub kilkoprocentowym roztworem trucizny, autor pogrążał glisty wręcz w takowy, nie dodając ani soli ani sody. Co się tyczy normalnego zachowania się glist, to zaznacza się ono ruchami, wykonywanymi nieustannie. W miarę podziałania szkodliwych wpływów ruchy te stają się coraz powolniejszymi i słabszymi, aczkolwiek przy działaniu niektórych tru-

cizn, zanim ruchy staną się słabszemi i rzadszemi, następuje stan (jak się zdaje, nieprzyjemny dla glisty), w którym pojawiają się żywe i gwałtowne poruszenia. Jednakże nawet po ustaniu wszelkich ruchów dowolnych zwierzę pozostaje jeszcze przy życiu, gdyż zapomocą silnych bodźców (elektryczność, ciepło) można całemi godzinami wywoływać poruszenia odruchowe.

Przy stopniowem ochładzaniu roztworu soli, ruchy glist słabną, a przy 18°—20° znika całkiem dowolne poruszanie się z miejsca. Inaczej rzecz się ma przy ogrzewaniu cieczy. Zwierzę widocznie usiłuje wydostać się z płynu i wychyla głowę nad poziom cieczy. Przy dalszem podnoszeniu się ciepłoty ruchy słabną, a przy 52°—53° (przez czas dłuższy) ustaje wszelka dowolna poruszalność. Z nadejściem śmierci powłoka ciała traci przejrzystość i sztywnieje.

*Ascaris mystax* użyty był tylko w doświadczeniach z chlorkiem pelletieryny oraz z akonityną. Resztę doświadczeń (34) wykonano z *ascaris lumbricoides*. Pierwsze próby robione były z kwasami, ługami i węglanami alkalicznymi. Okazało się, że alkalia silnie oddziaływały na glisty, niszcząc ich pokrycie ciała, zewnętrzna powierzchnia okazywała zwiększoną objętość, w pojedynczych miejscach zjawiały się przedziurawienia, przez które u samiczek występowały białe, nitkowate jajniki. W podobny sposób działał i cyjanek potasu. Kwasy też silnie działały na glisty, natomiast zauważono znaczną obojętność dla węglanów alkalicznych, co teleologicznie dość jest zrozumiałem, gdyż i średnia część cienkiego jelita, będąca normalnem miejscem pobytu glist, posiada odczyn alkaliczny z powodu zawartości węglanów alkalicznych.

Z innych trucizn użyte były następujące: azotan strychniny, bromek koniiny, wyskok, chloralhydrat, siarczan morfiny, weratryna, salicylan fizostygminy, helleboreina, chlorek baryty, sublimat, chlo-

rek chininy, pikrotoksyna, arsenion sodu, cyjanek potasu, nikotyna, kwas karbолоwy, salicylowy, salicylan sodu, kwas benzdwinowy, pikrynian sodu, naftalina, kamfora, kamferol, kamalina, santonina, santonina z oliwą i santonina z olejkiem rącznikowym.

Ze wszystkich trucizn, wypróbowanych przez autora, najsilniejszą dla glist okazała się nikotyna i sublimat, dla wielu zaś silnych trucizn, jako to: koniiny, cyjanku potasu i arsenionu sodu zwierzęta te okazują zadziwiającą tolerancją. Autor usiłuje objaśnić tę okoliczność niedostatecznem wysysaniem szkodliwych substancyj.

Wiedząc, że glisty znoszą łatwo obrażenia, S. próbował czy nie nastąpi prędzsz działanie po wycięciu małego trójkąta z powłoki ciała. Działanie także nie nastąpiło. Po wstrzyknięciu roztworu trucizny zapomocą strzykawki Pravaza, występowało wprawdzie energiczne działanie, wszelako nie można było określić ilości roztworu do tego niezbędnej, gdyż zwierzęta po iniekcji silnie się kurczą i większą część wstrzykniętego płynu wydalają napowrót przez miejsce wstrzyknięcia.

W celu przekonania się, czy i w jakim stopniu następuje wysysanie będących w roztworze substancyj przez glisty w nich umieszczone, autor pozostawiał te ostatnie przez 1½ godzin w roztworze 10/0 roztworu chlorku litynu; następnie przez godzinę starannie je wymywał strumieniem wody z wodociągu, ażeby oddalić wszelki mogący przylgnąć ślad roztworu litynu; w końcu pojedyncze glisty spopielili, poczem zapomocą odpowiednich odczynników chemicznych i analizy spektralnej skonstatowano wyraźne ślady litynu, a więc wysysanie, choć nieznaczące, miało tu miejsce. Tu autor robi uwagę, że ponieważ budowa glisty upoważnia nas do przypuszczenia, iż przyjęcie płynu przez otwór ust zależy od woli zwierzęcia, to glisty nie powinnyby przyjmować pływ-

nów niesmacznych, natomiast takie, które im przypadają do smaku. Zrobione w celu stwierdzenia tego faktu 3 doświadczenia z roztworami chlorku litynu, do których dodano to gorzkie to słodkie substancje, nie dały stanowczych wyników, gdyż, jakkolwiek we wszystkich 3 wypadkach skonstatowano obecność lityny, wszelako nie zauważono między niemi zasadniczej różnicy. Lepszy rezultat wydały próby z żelazo cyjankiem sodu. Wessanie tej soli można było obserwować zapomocą odczynu na błękit pruski, jużto badając izolowany przewód kiszkowy, jużto po przecięciu zwierzęcia używając wyciśniętego zeń płynu do reakcyi. Użyte były 3 płyny: 1) Ferrocyannatrium 1<sup>0</sup>/<sub>6</sub>; 2) Ferrocyannatrium 1<sup>0</sup>/<sub>6</sub>, Pepton 1<sup>0</sup>/<sub>6</sub>, Cukier 1<sup>0</sup>/<sub>6</sub>; 3) Ferrocyannatrium 1<sup>0</sup>/<sub>6</sub>, Strychniny in substantia poddostatkim.

W każdym z tych płynów umieszczono znaczną ilość glist. Po upływie godziny glista wyjęta z pierwszego roztworu posiadała słabo zielonawe zabarwienie, z drugiego bardzo niebieskie, z trzeciego zaś żadnego odczynu nie wykazywała.

Po upływie 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> godzin: 1) nader słabe zabarwienie niebieskie, 2) wyraźne zabarwienie, 3) odczyn żaden. Nazajutrz po 18<sup>1</sup>/<sub>2</sub> godz.: 1) słabo niebieskie, 2) wyraźne niebieskie, 3) żadnego odczynu.

Po 24 godzinach wyjęto ostatnią glistę z 3-go roztworu. Rezultat ujemny.

Doświadczenie to wykazało, że wssanie płynu w rzeczy samej do pewnego stopnia zależy od woli glisty.

Niemniej ciekawe są doświadczenia autora z santoniną. W płynie, zawierającym 1 gr. santoniny (niezupełnie rozpuszczony), na 150 ctm. sześć. roztworu soli 3 glisty zachowały się zupełnie normalnie po 40-godzinym pobyciu. Takież sam rezultat dał i santonian sodu.

W następnych doświadczeniach z roztworami santoniny w oliwie oraz w oleju rącznikowym *najkrótszy czas pozostawiania glisty przy życiu wynosił przeszło 28 godzin.* Doświadczenia te robione były w celu

stwierdzenia wniosków Küchenmeistra, który na mocy doświadczeń swoich z glistami, umieszczanemi w roztworze santoniny w oleju rącznikowym (śmierć po kilku minutach) zalecał roztwór santoniny w olejkach tłuszczowych jako najskuteczniejszy środek czerwiogubny.

Rezultat więc okazał się niezgodnym z poglądami Küchenmeistra, które zdolały już przedostać się do wielu podręczników farmakologicznych i terapeutycznych, zapowiadając tak pięknie zgodność doświadczeń fizjologicznych z doświadczeniem terapeutycznym. Jakże tedy pogodzić doskonale działanie lecznicze santoniny z rezultatem powyższych doświadczeń?

W odpowiedzi na to pytanie autor powiada, że *santonina nie zabija glist, ale je tylko wypędza; z niewyjaśnionego powodu obecność santoniny czyni tym zwierzętom pobyt w kiszce cienkiej nieprzyjemnym i zmusza je do wędrówki ku kiszce grubej, z kąd zostają wydalone przez lek czyszczący.* W obronie tego poglądu autor powołuje się na rezultaty leczenia ludzi santoniną (po użyciu której wraz ze środkiem czyszczącym glisty odchodzą żywe) oraz na doświadczenia Neumanna, wykonane (w laboratorium Dragendorffa w Dorpacie) na kotach, które, jak wiadomo, prawie zawsze posiadają glisty.

Doświadczenia z glistami po za obrebem ustroju zwierzęcego o tyle przemawiają za poglądem autora, o ile dodanie santoniny do roztworu soli wpływa na ruchy tych zwierząt. Stają się one niespokojnemi, częstość i siła poruszeń wzmagają się, a w niektórych razach widać usiłowanie wydostania się na brzeg naczyń.

W zastosowaniu do terapii pogląd Schroedera może mieć pewne znaczenie ze względu na czas podawania leku czyszczącego po santoninie.

Podczas gdy o czasie podawania środka przeczyszczającego w leczeniu tasiemca panują jednogodne zapatrywania,

w kuracyi santoniną zdania w tym względzie są podzielone. Tak np. w zaburzeniach, spowodowanych obecnością glist u dzieci Ewald, Lüdecke, Bernatzik etc. zalecają przez 3 dni co rano i wieczór placuszek czerwogubny (po 0,05 lub 0,025 santoniny), na 4-ty dzień laxans. Böhm podaje dzieciom co rano i wieczór taką dawkę santoniny i lek czyszczący na 3-ci lub 4-ty dzień. Huseman radzi przez kilka wieczorów przyjmować po 0,05 santoniny, a lek czyszczący na 2-gi lub 3-ci dzień. Harnach daje laxans w kilka godzin po zażyciu santoniny, postępując w ten sposób przez 2—3 dni, dopóki glisty nie przestaną odchodzić. W klinice Gerhardta podaje się rano 3—4 dawki santoniny, po południu zaś środek przeczyszczający. Rossbach i Nothnagel zalecają środek czyszczący po 2—4 godzinach. Prócz tego istnieje mnóstwo kombinacyj santoniny ze środkiem czyszczącym zadawanych jednocześnie. Schroeder skłania się do ostatniego zdania, gdyż zalecanie leku czyszczącego po kilkodniowym zażyciu santoniny opierało się na mniemaniu, że w ciągu tego czasu glisty zostaną otrute, wobec zaś faktu, że santonina nie truje glist, mniemanie to zarówno jak i oparty na niem wybór chwili podawania leku czyszczącego, traci swoje znaczenie. Autor więc oddaje pierwszeństwo zalecaniu laxantis jednocześnie z santoniną lub w kilka godzin po tej ostatniej.

*B. Polikier.*

### III. Chirurgija.

245. Marc SEE. **Stały opatrunek przeciwnilny.** (*Revue de Chir.* 1885, Nr. 2).

Ażeby otrzymać opatrunek, któryby mógł leżeć aż do zupełnego zagojenia rany, potrzebne są następujące warunki:

1) dokładne zatamowanie krwi; 2) zupełna aseptyczność rany; 3) zapobieżenie zbieraniu się płynu pomiędzy powierzchniami rany zapomocą sączków lub ina-

czej; 4) możebne zmniejszenie surowiczokrławej wydzieliny, ażeby w zupełności mogła wsiąknąć w opatrunek; 5) przeciwnilne działanie opatrunku na wydzielinę.

Przy tamowaniu krwi S. posługuje się, jak zwykle szczypczykami. Zdarza się często, że pomimo podwiązania najmniejszych tętniczek po usunięciu gąbki zjawia się natychmiast obfite sączenie krwi, które nader trudno zatamować, a które jednak może wytworzyć skrzepy i przeszkodzić bezpośredniemu spojeniu się brzeżów (per primam). S. w takim razie użyłeczkę azotanu bizmutu zasadowego (bism. subnitr.) rozsypuje na kawałku tekturki lub na karcie i przybliżywszy takową do rany, dmucha kilkakrotnie w ten sposób, by proszek pokrył ranę cieniutką warstwą. Krwawienie natychmiast ustaje, chyba, że nie podwiązano jakiego naczynia małego, co natychmiast da się zauważyć i naczynie podwiązać wtenczas bardzo łatwo. Azotan bizmutu zasadowy wsysa się prędko, czyni ranę bardziej aseptyczną, uzupełniając w tym razie działanie spray'u i zmniejsza następnie surowiczokrławą wydzielinę rany, co pozwala usunąć sączki o wiele wcześniej, po upływie nawet 24 godzin, jeśli nie było obrażenia kości. Sączki używa S. z czerwonego kauczuku, grube, krótkie, z wieloma otworami. Koniec ich wewnętrzny, ścięty ukośnie, nie powinien dosięgać dna rany; zewnętrzny ucina się przy samem pokryciu zewnętrznem i przymocowuje zapomocą szpilki angielskiej. Do szpilek przymocowuje się nitka, sięgająca po za granice opatrunku, tak, by w odpowiednim czasie można było wyciągnąć sączek, nie zdejmując samego opatrunku. Szwy na ranę nakłada S. głębokie i powierchowne; jedne i drugie z katgut.

Pod szwy głębokie podkłada się małe zwitki gazy jodoformowej, co zapobiega zgorzeli skóry pod nitką i czyni miejsca ukłócia bardziej aseptycznymi. Zaszywszy ranę, S. ostrożnie pokrywa całą linię połączenia cieniutką warstwą azotanu bizmutu,

przytem każdy sącdek także okrąża małą obwódka, strzegąc się, by nie nasypać do wewnątrz. Obmywszy dokładnie okolice rany, S. kładzie na nią poduszczkę z sublimatowanej cellulosity, okrytej gazą karbolową. Poduszczerka powinna mieć 2—3 cent. grubości, szerokość równą szerokości 4 palców, długość zaś jej powinna być taką, by występowała na 5—6 cent. po za brzegi linii połączenia. Celluloza jest-to drzewo jodłowe, włókna którego rozszerepiono zapomocą potasu. Należy go napoić gliceryną i roztworem sublimatu, a następnie wysuszyć. Brzegi tej poduszczerki S. pokrywał licznymi warstwami gazy karbolowej, którą zresztą w ostatnich czasach zastąpił watą. Grubą warstwę takowej nakłada na poduszczerkę sublimatową tak, by daleko wychodziła po za brzegi ostatniej. Opatrunek przymocowuje się zapomocą muślinowego bandaża. Na to wszystko zwierzchu nakłada się jeszcze bandaż gumowy, który powinien sięgać po za brzegi całego opatrunku i przeszkadzać zsunięciu się takowego przy ruchach.

Opatrunek taki S. pozostawia na 8—10 dni, po zdjęciu zaś jego znajduje zrośnięcie bezpośrednie. Co najwyżej, pozostaje jeszcze usunąć szwy głębokie, które po większej części zmieniają się mało. Otworki po nich zasypują się bizmutem. Szwy powierzchowne zwykle wysysają się łatwo, bliźnę czas jakiś należy zabezpieczać jeszcze zapomocą waty.

*Dr. Sawicki.*

#### IV. Pedjatrja.

246. 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. 19).

#### *Zapalenie żyły pępkowej.*

(Phlebitis umbilicalis).

Cierpienie to zdarza się o wiele rzadziej aniżeli zapalenie tętnic pępkowych; dla życia dziecka oba te cierpienia są jednakowo niebezpieczne.

Zmiany anatomiczne przy zapaleniu żyły są zupełnie te same co i przy zapaleniu tętnic i po największej części zajmują całą długość żyły od pępka do wątroby. Przytem wątroba może także uleść zapaleniu w sposób dwojaki: albo zajęta zostaje torebka Glisson'a, albo też żyła wrotna ze swemi rozgałęzzeniami, w których odnaleźć można te same zmiany co i w żyłe pępkowej.

I tutaj zajęcie tkanki łącznej okołożylniej jest objawem pierwotnym, cierpienie zaś samej żyły objawem wtórnym. Powikłania natury septycznej zawsze towarzyszą temu cierpieniu. Jako bardzo częste, wymieniają zapalenie otrzewny i zapalenie śródmiąższowe wątroby.

Jako *objawy* główne wymieniają gorączkę i żółtaczkę. Oddychanie według Widerhofer'a jest przyspieszone i powierzchowne. Wdychanie jest krótkie, wydychanie zaś bardziej przedłużone. Ucisk w okolicy pępka sprawia ból silny, dolne kończyny są przyciągnięte do brzucha i unieruchomiane. Dziecię jest niespokojne. Pod koniec przyłączają się objawy ogólnego zakażenia (ropnica).

Przebieg jest bardzo krótki. Zejście prawie zawsze śmiertelne.

Przyczyny i leczenie jak przy zapaleniu tętnic.

Nadmienić jeszcze wypada, że znane są przypadki jednoczesnego zapalenia tętnic i żyły pępkowej.

#### *Krwotok pępkowy.*

(Omphalorrhagia).

Krwotok pępkowy sam przez się nie stanowi choroby, jest on tylko objawem rozmaitych chorób.

Odróżniać należy:

a) Krwotoki z *naczyń* sznurka pępkowego.

b) Krwotok *samoistny* z rany pępkowej (krwotok pępkowy w ścisłem znaczeniu tego słowa).

*Krwotoki z naczyń sznurka pępkowego.*

Rozróżniamy krwotoki przed odpadnięciem i po odpadnięciu sznurka pępkowego.

1. *Krwotoki przed odpadnięciem sznurka pępkowego.*

Krwotok taki powstać może wtedy tylko, jeśli sznurek pępkowy został podwiązany niedbale t. j. albo zbyt luźno albo zbyt silnie, wskutek czego tasiemka uszkodziła naczynie. Z tego jednak nie wypływa, aby po każdym niedbale podwiązaniu sznurka, musiało nastąpić krwawienie. Złe podwiązanie sznurka jest tylko *warunkiem* do krwotoku, nie zaś jego przyczyną, której szukać należy gdzieindziej. Dowodem tego są zwierzęta, u których nikt sznurka pępkowego nie podwiązuje, a pomimo to krwotoków nie ma. O tem samem przekonać się można i u noworodków zdrowych, które zaraz po narodzeniu głośno krzyczały. Jeśli u dziecka takiego przeciąć sznurek pępkowy, to krew wypływa w nieznacznej zaledwie ilości i krwawienie prędko zupełnie ustaje.

Według B. Schultze'go przyczyny tego zjawiska szukać należy w przepelnieniu układu naczyniowego płuc przy pierwszym wdechu, wskutek znacznego rozszerzenia się płuc. Następstwem tego jest *spadek ciśnienia krwi* w pozostałych naczyniach ciała, a zwłaszcza w tętnicy płucnej i w aorcie zstępującej, a przez nią i w tętnicach pępkowych.

Z tego to powodu tętnice pępkowe po pierwszym oddechu z wolna opróżniają się i tętno znika w sznurku pępkowym, warstwa bowiem mięśniowa naczyń, nie spotykając już oporu ze strony ciśnienia krwi, kurczy się silnie i zwęża światło tętnic. Żyła pępkowa także się zupełnie zapada.

Tak więc *rozszerzenie płuc* i *skurcz warstwy mięśniowej* naczyń stanowią czynniki,

uniemożliwiające wszelki silniejszy krwotok sznurka pępkowego.

Jeśli jednak dziecko po narodzeniu nie oddycha, albo z powodu niedojrzałości słabo płuca rozszerza, to naczynia sznurka pępkowego pozostają krwią wypełnione i tętnice silnie pulsują. Lekki nawet stopień zatchnięcia, powodujący niedostateczne oddychanie, wywołuje podniesienie się ciśnienia krwi i znaczne wzmocnienie tętna. Jeśli wtedy nie podwiąże się wcale albo źle się podwiąże przecięty sznurek pępkowy, to nastąpi obfity krwotok, który stać się może groźnym.

Tak więc krwotoki wskutek niedbalego podwiązania zdarzają się jedynie u dzieci niedojrzałych, albo dotkniętych zatchnięciem lub niedodmą płuc.

Nie można jednak zaprzeczyć temu, że zdarzają się krwotoki i u noworodków zdrowych, dojrzałych i silnie oddychających. Przypadki podobne można jedynie objaśnić niedostatecznym albo nietrwałym skurczem warstwy mięśniowej naczyń (*Insufficienz*). Od czego to jednak zależeć może, o tem dotychczas dokładnie nie wiemy. Jedni przypisują to zbyt gorącym kąpielom, inni nieprawidłowemu zasychaniu sznurka pępkowego, inni wreszcie stawiają w zależności od rozwijającego się w następstwie zatchnięcia. Należy się także i nad tem zastanowić, czy przeszkoda w odpływie krwi żyłnej do serca płodu, nie może stać się powodem krwotoku, jak np. wskutek zbyt silnego krępowania noworodka w powijaku.

Ponieważ, jak widzimy, w pierwszych dniach życia mogą się wydarzyć krwotoki pępkowe, *należy więc zawsze sznurek pępkowy starannie podwiązać* i tym sposobem na wszelki przypadek dziecię od niebezpieczeństwa zabezpieczyć.

W tym celu posługujemy się tasiemką lnianą, mającą szerokości  $\frac{1}{2}$  do 1 ctm. i podwiązujemy sznurek w odległości 2—3 palców od pępka, mocno tasiemkę ściągając, tak jednak aby tkanka nie została

przeciętą. Niektórzy autorowie radzą używać do tego tasienki kauczukowej.

Wrazie krwotoku należy przewiązkę nałożyć powtórnie. Jeśli sznurek jest bardzo krótki, albo zupełnie wyrwany, to należy na pępek nałożyć opatrunek uciskający, albo też wykonać okłócie naczynia. Wrazie zapaści stosować wino, eter i ogrzewanie ciała.

### 2. *Krwotoki po odpadnięciu sznurka pępkowego.*

Po odpadnięciu sznurka pępkowego zdarza się dość często bardzo nieznaczne krwawienie, które pozostaje bez żadnego znaczenia. W takich razach zaleca się opatrunek salicylowy (1:5), pod którym krwawienie natychmiast ustaje i rana się zagaja.

Rzadszemi od tych są silne krwotoki po odpadnięciu sznurka pępkowego, które zależą prawdopodobnie od tego, że tętnice pępkowe tuż po za pępkiem, jeszcze przez czas długi mogą pozostawać otwartymi. Do zatamowania tych krwotoków wystarcza niekiedy przyżeganie miejsca krwawiącego lapisem. W innych przypadkach staje się potrzebnym opatrunek uciskający z watą hemostatyczną, albo też okłócie naczynia.

*Krwotok samoistny z rany pępkowej.* Krwotok pępkowy w ścisłym znaczeniu tego słowa (krwotok pępkowy wtórny albo dobrowolny).

Zdarza się bardzo rzadko; przyczyny jego nie są jasne. Grandidier zebrał 220 podobnych przypadków.

*Objawy.* Krwotok wtórny rozpoczyna się mniej więcej piątego dnia po narodzeniu, najczęściej natychmiast po odpadnięciu sznurka pępkowego, rzadziej przed takowem. Krew płynie z podstawy rany, jakby z gąbki; oddzielnego naczynia, z któregooby krew wypływała, odnaleźć nie można (krwotok mięszowy). Charakterystycznym dla tego rodzaju krwotoku jest to, że go niczem nie podobna zatamować.

Krwotok może być bardzo obfity i

prędko śmierć spowodować, albo też nieznaczny, lecz ciągły i prowadzący do ogólnej niedokrwistości i wreszcie śmierci.

Często przed rozpoczęciem krwawienia dziecię nie zdradza żadnych zbroceń. Są to przeważnie dzieci silne, donoszone; czasami zaś zaburzenia ze strony kanału pokarmowego, jak wymioty, kolki i rozwolnienie, albo silna żółtaczka, to znowu sinica i śpiączka poprzedzają pojawienie się krwotoku pępkowego.

W krótkim czasie po pojawieniu się krwotoku zawsze występują ciężkie objawy chorobowe, dowodzące *obecności ciężkiego ogólnego cierpienia ustroju dziecięcego*. Bezkrwistość, silna żółtaczka, w połączeniu z sinicą, niekiedy krwotoki żołądka i kiszki, podskórne wynaczynienia dokoła pępka i w innych miejscach ciała, obrzęki dokoła kostek i stawów ręki—stanowią przypadłości groźne, towarzyszące krwotokowi pępkowemu.

Przebieg choroby bywa rozmaity, najczęściej bardzo prędko, rzadziej przewlekły. Zejście po największej części bywa śmiertelne, wskutek coraz dalej posuwającej się bezkrwistości, przy objawach zapaści i śpiączki, niekiedy wśród drgawek.

Badanie drobnowidzowe krwi nic nieprawidłowego nie wykryło. Wszyscy autorowie zwracają uwagę na trudne jej zkrzepienie.

Noworodki płci męskiej częściej zapadają na krwotoki pępkowe, aniżeli żeńskie. Przebieg porodu nie stoi, jak się zdaje, w żadnym związku z tem cierpieniem.

Istotną przyczyną krwotoków pępkowych samoistnych jest jeszcze zupełnie ciemna. Usposobieniem do krwotoków albo t. zw. *krwawiączką* (haemophilia), trudno ich objaśnić, bo przy prawdziwej krwawiączce, która jest dziedziczną, krwotoki pępkowe są bardzo rzadkiem zjawiskiem. Między 185 rodzinami, dotkniętymi krwawiączką (575 członków), Grandidier znalazł krwotok pępkowy samoistny tylko u 9 rodzin (12 członków).

Jedno jest pewnem, że krwotoki pępkowe samoistne stanowią powikłanie wielu ciężkich chorób ogólnych ustroju dziecięcego, przy których istnieje skłonność do krwotoków i wynaczyń wogóle. Do takich należą *syphillis haemorrhagica*, *septicaemia* i ostre tłuszczowe zwyrodnienie noworodków (*choroba Buhl'a*). Według Widerhofer'a należy tu jeszcze *cholera infantum*.

Klebs i Epinger znaleźli we krwi dzieci chorych na posocznicę ze skłonnością do krwotoków, drobnoustroje (*micrococcus*), którym Klebs dał nazwę *Monas haemorrhagicum*.

*Leczenie.* Głównem zadaniem leczenia pozostaje tamowanie krwotoku, w celu zabezpieczenia dziecka od śmierci z utraty krwi. O wyleczeniu mowy być nie może, ze względu na główną chorobę.

Środki ściągające nie na długo skutkują; po odpadnięciu strupa krwawienie znowu się pojawia. Najlepszym pod tym względem okazał się półtorachlorek żelaza z silnym uciskiem rany pępkowej. Dubois podaje sposób podwiązania pępka, często bardzo skuteczny. Przez skórę, na brzegu rany pępkowej, przeprowadza się szpilkę z lewej strony na prawą w ten sposób, że przekłótą zostaje jedynie tylko skóra. Nitką, podprowadzoną pod szpilkę, unosi się skórę ku górze i wkłówa się drugą szpilkę w kierunku pionowym poniżej pierwszej przez całą grubość ściany brzusznej. Następnie około tych szpilek nakłada się nitkę z początku ósemkowato następnie kolisto dokoła podstawy pępka.

Ze skutkiem także można spróbować zalania jamki pępkowej płynną miazgą gipsową.

### III. Ostre zwyrodnienie tłuszczowe noworodków.

#### *Choroba Buhl'a.*

Pod nazwą ostrego zwyrodnienia tłuszczowego noworodków, Buhl w roku 1861 opisał nieznaną dotąd chorobę, której główne cechy anatomo-patologiczne sta-

nowią: *zapalenie śródmięszkowe serca*, wątroby i nerek *z zejściem w zwyrodnienie tłuszczowe i wynaczyńnienia* w rozmaitych narządach ciała. Chorobę podobną nierzadko spostrzegano i u nowonarodzonych zwierząt ssących.

*Anatomija.* Przy badaniu zwłok dzieci, zmarłych wskutek ostrego zwyrodnienia tłuszczowego, znaleźć można zwykle zmiany następujące: wybroczyny krwawe, wielkości łepka od szpilki i większe, we wszystkich prawie narządach wewnętrznych, zwłaszcza zaś w oponach mózgowych, pod opłucną i osierdziem, w tkance łącznej śródpiersia, w grasicy (*thymus*), w otrzewnej, w mięśniach i w błonach śluzowych. Prócz tego można często spotkać wynaczyńnienia i obrzęki skóry, której barwa bywa sina albo żółta. Rana pępkowa jest zawsze prawidłowa, niekiedy skrzepem krwi pokryta. Naczynia pępkowe są także prawidłowe.

Płuca zawierają często zawały krwawe (*infarctus*), oskrzela zaś śluz krwawy albo czystą krew. Nabłonek pęcherzyków płucnych przedstawia zwyrodnienie tłuszczowe.

Mięśnie serca są łamliwe, w świeżych przypadkach stężale i ciemno-czerwone, w starszych miększe i bledsze. Wszystkie prawie włókna mięśniowe przedstawiają rozpad tłuszczowy. Wątroba w przypadkach świeżych jest ciemno-czerwona, w starszych blada, żółtawa i nieco powiększona; wtedy i komórki jej są wypełnione kroplami tłuszczu i ziarnkami barwnika żółciowego.

Śledziona jest zwykle powiększona i bardzo miękka.

Żołądek i kiszki, których ściany są zgrubiałe, często zawierają znaczną ilość krwi. Miąższ nerek jest usiany wybroczynami, istota korowa obrzmiała, w świeższych przypadkach przekrwiona, w starszych blada i żółtawa. Nabłonek kanalików skręconych okazuje wyraźne zwyrodnienie tłuszczowe. Kanaliki są często zapchane miazgą tłuszczową.



Mózg jest miękki, przekrwiony niekiedy żółtawy.

*Objawy.* Choroba ta nagabuje prze-ważnie dzieci silnie rozwinięte, które ro-dzą się wtedy w zatchnięciu, bez wido-cznej ku temu przyczyny. Usiłowania przywrócenia do życia albo zupełnie po-zostają bez skutku, albo też usuwają za-tchnięcie w stopniu niedostatecznym i dzieci prędzej czy później od zatchnięcia umierają. Pozostałe zaś przy życiu wkrót-ce dostają rozwolnienia, często krwawego, niekiedy zaś krwawych wymiotów albo, po odpadnięciu sznurka pępkowego, krwotoku mięszowego z rany pępkowej. Żółtaczka się wzmacnia; często także wów-czas zjawiają się wybroczyny w skórze, w spojówce, w błonach śluzowych ust, nosa i w zewnętrznym przewodzie słuchowym. Niekiedy występują obrzęki. Śmierć następuje prędko wśród objawów zapaści, zwykle przed upływem drugiego tygo-dnia.

Nie zawsze objawy są tak wyraźne. Niekiedy krwotoków wcale nie ma, sinica może być z początku nieznaczna; śmierć może nastąpić nagle wśród wzmaganania się sinicy.

Choroba Buhl'a przytrafia się rzadko. *Napewno rozpoznana* być może tylko przy pomocy mikroskopu, przez badanie tkanek na zwyrodnienie tłuszczowe. Bez tego może być zupełnie przeoczoną, albo też przyjętą za inne podobne jej cierpienie. Do takich należą: otrucie fosforem i ar-szenikiem, posocznica i śmierć z uduszenia.

*Otrucia fosforem i arsenikiem* wywo-lują podobne zmiany w narządach. Tylko wywiady i badanie chemiczne mogą ułat-wić rozpoznanie.

Bardzo trudnem bywa niekiedy rozpo-znanie różniczkowe między *posocznicą* (se-psis) i ostrem zwyrodnieniem tłuszczowem. Na trupach dzieci, zmarłych wskutek po-socznicy, znajdujemy także wybroczyny krwawe i zmiany śródmięszowe. Wszy-stkie przypadki, w których istnieją jedno-

ześnie i zmiany chorobowe w naczyniach pępkowych, należy poczytywać za poso-cznicę. W ostrem zwyrodnieniu tłuszczo-wem naczynia pępkowe są zawsze zdro-we, należy więc na ten punkt zwrócić szczególną uwagę. Posocznica może wy-stępować pospólnie, wskutek przeniesie-nia substancji zakaźnej z dziecka na dzie-cko. Do rozpoznania może posłużyć także i ten fakt, że trupy zmarłych na posoczni-cę, nadzwyczaj prędko ulegają gniciu.

Rozpoznanie różniczkowe między o-strem zwyrodnieniem tłuszczowem, a *śmiercią z uduszenia*, na drodze makrosko-powej jest prawie niemożliwem. Wskutek tego choroba Buhl'a ma bardzo ważne znaczenie pod względem sądowo-lekar-skim. Sinica, zmiany makroskopowe w płucach i innych narządach, wynaczy-nienia – mogą bardzo łatwo wzbudzić po-dejrzeenie, że śmierć nastąpiła wskutek u-duszenia. Wszędzie więc tam, gdzie jest podejrzenie, należy dokonać badania mi-kroskopowego narządów, aby uniknąć pomyłki.

*Rokowanie* jest wogóle bardzo niepo-myślne.

*Leczenie* polegać może jedynie na zwalczaniu zatchnięcia, tamowaniu krwoto-ków i pobudzaniu sił noworodka.

*Istota choroby Buhl'a* nie jest dotych-czas wyjaśniona. U nowonarodzonych zwierząt ssących opisują podobną choro-bę pod nazwą *Lähme*, co do istoty której autorowie także zgodzić się nie mogą. Jedni poczytują ją za ostry reumatyzm, pro-wadzący do zapalenia i zwyrodnienia tłu-szczowego narządów z wybroczynami. Według innych jest-to choroba wrodzona (wewnątrzmaciczna), rozwijająca się u płodów, wskutek nadmiernego tuczenia i nieruchliwości matek, w następstwie cze-go u pierwszych powstaje skłonność do wytwarzania tłuszczu w nadmiernej ilo-ści. Bollinger poczytuje ją za zakażenie krwi, powstające w następstwie spraw za-palnych pępka i naczyń pępkowych (se-psis). Wiemy jednak, że przy chorobie

Buhl'a pępek i naczynia pępkowe żadnych zmian nie przedstawiają.

Tak więc stosunek choroby Buhl'a do innych chorób, a głównie do posocznicy, pozostaje jeszcze niewyjaśnionym.

#### IV. Choroba Winckel'a.

W roku 1879 Winckel opisał nieznaną dotąd chorobę, która w kwietniu tego roku grasowała wśród noworodków w zakładzie położniczym drezdeńskim. Główne jej objawy stanowiły: *sinica, żółtaczka, hemoglobinuria, śpiączka i prędko zapaść* przy przebiegu zupełnie bezgorączkowym.

Przebieg choroby tej był gwałtowny, trwała bowiem zaledwie 32 godzin, raz nawet tylko 9. Rozpoczynała się zwykle 4-go dnia po narodzeniu. Z 23 noworodków, które podczas tej epidemii chorowały (przeważnie dzieci donoszone i silnie rozwinięte), zmarło 19.

*Objawy.* Choroba rozpoczynała się niepokojem i sinicą. Następnie zjawiała się żółtaczka. Oddech był przyspieszony, tętno nieznacznie przyspieszone. Ciepłota, mierzona w kiszce stolcowej, nie przechodziła 38,1. Niekiedy pojawiały się wymioty lub rozwolnienie. Dziecię mocz często oddawało z widocznym wysiłkiem. Śmierć następowała prędko wśród zapaści i drgawek.

Mocz był barwy blado-brunatnej; badanie wykazało, że zabarwienie to zależało od hemoglobiny. W osadzie znajdowano obficie nablonek miedniczek nerkowych, wałeczki ziarniste z ciałkami krwi, mikrokokki, masy rozpadowe i moczan amonowy. Mocz zawierał także nieznaczną ilość białka.

Krew za życia była barwy czarno-brunatnej, gęstości syropu. Badanie mikroskopowe krwi wykazywało znaczne pomnożenie bezbarwnych ciałek krwi i liczne ziarnka.

Matki tych dzieci wszystkie pozostały zdrowymi.

Przy *sekcji* raz zaledwie znaleziono za-

palenie naczyń pępkowych. Nerki przedstawiały zmiany charakterystyczne. Istota korowa była nieco szersza, brunatno zabarwiona i usiana drobnymi wybroczynami. Stożki nerkowe (pyramides) częścią przedstawiały w całej swej rozciągłości zabarwienie czarno-czerwone, częścią zaś były przetkane czarnymi prążkami, które zbiegały się do brodawek. Zabarwienie to zależało od przepełnienia kanalików prostych hemoglobinażiarnistą. Czerwonych ciałek krwi w całości zachowanych, nigdy w nich nie znaleziono.

Pęcherz zawierał mocz mętny zielonawo-brunatny. Śledziona była znacznie powiększona, twarda, czarno-czerwona i gładka na powierzchni rozkroju.

Pod opłucną, osierdziem, wsierdziem i błonami śluzowymi żołądka i cienkich kiszek, w nerkach, niekiedy w oponach mózgowych i pod otrzewną wątroby, znajdowano punktowate wynaczynienia. Blaszkki Peyer'a i gruczoły krezkowe były obrzmiałe.

Badanie drobnowidzowe narządów wykazało zwyrodnienie tłuszczowe. Badanie na drobnoustroje nic szczególnego nie wykryło.

*Przyczyny i istota* choroby Winckel'a pozostają jeszcze zupełnie ciemne. Choroba ta ma wiele podobieństwa do choroby Buhl'a. Tem się jednak różni od tej ostatniej, że krwawienie występuje tu pod postacią hemoglobinurii i że choroba sama zjawia się pospólnie (epidemicznie), podczas gdy choroba Buhl'a zawsze występuje pojedynczo, sporadycznie. Według Epstein'a chorobę Winckel'a należy pochylić za zakażenie septyczne, którego punktem wyjścia jest prawdopodobnie kanał pokarmowy.

#### V. Tak zwana gorączka połogowa noworodków.

Nowonarodzone dzieci, tak samo jak ich matki, mogą podlegać zakażeniu połogowemu, które nie jest niczem innym, tyl-

ko chorobą przyranną natury zakaźnej (septische Wundkrankheit).

Ranę taką, przez którą substancja zakaźna (produkt zwierzęcy uległy rozkładowi), może przeniknąć do ustroju dziecięcego, posiada każdy noworodek, mianowicie *na pępku*.

Pępek służy najczęściej miejscem wniknięcia substancji zakaźnej, która przez tętnice i otaczającą je tkankę łączną, rozszerza się dalej w ustroju dziecka.

Prócz tego miejscem takim być mogą, chociaż o wiele rzadziej, rany głowy, albo innych części ciała, powstałe przypadkowo podczas porodu, a także ranki błony śluzowej, powstające skutkiem obfitego oddzielania się nabłonka w pierwszych dniach po narodzeniu, zwłaszcza w jamie ustnej, rzadziej już w kiszce stolcowej i w narządach płciowych zewnętrznych.

Co się tyczy źródeł zakażenia, to takowe prawie stale znajdują się dokoła noworodka. Dość wspomnieć tu o gorączce połogowej matek, o odchodach połogowych, które bardzo prędko ulegają rozkładowi, o możliwości przeniesienia substancji zakaźnej z położnic na dzieci przez akuszerki i lekarzy. W zakładach położniczych sposobność do zakażenia jest jeszcze większa; tu substancje zakaźne mogą być przenoszone z dziecka na dziecko, czy to rękami, czy narzędziami, czy wreszcie wodą, używaną do kąpieli.

Znane są jednak przypadki *zakażenia wewnątrzmacicznego*, a więc wtedy, gdy nie ma jeszcze na ciele płodu rany, przez którą zakażenie mogłoby się dziecku udzielić.

Dzieci takie przychodzą na świat albo martwe, albo umierające, a sekcja wykazuje w narządach zmiany, zależne od zakażenia septycznego.

W takich przypadkach należy odróżnić dwa rodzaje zakażenia:

1) *Zakażenie przez łożysko*, przy którym, przypuszczać należy, że substancja zakaźna z ustroju matczynego przestępuje

przez przegrodę, jaką stanowi łożysko i krwią żyłą pępkowej przenosi się do ustroju dziecięcego.

2) *Zakażenie wodą płodową, uległą rozkładowi*.

Przypadki zakażenia wewnątrzmacicznego należą wogóle do rzadkości. Według obecnego stanu naszej nauki, tylko takie przypadki mogą służyć dowodem zakażenia łożyskowego, w których płód albo urodził się martwy, albo też zmarł wkrótce po narodzeniu, sekcja zaś wykazała w narządach zmiany natury septycznej, a matka podczas ciąży albo najpóźniej podczas porodu, zachorowała wskutek zakażenia septycznego.

Przypadki, któreby odpowiadały wszystkim tym warunkom, są nadzwyczaj rzadkie, a w literaturze prawie nieznanne. Teoretycznie jednak rzecz biorąc, trzeba się zgodzić na możliwość przejścia substancji zakaźnej przez łożysko, wzięwszy pod uwagę pasorzytniczą teorię zakażenia. Przejście prątków krętych (spirochaete) gorączki powrotnej do płodu, dowodzi możliwości przenikania drobnoustrojów przez przegrodę (łożysko), znajdującą się między matką i płodem.

Między zmianami anatomo-patologicznymi u płodów, zmarłych wskutek zakażenia łożyskowego, przytacza Weber zapalenie opłucny, jako objaw nader charakterystyczny. Zapalenie to występuje po największej części obustronnie i w połączeniu z zapaleniem płuc. Buhl zaś wspomina o nacieczeniu galaretowato surowiczem tkanki łącznej, otaczającej naczynia pępkowe, które rozprzestrzenia się dalej na tkankę łączną podotrzewnową aż do kolumny kręgowej, a następnie wzdłuż aorty do tkanki łącznej śródpiersia i prowadzi do nacieczenia tkanki międzyzrakowej płuc.

Przypadki zakażenia *wciągnięta do dróg oddechowych wodą płodową uległą rozkładowi*, także należą do rzadkości. Głównym objawem w tych przypadkach jest *septyczne zapalenie płuc*. Aby zakażenie tą dro-

gą przyszło do skutku, potrzeba dwu warunków: rozkładu gnilnego wody płodowej i przedwczesnego (wewnątrzmacicznego) oddychania płodu.

W przypadkach, gdzie istnieje podejrzenie zakażenia przez aspirację cuchnącej wody płodowej, należy zwrócić baczną uwagę na pępek i naczynia pępkowe. Septyczne bowiem zapalenie płuc jest częstym następstwem chorób naczyń pępkowych. W takich więc razach należy je przedewszystkiem wykluczyć.

Küstner przypuszcza, że zakażenie przez wciągnięcie wody płodowej (zupełnie świeżej) do dróg oddechowych, może przyjść jeszcze do skutku w ten sposób, że *woda płodowa jest doskonałą glebą odżywczą dla zarodków septycznych*. Jeśli więc dziecię, dotknięte zatchnięciem wewnątrzmacicznym, po narodzeniu pomieszczonem zostanie w powietrzu, przepętnionem zarodkami septycznymi, to zarodki te dostawszy się przy wdechu do wody płodowej, wywołują septyczne zapalenie płuc.

Jest-to więc teoria *zakażenia przez powietrze*, która pozostanie tylko hipotezą, tak samo jak teoria *przeniesienia zarazki septycznej w mleku matczynem*.

Tak więc *zakażenie przez pępek* pozostanie najczęstszą przyczyną t. zw. gorączki połogowej noworodków, bez względu na to, w jakim stanie znajdują się naczynia pępkowe; najważniejszą bowiem rolę przy zakażeniu pępkowem odgrywa tkanka łączna okołonacyniowa, o czem była już mowa przy chorobach naczyń pępkowych.

Pod tym względem ważnem zdaje się być rozwiązanie pytania następującego: Czy może substancja zakaźna wnikać przez pępek i wzdłuż naczyń pępkowych do ustroju dziecka i wywołać chorobę zakaźną oddalonych narządów, *nie pozostawiając zmian patologicznych w naczyniach pępkowych i w tkance łącznej okołonacyniowej*? W obecnej chwili nie można jeszcze na pytanie to odpowiedzieć stanowczo,

wspomnieć jedynie należy, że fakt analogiczny spostrzegać można niekiedy u położnic, zmarłych wskutek zakażenia septycznego. Kanał porodowy nie przedstawia żadnych zmian chorobowych, podczas gdy w sercu, w nerkach i w wątrobie znajdują się zmiany śródmiąższowe, czyniące pewnem zupełnie rozpoznanie posocznicy.

*Objawy chorób naczyń pępkowych*, tej najczęstszej postaci t. zw. zakażenia połogowego noworodków, były już wyżej podane.

Szczególną zwrócić należy uwagę na *rozmaitość objawów klinicznych* przy zakażeniu septycznem noworodków. Raz zakażenie to występuje pod postacią rozkładu krwi bez spraw zapalnych, z ostrym przebiegiem, to znowu na plan pierwszy występują ropnie przerzutowe albo krwotoki. Cierpienia zakaźne skóry zjawiają się niekiedy endemicznie. Czasami zaś zakażenie septyczne przebiega pod postacią zaniku ogólnego (atrophia), niekiedy wreszcie przeważa cierpienie mózgowie, zwłaszcza zaś zapalenie opon mózgowych.

*Rokowanie* jest bardzo niepomyślne.

Co się tyczy *środków zapobiegawczych* (prophylaxis), to przedewszystkiem należy zwrócić baczną uwagę na zabezpieczenie pępka od zakażenia, o czem już wyżej była mowa. Prędkie ukończenie porodu wrazie stwierdzenia poczynającego się rozkładu wody płodowej, energiczne i zupełne przyprowadzenie do życia noworodka, wygarnięcie wciągniętej wody płodowej, staranne oczyszczanie jamy ustnej—oto środki zabezpieczające albo ograniczające możliwość wtargnięcia zarazki do ustroju dziecięcego.

*Leczenie* powinno być przedewszystkiem miejscowem. Leczenie ogólne ograniczyć się musi jedynie do podtrzymywania sił dziecięcia, ku czemu najodpowiedniejszymi zdają się być małe dawki alkoholu (koniak w wodzie ocukrzanej) i kąpiele. Krwotoki żołądkowe i kiszkowe wymagają szczególnego baczenia. Henoch

w takich razach stosuje zimne okłady na brzuch, a jednocześnie obwija kończyny górne i dolne w ogrzaną flanelę. Do wnętrza zaś podaje mleko z lodu.

(d. n.).

## MISCELLANEA.

217 *Socin* na posiedzeniu lekarzy francuzkich udzielił ważnej wiadomości odnośnie **mikroorganizmów ropnych**. Uczeń Kocha Becker opisał mikroba żółtego, specyficznego dla ostrego zapalenia szpiku (*Staphylococcus pyogenus aureus*). Rosenbach i Krause odkryli i opisali innego mikroba białego (*staphylococcus pyogenus albus*), którego znajdowali w ropie przy osteomyelitis. Nadto wykazali oni, że obadwa te mikroby można znaleźć w ropniach ostrych i flegmonach. Nieco później Rosenbach odkrył trzeciego mikroba, mniejszego, łączącego się nie w grudki, jak tamte, a w łańcuszki (*streptococcus pyogenus*) i odznaczającego się szczególną złośliwością. *Socin* i asystent jego Garri w 30 wypadkach zapalenia szpiku znajdowali dwa pierwsze rodzaje mikrobów. Garri zaszczepił sobie na palec kulturę tych mikrobów i wywołał po 24 godzinach panaritium. Kultura z tej ropy dała znów żółtego mikroba. Następnie Garri zatarł sobie ropę w ramię lewe; zjawia się masa wrzodzieńki i jeden duży węglik. Wciągu dni kilku miał się on bardzo złe; wyleczenie nastąpiło po oddzieleniu się skóry zmartwiałej. Widocznym jest przeto, że jeden i ten sam mikroba może wywołać ostre zapalenie szpiku, flegmonę, wrzodzieńkę i węglik, i że dla zarażenia nie jest koniecznym zranienie skóry.

(*Gaz. heb.* Nr. 16—85)

248 *Trélat* opierając się na trzech wypadkach **podostrego zapalenia szpiku**, zwraca uwagę na występujący przytem **zanik mięśni** porażonej kończyny. Przyczyny zjawiska nie tłumaczy.

(*Gaz. heb.* Nr. 13—*Porg. méd.* Nr. 24).

249 Dr. *Vaslin* dokonał **amputacji nadkłykciowej** u 11-letniego chłopca naskutek poszarpania części miękkich goleni. Zrobiwszy dwa płaty, przedni duży i tylny mały, wyluszczył rzepekę, a kłykiec odpiłował na wysokości fossae intercond. Sączek włożył poprzecznie. Przebieg rany był z początku bardzo dobry. Jedenastego dnia wystąpił tężec, który po 15 dniach ustąpił. Po zagojeniu bliźna odciągnęła się na tylną powierzchnię kikuta. Nadto, *wskutek podrażnienia chrząstki nasadowej*, która pozostała po odpiłowaniu kłykciów, *rozrost kości wzdłuż powiększył się*. Długość kości udowej nogi operowanej po upływie 5 miesięcy przenosiła bliżko na 6 cent. długość kości drugiej nogi. Ostatni

punkt wysoce przemawia za pozostawianiem chrząstki nasadowej przy amputacjach uda.

(*Gaz. heb.* Nr. 13 i 16—1885).

250 Dr. *Merklen* podaje **wypadek zarażenia gruźlicą**. Kobieta, lat 26, mąż której po 3-letniej chorobie umarł na gryźlicę, we dwa miesiące potem spostrzegła małe, czerwone, bolesne guziczki na tylnej powierzchni dwóch palców. Wprędce pokryły się one strupami i przyjęły wygląd brodawkowatych blaszek (*plaquards verruqueux*). Potem zaczęły wciąż się zjawiać guziki twarde na przedniej powierzchni ramienia, łokcia i przedramienia. Chora wychudła i po 4 miesiącach choroby zapisała się do szpitala. Oprócz owalnych, łuszczących się chropowatych fijełtowo-czerwonych wyniosłości (*tubercula anatomica*) zauważono sznurowato ułożone w kierunku naczyń guziczki wielkości prosa i większe. Niektóre z nich były już rozmiękczone. Same naczynia chłonne miejscami wyczuwały się, jako zgrubiałe sznurki. Badanie ropy jednego z guziczków wykryło obecność laseczników Kocha. W wierzchołkach płuc, pomimo braku wszelkich objawów przedmiotowych, znaleziono przytłumiony oddech i nieliczne rżenia. Ponieważ chora sama prała bieliznę chorego, razem z nim mieszkała i spała, M. przypuszcza w danym wypadku zarażenie. Jako środek leczniczy zaleca wypalenie.

(*Gaz. heb.* Nr. 27—1885).

251 Prof. *Paetsch* podaje **sprawozdanie** z zajęć na **klinice dentystrycznej** w Berlinie.

Wciągu zimowego półrocza założono 939 plomb, z tych 657 złotych. Wciągu letniego półrocza 1569 plomb, z tych 894 ze złota, reszta z cyny i złota, cementu, amalgamatu i Hill's stopp.

Na pierwszym miejscu stoi plomba złota raz dlatego, że najlepiej ochrania ząb, powtóre, że najbardziej nadaje się dla nabrąbia wprawy przy zajęciach praktycznych. Studenci uczą się z początku na wyjętych zębach, a po dojściu do wprawy przystępują do zajęć z chorymi. Z początku zajmują się oczyszczaniem zęba; przytem używają narzędzi ręcznych; maszynki nożne do świdrowania wymagają większej wprawy i pewności ręki. Dziurawienie zdrowej denty ny w celu łatwiejszego utrzymania złota na miejscu, nie praktykuje się na klinice, ponieważ nierówności powierzchni, po wyjęciu zniszczonych części, dostateczny dają punkt oporu do utrzymania się plomby. Plombowanie złotem wymaga największej staranności, dobrego oka i światła—jest ono najtrudniejszym. Inne sposoby są potem rzeczą łatwą.

Oprócz plombowania próbowano kilkakrotnie przesadzania zębów (*transplantatio*). Operacja ta wymaga do udania się nader sprzyjających warunków, a widoki powodzenia stałego są przy niej bardzo małe.

(*Deut. Med. Woch.* Nr. 39).

252 **Kava** (*piper methysticum*), roślina trawista rośnie na wyspach oceanu Spokojnego; *korzeń jej posiada znakomite własności lecznicze przy zapaleniach cewki, zwłaszcza rzeżączce*. Pierwszy zwrócił na nią uwagę dr. Dupouy (1874), później prof. Gubler. Wykazał on, że działającym pierwiastkiem kawy jest ciało olejo-żywiczne, bardzo aromatyczne, i ciało krystaliczne—kavabina.

Działanie omawianego środka przejawia się zrazu znacznym zwiększeniem się ilości moczu, poczem następuje zmniejszenie się objawów zapalnych i stopniowe ograniczanie się wydzieliny. Obecnie dr. Fournier przygotowuje pigułki z wyciągu korzenia kawy, każda pigułka odpowiada ilości czynnych pierwiastków zawartych w 1 gramie korzenia.

(*l'Union med.* 133).

253 **Wstrzykiwania podskórne przy wągliku:** Kwasu karbolowego 5 grm.

Wysokoku . . . . . 10 „

Wody przekropl. . . . . 100 „

W początkowym okresie wąglika wstrzykuje się powyższy roztwór u podstawy guza. Ból uspakaja się bardzo szybko, obrzmienie zmniejsza się podobnie jak i objawy ogólne. Przy powtarzaniu wstrzykiwań w osiem dni ma następować zupełne rozżycie się sprawy. (*l'Union med.* Nr. 132).

## Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

### — Kongres Frenijatry i Neuropatologii w Antwerpii.

We wrześniu odbył się w Antwerpii na wniosek Société de médecine mentale de Belgique kongres, na którym zajmowano się głównie dwiema kwestyjami: mianowicie 1) aby ustanowić jednorodną międzynarodową statystykę chorób umysłowych i 2) określić stosunki zachodzące między zaburzeniami umysłowymi i przestępstwem. Przewodniczącymi zebrania byli pp. Wiktor Desguin, prezes wspomnianego towarzystwa i Oudard, generalny inspektor zakładów dla obłąkanych w Belgii. Z więcej znanych psychiatrów prócz belgijskich i holenderskich byli Magnan, Christian, Rey (z paryskiego medyko-psychologicznego towarzystwa), Eumes, Harttuke z takiegoż towarzystwa w Londynie, Benedykt, którego obrano na honorowego prezidenta kongresu, Mierzejewski i inni.

Z oddzielnych odczytów wyróżniały się następujące: Fovil: O prawie chorych umysłowych żądania, aby stan ich był w każdym czasie badany przez sąd; Oudard: O nowej kolonii dla chorych umysłowych w Belgii; Benedykt: O swoistem działaniu statycznej elektryczności; Maryk (bardzo uzdolniony młody belgijczyk): Poszukiwania doświadczalne nad lokalizacją w mózgu.

Kwestyja międzynarodowej statystyki chorób umysłowych oddaną została do opracowania osobnej międzynarodowej komisji.

Największe zainteresowanie budziła druga z dwóch głównych kwestyj P. Semal, referent, postawił w końcu swego odczytu następujące zdanie: Rząd powinien w dalszym ciągu popierać poszukiwania belgijskiego towarzystwa psychiatrycznego nad stosunkiem chorób umysłowych do przestępstwa, wyznaczyć komisję w celu badania tej kwestyi ze zwróceniem uwagi

- 1) na każdego więźnia, podejrzewanego o zbrodzenie umysłowe,
- 2) na każdego osobnika, który popełni przestępstwo w stanie zaburzenia umysłowego,
- 3) na wielkich przestępców i recydywistów,
- 4) na osoby, które w czasie więzienia uległy cierpieniom umysłowym i na wpływ więzień celkowych na rozwój chorób umysłowych.

Prof. Benedykt, zwróciwszy pokrótce uwagę na to, że byłoby do życzenia, aby ze ścisłych rozpraw naukowych wykluczyć wszelkie filozoficzne spekulacje—przechodzi do pytania, czy przestępcy wogóle, a zwłaszcza przestępcy z profesji, przedstawiają od urodzenia pewną odmianę genus homo, t. j. czy przedstawiają pewną dyjatezę? Autor przypuszcza u tych osobników pewien podstawowy psychologiczny czynnik, mianowicie neurasteniję, t. j. stan szybkiego wyczerpywania się z nieprzyjemnym uczuciem wielkiej słabości. Ta to wrodzona neurasthaenia physica, aethetica et moralis jest przyczyną wstępu do pracy, lekkomyślności i niezdolności moralnego opierania się, grających główną rolę w psychologii przestępców nawykowych.

W dalszym rozwoju tezy mówca przychodzi do wniosku, że przestępcy z profesji, niepoprawni, przedstawiają w samej rzeczy wrodzoną odmianę rodzaju homo. Jako chorych umysłowych uważać ich jednak nie można, ze względu na wyraźną celowość ich postępowania i nie zawsze brakujące poczucie winy.

Wogóle przestępców należy podzielić na następujące kategorie:

- 1) Przestępcy przypadkowi, z normalną zresztą organizacją.
- 2) Przestępcy z profesji, niepoprawni—wrodzone zbrodzenie od normalnego typu.
- 3) Przestępcy wskutek odurzenia lub choroby. Należy zapatrywać się na nich jak na chorych z padaczką nabytą lub nabytym zbrodzeniem umysłowym.
- 4) Przestępcy z oznaką ciężkich wrodzonych zmian. Tych trzeba uważać jako chorych umysłowych od urodzenia, albo dziedzicznie obciążonych i epileptyków.

Sprawiedliwości i rozsądkowi będzie wtedy uczynionem zadość, jeżeli prawo i sędziowie będą zapatrywali się na przestępcę z punktu widzenia je-

go „niebezpieczeństwa“ dla społeczeństwa i jego instytucji i postąpią z nim według prawdziwych psychologicznych podstaw.

Główną przeszkodą dla rozwoju prawodawstw i kryminalistyki jest zupełnie chybione wychowanie prawników; przypomina ono wychowanie lekarzy bez klinik. Prawnik uczy się zdań, określić, ale przedmiotu nie ogląda wcale, albo dopiero później lub w swej praktyce w warunkach, uniemożliwiających wyrobienie właściwego pojęcia o rzeczy.

Ztąd też prof. Benedykt proponuje, aby kongres wyraził życzenie: żeby urządzono kliniki przestępców, t. j. żeby w miastach uniwersyteckich urządzono w więzieniach kursa z psychologii kryminalistycznej z przestępcami, jako przedmiotem wykładu.

Cały odczyt i końcowy projekt przyjęto z wielkim zapętem i jednomyślnie.

Po wyczerpaniu części teoretycznej członkowie kongresu zwiedzili zakłady dla chorych umysłowych i więzienie celkowe w Louvain.

(Według oryg. spraw. w *W. Med. Presse*).

#### — Posiedzenia sekcyjne.

W sekcji *anatomii patologicznej i ogólnej patologii* przedstawił Orth nowe badania nad *etyjologią ostrego zapalenia wsierdzia*, które wykonał wspólnie z dr. Wysokowiczem z Charkowa.

W ostatnich czasach wiadomości nasze o etyologii zapalenia wsierdzia zrobiły znaczne postępy; endocard. ulcerosa maligna uznana została za chorobę pasorzytniczą. Wiele jeszcze kwestyj oczekuje na ostateczne rozstrzygnięcie. Doświadczenia Ortha wykazały, że nie wszystkie postacie ostrego zapalenia wsierdzia są pochodzenia mykotycznego. Co się tyczy natury organizmów, napotykanych przy endocarditis mycoticą, to w jednym przypadku znaleziono staphylococcus pyogenus aureus. Liczne doświadczenia dowiodły, że wstrzyknięcie rozmaitych grzybów (schizomycetes) w większych lub mniejszych ilościach do krwi królików, nigdy nie wywołuje cierpienia zastawek. Rosenbach stwierdził, że króliki znoszą dobrze uszkodzenia zastawek, przyczem nie zjawia się ani zapalenie wsierdzia, ani nawet nie tworzą się złogi zakrzepowe. Rzecz się zmienia jednak, jeżeli natychmiast po uszkodzeniu zastawki wstrzyknąć do krwi pewne organizmy; występuje wtedy ostre zapalenie wsierdzia z metastatycznymi ogniskami, zabijającymi w 2 — 5 dni. Badania mikroskopowe przedstawiają ten sam obraz, jaki bywa przy endocarditis mycoticą u ludzi, t. j. obecność organizmów w tkankach, gźrozel tkanki, nacieczenie zapalne komórek i t. p. Organizmy te znajdują się również w ogniskach przerzutowych i w wielu innych miejscach w naczyniach. Wynika ztąd, że u królików można wywołać mykotyczne zapalenie wsierdzia ze wszystkimi następstwami; przyczyną zaś choroby są organizmy wstrzyknięte do krwi i rozmnażające się na zastawkach, ścian-

kach naczyń etc. Organizmy te zatrzymują się na miejscach, gdzie poprzednio nastąpiło jakiekolwiek uszkodzenie. Istniejące już nagromadzenie organizmów może wywołać zmiany w miejscach, gdzie poprzednio uszkodzenia nie było i wytworzyć tym sposobem może miejscowe usposobienie dla nagromadzenia się organizmów. Traumatycznie wywołane usposobienie istnieje tylko krótki czas, ponieważ organizmy, wstrzyknięte po dwóch dniach od czasu uszkodzenia nie wywołują zapalenia wsierdzia.

Na zasadzie tych danych przychodzi Orth do wniosku, że rozmaite, ale nie wszystkie, mikroorganizmy posiadają możność wytwarzania zapalenia wsierdzia. Ani micrococcus tetragonus, ani pneumoniococcus Friedlaendera, ani bacillus septicus nie mają tej zdolności. zato dodatnie wyniki otrzymane po wstrzyknięciu staphylococcus, streptococcus pyogenus. Przytem rozmaite skutki występują po wstrzyknięciu tych grzybków: staphylococcus w mniejszej ilości znajduje się na zastawkach, wytwarza natomiast liczne ogniska przerzutowe i znaczne zmiany w nerkach; streptococcus zaś wywołuje większe zmiany miejscowe na zastawkach sercowych, a mniejsze ogniska przerzutowe. (d. c. n.)

### Wiadomości bieżące.

— **Doktoryzacja.** Dnia 11-go października w auli tutejszego uniwersytetu kol. Pacanowski bronił publicznie rozprawę pod tytułem: „Peptonuryja“, w celu uzyskania stopnia doktora medycyny. Oponentami z urzędu byli prof. Baranowski i prof. Szalfejew. Obaj oponenci dali nader pochlebne opinie o przedstawionej pracy. Poważne zarzuty robił prof. Baranowski ze strony klinicznej. W końcu prof. Hoyer zaznaczając wysoką wartość poprzednich prac kolegi P. a zwłaszcza „O sposobie wytwarzania się żółyska“, powińszował mu w szczerych słowach tak płodnej i wielostronnej działalności na niwie nauki. Dr. P. zszedł z katedry wśród głośnych oklasków.

— Profesor higieny tutejszego uniwersytetu p. **Skwarcow** przechodzi do Charkowa, miejsce jego zajmie p. Kapustin prywat-docent w Charkowie.

(*Wracz*, 38).

— **Prezes** warsz. Towarzystwa farmaceutycznego p. **Hubert** podniósł myśl urzędzenia w Warszawie wystawy farmaceutycznej z udziałem fabrykantów przetwórców chemicznych, wód mineralnych i t. p.

— „**Wiadomości farmaceutyczne**“ sądzą na podstawie sprawozdania prof. farmacji i farmakognozy p. Menthien o stanie pracowni i gabinetu farmaceutycznego uniwersytetu Warszawskiego, że gabinet tutejszy zajmuje obecnie pierwsze miejsce

po farmaceutycznym gabinecie Doirpackim, który ma pod tym względem stać najwyżej w Cesarstwie.

(*Wiadom. Farm.* 19).

— „**Gazeta lekarska**“ (Nr. 40) powstaje słusnie przeciw zwiększającemu się ciągle u nas protegowaniu specyfików zagranicznych. Trudno w samej rzeczy znaleźć jakies godziwe podstawy dla takiego postępowania. Niepewny, niesprawdzany przez nikogo, skład tych przetworów nie może chyba być pobudką do leczniczego stosowania ich przed zwykłymi środkami. Bezcelowe wysyłanie dużych sum za granicę także nie przemawia za nimi. Wynika to więc może w części z niewłaściwego dogadzania bogatszej klienteli, przekładającej nawet i tu zagraniczne nad swojskie, w części zaś gra tu zapewne rolę i owo dążenie do nimbu tajemniczości, jak sądzi „**Gazeta**“.

— **Morawski urząd namiestu** wzywa przedstawicieli stowarzyszeń aptekarzy, aby wpływali na to, żeby aptekarze usunęli się od wszelkiej łączności z oszukającymi ogłoszeniami o środkach lekarskich, zwłaszcza zagranicznych specyfików, przez nie dozwolanie dołączania w pismach publicznych swej firmy i nazwiska. (*W. Kl. Pr.* 40).

— **Ministryjum wyznań i oświecenia** potwierdziło uchwały wydziału lekarskiego uniwersytetu Jagiell. nadające **veniam legendi** d-rowsi **Smoleńskiemu** i d-rowsi **W. Gluzińskiemu**.

(*Prześl. lek.* 40 i *W. Med. Pres.* 40).

— Z inicjatywy prof. **Sławianskiego** w Petersburgu zawiązuje się **towarzystwo ginekologów i akuszerów**. (*Wraccz.* 38).

— **Według sprawozdania** komitetu policyjno-lekarskiego 1-go stycznia 1885 roku było w Petersburgu 4,145 **prostytutek**, z tych 1,069 przebywało w domach publicznych (123), a 3,076 mieszkało pojedynczo. 1,082 było z włościan, 842 z mieszczan, żon i córek żołnierskich 673, z wyższych klas 116. Od 16 do 20 roku życia było 776 (18,7%), od 20—25 lat 1,434 (34,5%), od 25—30 lat 952 (22,9%), od 30—35 l. 745, od 35—40 l. 138, od 50—55 lat—trzy. (*Wraccz.* 38).

— „**Wraccz**“ (37) ogłasza **program zjazdu lekarzy rosyjskich**, mającego się odbyć w grudniu roku bieżącego (od 26 do 31) w Petersburgu. Program, rozpadający się na siedem grup, jest bardzo obszernym. Pierwsza grupa „**bytowe woprosy**“ obejmuje niektóre kwestyje dotyczące stanu lekarskiego (np. o samopomocy lekarzy), inne grupy odpowiadają rozmaitym gałęziom medycyny z poszczególnem wyliczeniem kwestyj, które mają być opracowane.

— Prof. **Botkin** obdarzony został orderem Orła Białego.

— **Liczba studentów** w uniwersytecie dorpackim dochodzi w bieżącym półroczu 1704; prawie połowę składają słuchacze medycznego wydziału (716 medyków i 124 farmaceutów).

— **Rząd austriacki** powziął myśl założenia instytucji na podobieństwo niemieckiego „**Reichs-gesundheitsamt**“ w Berlinie.

(*Wien. Med. Presse.* 40).

— **Międzynarodowy kongres farmaceutyczny** w Brukselli zażądał powiększenia zakresu studjów dla farmaceutów, ustanowienia stopnia doktora farmacyi, oraz ograniczenia aptek. Rzucono też projekt międzynarodowej farmakopei.

Przyszły zjazd będzie miejsce w Medyolanie. (*D. M. W.* 39).

— **Liczba studentów medycyny** w uniwersytetach niemieckich wynosiła w półroczu letniem 1885: w Wiedniu 2,307, Monachium 1,129, Berlinie 1,082, Würzburgu 789, Lipsku 662, Freiburgu 474, Gryfii (Greifswald) 457, Wrocławiu 397, Grazu 371, w Halli 316, Bonn 311, w Heidelbergu 265, w Królewcu 251, Marburgu 247, Tybindze 242, Kiel 227, w Strasburgu 222, Erlandze 219. Getyndze 204, Jenie 204, Zurychu 204, Bernie 186, Giessen 159, Bazylei 104, Genewie 104, Rostoku 92.

(*Berl. Klin. Woch.* 40).

— Od 1-go Października prof. **Gerhardt** objął kierunek kliniki prowadzonej dotąd przez prof. **Leydena**. Ostatni obejmuje klinikę Frerichsa.

(*Berl. M. W.* 40).

— **Liczba spisanych chorych umysłowych** w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej wynosiła w 1865: 24,042, w 1870: 37,432, w 1880: 91,959. Wzrost wciągu 10 lat dosięga prawie 150% podczas gdy ludność zwiększyła się o 26%. Zwiększenie się tak znaczne należy przypisać po większej części dokładniejszemu spisywaniu.

W całym państwie znajduje się 80 rządowych, 40 prywatnych zakładów dla obłąkanych. W stanie N. York jest 35 zakładów z 11,343 chorych.

(*Neurolog. Centr.* Nr. 18).

— **We Włoszech** znajdowało się (według obliczeń z r. 1883) 19,656 obłąkanych na 29,010,652 ludności. Jeden przypada na 1,476 osób. Stosunek ten ulega wielkim wahaniom w rozmaitych prowincjach. Podczas gdy w Liguryi na 100,000 mieszkańców wypada 121,7 obłąkanych, w Emilii nawet 127,3, w Neapolu jest tylko 24,0, a na wyspie Sardyńii zaledwie 17,0. (*Neurolog. Centr.* 18).

— **Nadesłano do Redakey:**

*H. Pacanowski* Ueber die Peptonurie vom klinischen Standpunkte aus. Odbitka z „*Archiv f. Kl. Med.*“, 1885.