

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Medycyna wewnętrzna.

254. Dr. SCHADEWALDT. **Nerwice n. trójdzielnego.** *Die Trigemini-Nerven.* (*D. Med. Woch.* Nr. 37 i 38).

Rozmaite nerwice wywołane patologicznymi zmianami nerwu trójdzielnego w nosie, wyrażają się przeważnie tak zwanym kaszlem n. troistego (*Trigeminus Husten*), który jest wyrazem zmienionego odruchu nosowego (p. „*Kron. Lek.*“ 1885, str. 556). Jednakże i inne objawy nerwowe powstałe w organach szyjowych i oddechowych mogą być uważane jako czynnościowe zmiany odruchu nosowego. Te objawy bywają dwojakiego rodzaju: 1) miejscowe, t. j. nieoddechowe i 2) prawdziwe oddechowe nerwice.

Często zdarza się, że osoby zupełnie zdrowe uskarżają się na nieokreślone cierpienia szyi, przyczem badanie odpowiednie nie wykazuje najmniejszych zmian, któreby wytłómaczyć mogły uczucie subiektywne. Rodzaj cierpienia bywa w każdym przypadku inaczej oznaczonym, najczęściej jest to ściskanie, palenie lub drapanie, ściskanie bywa przeważnie w dołku widelkowym, w krtani lub przełyku; palenie w przełyku, a drapanie i ból w gardzieli. Cierpienia te nie ustępują nawet po usunięciu istniejących w tych miejscach zmian patologicznych (wycięcie migdałów lub języczka, wyleczenie nieżyłotów krtani i gardzieli i t. p.). Siedlisko anatomiczne tego cierpienia jest trudne do określenia, już z tego względu, że oznaczenie miejsca nienormalnego uczucia w organach szyjowych nawet fizjologicznie jest bardzo niedokładnem, a trudność ta wzrasta wówczas, gdy przyczy-

na tych niezwyklej uczuć ukrywa się w sferze nerwowej. Przy rozpoznaniu kierować się w takich przypadkach należy obiektywnymi objawami, wskazującymi na zmiany w nerwach szyjowych. Wywoływanie kaszlu n. troistego zapomocą drażnienia jamy nosowej zgłębnikiem jest objawem zboczenia w czynności nosowej części n. troistego, któremu towarzyszą często niezwykle uczucia w organach szyjowych. Zniknięcie tych objawów po odpowiedniemu leczeniu nerwicy n. troistego stwierdza dopiero dokładność rozpoznania. Rzeczywiście wraz ze zmianą kaszlu n. troistego na normalny odruch kichania po odpowiedniemu leczeniu znikają uciążliwe objawy szyjowe, które dotychczas opierały się wszelkiemu innemu leczeniu; nie ulega więc wątpliwości, że między parastezyją szyi i zmianą odruchu n. trójdzielnego istnieje związek.

Autor uważa powyższe cierpienia szyi za niedokładnie umiejscowione nerwice czuc'owe n. troistego, nie są zaś one nerwicami oddechowymi n. trójdzielnego z tego względu, że nie spostrzega się żadnych zboczeń w unerwieniu mięśni przełyku, krtani i t. d.; że nie ma żadnych zboczeń w połykaniu, mowie i oddychaniu. Odruch n. trójdzielnego ogranicza się najczęściej organami oddechowymi, w opisanych zaś cierpieniach chorzy skarżą się na objawy w gardzieli. Niezwykle drapanie, palenie w języczku objaśnia się siedliskiem nerwicy czuciowej u podstawy języczka, t. j. w choanach. Uczucie ściskania w przełyku możnaby objaśnić odruchohem skurczeniem mięśni gardzieli.

Prawdziwe nerwice oddechowe nosowej części n. troistego wyrażają się zmianami w dalszych oddziałach muskulatury

oddechowej, które nie tylko subiektywnie, ale i obiektywnie oznaczyć się dają niekiedy w postaci kurczów tonicznych i klonicznych, a niekiedy w postaci porażań. Nerwice te różnią się od poprzedzających, w wielu względach mają tylko jeden wspólny objaw - kaszel n. troistego; dzieli się on na dowolny lub wywołany sztucznie. Dowolny kaszel n. troistego bywa idyopatycznym lub symptomatycznym, pierwszy może być ostrym lub przewlekłym. Ostry występuje po silnych zaziębeniach, jest mocno męczącym, prędko jednak znika. Przewlekły trwa zwykle parę lat, jest męczącym i uporczywym. Symptomatyczny kaszel n. troistego towarzyszy wielu nerwicom tego nerwu, szczególnie zaś dychawicy.

Sztucznie wywołuje się kaszel n. troistego przez drażnienie zgnębieniem lub prądem przerywanym przy wszystkich nerwicach n. troistego; wskutek tego jest on objawem rozpoznawczym, pozwalającym nam rozpoznać astmę nerwową nawet w chwilach wolnych od napadów.

Patologiczny odruch nosowy wytwarza niekiedy toniczne kurcze i porażenia głośni. Kurcz głośni spostrzega się u mężczyzn z zupełnie normalną krtanią, zjawia się pod wpływem nieznacznej przyczyny podczas jedzenia, schylania się, niekiedy nawet podczas snu. W tych przypadkach zauważyć można zmiany w nosowej części n. troistego, po przypaleniu lub elektryzowaniu którego kurcze te ustępują. Częściej pod wpływem zmian n. troistego zjawiają się zбочzenia głosu, jako to: chrypka, bezgłos zupełny lub głos zmieniony; w przerwach wolnych głos jest najczystszy.

Najburzliwszym objawem zбочzeń nerwu troistego jest czysto nerwowa dychawica (asthma nervosum). Astma jest wynikiem podrażnienia n. troistego, wskutek którego powstają odruchowe kurcze, niezależnie od zmian anatomicznych jamy nosowej.

Autor przeczy twierdzeniom innych

badaczy, pomiędzy nimi i Fraenkla, że astma zależy od anatomicznych zmian w jamie nosowej, a utrzymuje, że zmiany te zależą również od nerwicy odruchowej n. trójdzielnego.

Napady astmatyczne pochodzenia odruchowego ustają lub znacznie się zmniejszają pod wpływem okadzenia dymem z liści Stramonii lub Belladonnae, przesiąkniętych mocnym kwasem saletrzanym. Nerwice n. trójdzielnego odznaczają się własnością przechodzenia jedne w drugie. Atak astmatyczny przechodzi w ból głowy (neuralgia n. trigemini), kaszel n. troistego w lekki astmatyczny napad, w zemdlenie, zбочzenie czuciowe organów szwyjowych, w kaszel i t. p. Nerwicom tym towarzyszą często uboczne objawy, jak: zawrót głowy, omdlenie, zбочzenia wzroku, przygnębienie umysłowe, ból głowy.

M. Hopfenblum.

255. Dr. RAYMOND. **Niektóre przypadłości paralityczne u starców, jako prawdopodobne następstwa mocznicy.** (*Rev. de Med.* 9, 1885).

U starców mocznica występować może niekiedy bez ataków kurczowych, bez zjawisk poprzedzających, w postaci obłędu ostrego, przykurczeń, porażań lub znieczuleń połowicznych. Po tych objawach następuje często śpiączka, kończąca się śmiercią. Typ mocznicy z porażeniami wyjątkowo spostrzega się w wieku dojrzałym i w przebiegu zapalenia nerek ostrego; w przewlekłych zaś postaciach i u starców zjawia się częściej. Spostrzeżenia przytoczone przez autora tyczą się trojakiiego rodzaju chorych:

1) Chorzy, którzy bez zjawisk poprzednich ulegają napadowi apoplektycznemu, kończącemu się nagłą śmiercią. Sekcja nie wykazuje żadnych zmian ośrodków nerwowych, mogących wytlómaczyć porażenie, a natomiast znajdują się zmiany wskazujące na przewlekłe zapalenie nerek i mocznicę (obrzęk mózgu i bezkrwistość).

2) Chorzy bez poprzednich objawów nerwowych ulegają napadowi apoplekty-

cznemu, pozostawiającemu połowiczne porażenie kończyn, twarzy bez lub z przykurczeniami, częściowym lub zupełnym znieczuleniem. Sekcja nie wykazuje w mózgu żadnych ognisk hemorragicznych ani rozmiękczenia, nie ma też żadnych zakrzepów ani zatorów; jedyne zmiany mózgowymi są: obrzęk i bezkrwistość, zależne od zmian w nerkach.

3) Chorzy ulegają napadom apoplektycznym z następczym porażeniem i śmiercią, przyczem po sekcji odnajdują się stare zmiany w mózgu bez wszelkiego obostrzenia.

We wszystkich tych przypadkach przyczyna napadu zależy od obrzęku mózgowego i zбочeń krążenia (przekrwienie lub bezkrwistość) zostających w związku ze zmianami w nerkach. Doświadczenia wykonane na królikach objaśniają dlaczego obrzęk mózgu wywołuje objawy niesymetryczne; zależą one od nieznacznych zmian naczyniowych, które w pewnych miejscach więcej są wyraźne, niż w innych.

M. Hopfenblum.

256. **Cl. M. RICHTER. Statystyka tętniaków, zwłaszcza tętniaków aorty, oraz o ich przyczynach.** *Zur Statistik der Aneurysmen, besonders der Aorta-Aneurysmen, sowie über die Ursachen derselben.* (*Archiv f. Klin. Chirurgie*, Bd. 32, H. 3).

Autor stara się zbadać przyczynę zauważonego od pewnego czasu w San Francisco faktu znacznej liczby śmiertelności z wad serca, a zwłaszcza z tętniaków aorty. Warunki klimatyczne i materalne miejscowej ludności są przeciętnie lepsze niż gdzieindziej i wogóle śmiertelność jest względnie małą (14—27 na tysiąc).

Pomiędzy przyczynami śmierci zaburzenia w układzie naczyniowym zajmują bardzo poważne miejsce. Według statystycznego zestawienia za lata 1865 do 1889 było 2,990 przypadków śmierci z chorób układu naczyniowego, w tem 764 z tętniaków, na średnią liczbę 160,000 osób rocznie. Przeciętna, 34 rocznie, wzmaga się przytem w ostatnim czasie w stosunku

znacznie przewyższającym wzrost ogólnej cyfry śmierci w tych latach i wzrost ludności.

Poszukując przyczyn tego związku na podstawie rozmaitych statystycznych zestawień, dotyczących pochodzenia, zajęcia, płci i wieku chorych, autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Tętniak aorty jest chorobą swoistą klasy pracującej (duży kontyngens dostarczą tu t. zw. Longshoremes, ludzie pracujący b. ciężko przy na- i wyladowywaniu statków).

2) Usposabia do tętniaków nabyte zapalenie śródtętnicze.

3) Przyczyną ostatniego jest nadużycie wysokowe (bardzo tu rozpowszechnione zwłaszcza pomiędzy Niemcami i Irlandczykami, umiera tu z przewlekłego otrucia wysokiem w stosunku na milion mieszkańców—280 osób rocznie, podczas gdy w Berlinie tylko 30, a w Cincinnati 180) i wysiłkowa długo trwająca praca mięśniowa.

4) Rozmaite narodowości okazują jednakowy stopień usposobienia do nabywania chorób układu naczyniowego, a tętniaków aorty w szczególności.

5) Największy procent śmiertelności z tętniaków wypada na piąty dziesiątek życia, następnie idzie czwarty i szósty.

6) Najczęściej spostrzegano tętniaki łuku aorty, dalej w części zstępującej, brzusznej, a najrzadziej w aorcie wstępującej.

H.

257. **F. HOFMEISTER i E. SCHÜTZ. O automatycznych ruchach żołądka.** (*Ar. f. exp. path.* Bd. 20, H. 1 i 2).

Najrozmaitsze czynniki wpływają na ruchy żołądka; czynniki te są zmienne, należy więc w celu badania ruchów żołądka wpływ ich ujednostajnić lub zupełnie usunąć. Autorzy cel ten osiągnęli w następujący sposób: żołądek psów, po ich zabiciu, wyjmują z jamy brzusznej i wkładają w wilgotną skrzynkę z ciepłotą 36—38° C. W takiej skrzynce żołądek okazywał w pierwszych już minutach ruchy,

które trwały od $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ godziny. Ruchy te odbywają się podług pewnego planu, od którego zdarzają się rzadkie zboczenia. Typowy skurcz żołądka pustego odbywa się w sposób następujący: najprzód przy zupełnie spokojnym żołądku kurczy się muskulatura dna żołądka w miejscu odległym na parę centymetrów od wpustu w ten sposób, że krzywizna wielka staje się nieco płaską lub się zagłębia. Skurcz mięśni posuwa się dalej w kierunku perystaltycznym, wciąż wzmagając się i kończy się na 2 ctm. od wejścia do jamy odźwiernika tworząc wgłębienie (präantrale Einschnürung). Wtedy zmniejszenie się jamy dna żołądka jest największem, jednocześnie też poczyna się zmniejszać jama odźwiernika, przyczem żołądek przybiera postać klepsydry. Jama odźwiernika przez skurcz sphincteri antri pylorici zupełnie się oddziela od jamy dna żołądka; skurcz mięśni żołądka postępuje dalej i kończy się zamknięciem samego odźwiernika. Cały peryjod ruchów żołądka oznaczają autorzy słowem „Peristole“. W pełnym żołądku następuje niekiedy jeszcze trzeci okres, a mianowicie powtórny skurcz części odźwiernikowej w kierunku przeciwnym, t. j. od odźwiernika do zwieracza antri pylorici, przyczem twarde cząstki pokarmów wepchnięte zostają do jamy żołądkowej.

Autorzy na zasadzie licznych doświadczeń doszli do następujących wniosków: Żołądek zachowuje zdolność wykonywania rozległych ruchów nawet po wyjęciu go z organizmu; ruchy te zależą więc od ośrodków nerwowych, znajdujących się w samym żołądku. Ruchy żołądka występują peryjodycznie podług określonego typu, nie są więc one zjawiskiem obumarcia tkanek żołądkowych, ponieważ wówczas może wystąpić miejscowy skurcz mięśni z następczem ich zwolnieniem; nie ma on jednak charakteru rytmicznego i typowego. Automatyczne ruchy żołądka objaśniają dokładnie sposób posuwania się miazgi pokarmowej w żołądku.

Pod wpływem skurczu dna żołądka płynna lub niezbyt gęsta zawartość żołądka wypycha się do jamy odźwiernika; wówczas następuje skurcz zwieracza antri pyloroci i oddzielenie jamy odźwiernika od jamy dna żołądka. Pod wpływem skurczu mięśni jamy odźwiernika miazga pokarmowa wypchnięta zostaje do dwunastnicy. Wyniki powyższe zgodne są z badaniami Beaumonta, wykonanemi na żołądku ludzkim. Uczą one, że różne części żołądka różnią się nie tylko anatomicznie, lecz i fizjologicznie. O ile bowiem większa część żołądka służy do chemicznego trawienia pokarmów, o tyle mniejsza jego część (antrum pylori) ma wyłączny cel kierować dalszem posuwaniem się chemicznie zmienionej miazgi.

M. Hopfenblum.

258. C. WAGNER. **Przyczynę do nauki o durze brzuszny.** *Zur Kenntniss des Abdominaltyphus.* (Deutsch. Ar. f. Klin. Med. Band 37, Hft. 3 i 4).

Autor rozpatruje niektóre powikłania duru brzuszego: 1) Cierpienie gardła. Wielokrotnie zauważono cierpienie podniebienia miękkiego wczasie tyfusu, co poczęści może być objaśnionem analogiczną budową anatomiczną tego narządu i kiszek. Najczęściej spotykamy się z zapaleniem nieżyłowym; bardzo często bywa ono przeoczane, w innych natomiast razach objawy ze strony gardła są tak silne, że można zrazu wziąć poczynający się dur za silne zapalenie gardła z gorączką. Z innych, rzadszych cierpień gardła częściej zdarza się charłaczne zapalenie gardła (angine pultacée); znajdujemy wtedy oprócz zaczerwienienia rozlane lub plamiaste białawe zabarwienie zależące od zluszczenia się nabłonka. Ta postać cierpienia zjawia się najczęściej na wysokości rozwoju choroby.

Pęcherzykowe zapalenie gardła (*angina herpetica*) spotyka się rzadko, również jak torebkowate zapalenie migdałków.

Zapalenie gardła włóknikowe i dyfterytyczne zdarza się w samym rozwoju

lub pod koniec durzycy; zdaje się, że ta ostatnia choroba usposabia do przyjęcia błonicowego zarazka, czego dowodzą obserwacje np. Oulmont'a, na którego sali tylko durzycowi chorzy pozapadali na dyfteryję.

Czy istnieje forma zapalenia gardła *specyficznje durzycowa*—dowiedzionem nie jest; najwięcej wzmianek o niej spotykamy w literaturze francuzkiej (Derignac, Duguet). Podług Rapin charakterystyczną dla durzycowych owrzodzeń gardła jest ich niewielka głębokość i prawidłowe zarysy. Autor obserwował 3 wypadki zapalenia gardła przy durze, które można uważać za formę odrębną: w początkach duru zjawiają się na podniebieniu miękkim okrągłe lub owalne owrzodzenia, wielkości soczewicy, szaro-białej barwy, otoczone słabo czerwonym paskiem; migdałki są przytem normalne, lub obrzmiałe, gruczoły limfatyczne mało lub wcale nie obrzmiałe, utrudnienie połykania występuje w małym stopniu. W nalicie, zeszkrobany szpadlem, znajdziemy pod drobnowidzem białe ciała krwi, nabłonek i grzybki; laseczników durzycowych autor nie znajdował nigdy. Po tygodniu lub 10-ciu dniach goją się owrzodzenia bez blizny; rzadko tylko powiększają się one i zlewają ze sobą.

2) *Cierpienia nerek* przy durze brzuszny (t. zw. nephrotyphus). Autor brał pod uwagę tylko te wypadki, gdzie zapalenie nerek stwierdzonem było przez obecność pierwocin morfotycznych w moczu (samo białko może bowiem się objawiać tylko jako następstwo gorączki)—jak również, gdy zapalenie zjawiało się w samym początku choroby.

Z przytoczonych 5-ciu spostrzeżeń widać, że rozwijało się tu zapalenie nerek jednocześnie z durrem; objawy początkowe, również jak i przebieg całej choroby, nie przedstawia znacniejszych zbieżności; w żadnym wypadku nie było tętna dwubitnego. W jednym tylko przypadku objawy charakterystyczne duru wystą-

piły dopiero po osłabnięciu objawów nerkowych; przebieg choroby w tym razie był krótki; w innym w początku wystąpiło silne zapalenie gardła, a w trzecim mocna biegunka. Autor nie decyduje się przyjąć swoistej nerkowej postaci duru, dopóki nie będą znalezione charakterystyczne tyfusowe anatomiczne zmiany w nerkach, wyraża jednak przypuszczenie, że zarazek durzycowy może wywołać zapalenie nerek, ponieważ zostaje przez nie wydzielanym. We wszystkich wypadkach zapalenie nerek było nieżyłowe (?) i kończyło się pomyślnie.

3) Powikłanie duru ostrym gośćcem stawowym.

Autor opisuje jeden wypadek, w którym między 12 i 15 dniem duru wystąpiły bóle w stawach (wraz z ich obrzmieniem), znikające w jednym i zjawiające się w drugim stanie. Chora zmarła wskutek podsurowiczego ropienia na okrężnicy wstępującej z następczem zapaleniem otrzewny; stawy, które były porażone, przedstawiały się normalnie. Wypadek to rzadki w literaturze, gdyż znajdowano przy durze zapalenie stawów, ale ropne; dwa podobne wypadki opisuje tylko Bourcy, wyrażając się o nich, że są „de nature typhoide et seulement d'apparence rhumatismale“. Zdarzają się jednak dosyć często wypadki, gdzie rozpoznanie długo waha się między durrem a ostrym gośćcem stawowym, zanim objawy ostatniego nie wystąpią wyraźnie i póki kwas salicylowy nie da dobrego rezultatu; w tych wypadkach choroba rozpoczyna się od dreszców, bólu głowy, osłabienia i często dopiero po tygodniu występują bóle i obrzmienie stawów; przytem choroby przedstawiają durzycowy wygląd, czasem wzdęcie brzucha, obrzmienie śledziony, czasem biegunkę; wysypki nie bywa; ciepłota zrana zwykle normalna, wieczorem 39—40°. Stan taki trwa 2—3 tygodni i szybko potem przechodzi w wyzdrowienie. *Zajęcia wsierdzia nie bywa.*

4) Powikłanie duru usposobieniem

krwotocznem (hämorrhagische Diathese). Uspodobienie krwotoczne wikła dosyć często różne zakaźne choroby występując jużto jako krwotoczna odmiana normalnych produktów choroby, jużto jako wylewy w różne tkanki. Przy brzuszny du-rze zdarzają się trojakiego rodzaju krwotoki: 1) krwotoki nosowe zjawiające się w początku choroby; 2) krwotoki z owrzo-dzeń—języka, nosa, kiszek; 3) krwotoki, mające charakter gnilcowych—z dziąseł, w tkankę podskórną. Wogóle powikłanie tyfusu utposobieniem krwotocznem zdarza się rzadko; autor przytacza sześć od-nośnych spostrzeżeń. Wypadki te tyczą się osobników różnych pod względem konstytucyi i warunków życia, tak, że żadnych wniosków etyologicznych wypro-wadzić nie można. Raz tylko obserwo-wał autor omawiane powikłanie u trojga rodzeństwa, co wskazuje na pewne fami-lijne usposobienie; we wszystkich jednak wypadkach dur był ciężki, przedstawiając w niektórych pewne osobliwości, jak wy-soka nadczułość skóry; czas występowania krwotoków przypadał najczęściej na 20—23 dzień. Umiejscowione były one najczęściej w dziąsłach, wargach, kisz-kach, nerkach, rzadziej w skórze, raz w czepcu ścięgnistym (galea aponeuro-tica). Po silniejszych krwotokach może nastąpić wysoki stopień niedokrewności i śmierć; przy mniej znacznych wyzdrowienie jest możliwem.

Kazimierz Ciągliński.

259. Dr. O. PETERSEN. **Trzy przy-padki pęknięcia wątroby urazowego pochodzenia.** *3 Fälle traumatischer Le-berruptur. (St. Petersburger Med. Wochen-schrift. Nr. 40).*

Pęknięcie wątroby jest zjawiskiem wo-góle rzadko spostrzeganem. W literatu-rze znajdujemy prawie tylko opisy poje-dynczych przypadków, a odnośne podręczniki zbywają tę kwestyję bardzo pobieżnie. Najobszerniejszą kazuistykę podaje Caspar. Przyczyną tego jest zapewno to, że z powodu szybkiej śmierci po pęknięciu

wątroby chorzy tacy nie dostają się już do szpitalów. W tych tylko z nich, gdzie odbywają się i sekcye sądowo-lekarskie przypadki omawiane zdarzają się częściej; tak np. w szpitalu w Kronsztadzie 1 : 850 sekcyi, w szpitalu Aleksandryjskim w Pe-tersburgu 1 na 2,652. Oprócz tego właś-nie przypadku autor miał sposobność widzieć jeszcze dwa przy sądowo-lekar-skiem badaniu zwłok.

1) Chory, wieku lat 47, został przy-gnieciony kadzią. Znalezione złamanie skośne przednich części 4—6 żeber z pra-wej strony, zapaść. Śmierć po upływie 10 godzin. Sekcya wykazała odnośnie wątroby: na wypukłej powierzchni zna-czną szramę (1—3 ctm. szerokości, 10 5 długości) idącą wpoprzek prawego płatu, sięgającą wglęb do podstawy i cztery mniej znaczne szpary równoległe do pier-wszej; na podstawie—znaczne zmiażdżenie wątroby w prawym płacie szerokości 5—10 ctm., długości 11 ctm., idące wglęb do powierzchni górnej narządu; obok mniejsza szrama.

2) Na chorego 30-letniego upadł że-lazny walec wagi 25 pudów. Śmierć po upływie 4 godzin.

W prawym płacie wątroby—2 znaczne naderwania idące od tyłu ku przodowi. Na podstawie kilka rozrzuconych mniejszych szram. Obok tego złamanie kości mied-nicy.

3) Chory, 28 lat wieku, upadł z pią-tego piętra, śmierć na miejscu, w wątro-bie przy lig. suspensorium przerwa w ca-łości, długa na 7 ctm, głęboka 3 i szeroka na 1—3 ctm., na podstawie kilka małych szram w prawym płacie w obu kierun-kach.

Według Caspara najczęstszą przyczy-ną pęknięcia wątroby bywa przejechanie (10 razy na 20) dotyczyło ono w 15 razach prawego płatu w trzech obu, a w jednym lewego Kierunek przerw przeważnie idzie od przodu ku tyłowi. Zdaje się, że w przy-padkach upadku ze znacznej wysokości pęknięcie bywa poprzeczne.

Powstawanie pęknięcia przedstawić sobie można w następujący sposób: Wątroba zostaje uciśniętą ze strony, torebka jej napręża się najbardziej na wypukłej powierzchni dopóki wreszcie nie pęknie w jednym albo w kilku miejscach, za czem idzie i pęknięcie mięszu w odpowiednich albo sąsiednich miejscach. Podstawa bywa przytem więcej ściśniętą, zgniecioną. Jak się rzecz ma przy upadku, gdzie siła urazu inaczej się rozkłada na narząd—autor nie jest w stanie wytłómaczyć.

O.

II. Chirurgija.

260. DUPLAY. O przecinaniu kości promieniowej przy zniekształceniach ręki. (*Archiv Gener. d. Méd.* Avril, 1885).

Autor dokonał z pomyślnym wynikiem trzy razy osteotomii kości promieniowej przy zniekształceniach ręki. W jednym wypadku przyczyną zniekształcenia było znaczne wygięcie ku przodowi dolnego końca kości promieniowej. Wskutek tego ręka i przedramię miały wygląd widelca i, zamiast stanowić jedną linią prostą, przedstawiały linię łamaną: dwie linie równoległe (ręka i $\frac{2}{3}$ górne przedramienia) połączone zapomocą linii ukośnej ($\frac{1}{3}$ dolna przedramienia). Wskutek tego dolny koniec kości łokciowej mocno wystawał na tylnej powierzchni przedramienia; ruchy wywrotne (supinatio) były utrudnione. D. przepiłował kość promieniową 3 cent. powyżej linii stawowej, wyprostował rękę i przedramię, nałożył opatrunek przeciwnilny bez szwów i sączków i przybandażował do wysłanej deseczki położonej na powierzchnię dłoniową. Pod samą rękę, by ją mocniej przesunąć ku tyłowi, położył poduszeczkę wataową. Przebieg bez bólu i gorączki. Piątego dnia zdjął deseczkę i nałożył leszczotkę gipsową na tylną powierzchnię ręki i przedramienia, starając się przytem, by takowa wywierała lekki ucisk na dolny koniec kości łokciowej. Po upływie 25

dni zdjął gips. Zniekształcenie ręki prawie zupełnie znikło, pozostało tylko nieznaczne wystawanie dolnego końca kości łokciowej i niewielkie utrudnienie przy ruchach wywrotnych.

Po tym wypadku D. jeszcze dwa razy dokonał przecięcia kości promieniowej na wysokości kilku centymetrów ponad linią stawową. Obadwa wypadki dotyczyły zniekształcenia, powstałego po złamaniu kości promieniowej wskutek nieodpowiedniego zrosnięcia się odłamków. Wynik estetyczny był zadawalniający. Pozostawała zawsze tylko lekka wydatność wyrylcowatego kości łokciowej i pewien stopień abdukcji ręki. Opierając się na tych trzech wypadkach i licznych próbach na trupach, autor radzi wykonywać operację w ten sposób: nadawszy ręce położenie wywrotne (supinatio), układa się ją na worku, wypełnionym piaskiem wilgotnym. Cięcie prowadzi się nazewnątrz od mięśnia zginacza promieniowego ręki (flex. carpi radialis), jak przy podwiązaniu tętnicy promieniowej w dolnej części przedramienia. Długość cięcia nie powinna przewyższać dwóch centymetrów, powinno się zaś kończyć ono na 1 do 2 poprzecznych palców powyżej linii stawowej. Po przecięciu skóry, odsuwamy naczynia tęnym haczykiem na wewnątrz i kilkoma cięciami dostajemy się do pronator quadr. Wtenczas wprowadzamy osteotom MacEwen'a w kierunku rany, zwracamy ostrze równoległe do włókien mięśnia i prostopadle do osi promienia, i następnie przecinamy kość. Ażeby nie poszarpać ścięgien na tylnej powierzchni przedramienia, nie należy przecinać całej kości, lecz potrzeba pozostawić mały kawałek od tyłu, który się następnie przełamuje. Wyprostowawszy rękę, nakłada się opatrunek. Zamiast deseczki, zastosowanej w pierwszym wypadku, D. nakładał później odrazu gipsowy opatrunek na tylną powierzchnię ręki i przedramienia. Zaleca on także użycie opaski Esmarch'a przy operacji.

Sawicki.

261. Dr. BARETTE. **Przyczynek do nauki o nowotworach kostnych.** *De l'influence des contusions répétées sur le développement des tumeurs malignes des os.* (Rev. d. Chir. Nr. 4—1885).

TRÉLAT. **Deux cas de sarcome ostéopériostique.** (*Le Porg. Méd.* Nr. 2—1885).

Barette opisuje wypadek raka kostnego, który rozwinął się na lewej kości goleniowej u 63-letniej, dobrze zbudowanej żony rybaka. Od młodości do czasu zniknięcia miesiączkowania cierpiała ona na połowiczne bóle głowy; od lat 20 wciąż niepokoiły ją przerywające się bóle gośćcowe, najczęściej umiejscawiające się w stawach kolanowych i ramieniowych. Zajęcie jej było zawsze ciężkiem, przeważnie na morzu. Od bardzo dawna miała zwyczaj przełamywać na lewym kolanie kawałki drzewa, grubości najmniej dwóch palców. Na tem samym miejscu, t. j. na guzowatości kości goleniowej lewej rozwinął się mały guziczek i z początku rósł powolnie. Przy każdym łamaniu drzewa i jakiś czas potem chora uczuwała silną bolesność. Po upływie 10-ciu miesięcy chora uderzyła się kolanem o twardy przedmiot. Guz zaczął szybko rosnać, stał się bardziej bolesnym. Znajome chorej rozcięły go i przykładały jakąś maść, pod wpływem której guz powiększał się bardzo szybko. Po miesiącu już od tej chwili średnica nowotworu wynosiła 9 centymetrów. W dole podkolanowym zjawiał się nowy guz. Stan ogólny był jeszcze bardzo dobrym. Po upływie 13-tu miesięcy od początku choroby nastąpiła śmierć. B. obserwował prawie cały przebieg choroby i wielokrotnie namawiał chorą bezskutecznie na operację.

Wypadek ten potwierdza wpływ urazu na rozwój nowotworów złośliwych u osób zdrowych, z usposobieniem dnawem (arthritis). Większość ogłoszonych wypadków nowotworów kostnych tego rodzaju powstała wskutek urazu mocnego jednorazowego. Dwa tylko wypadki ogłoszono, gdzie nowotwór kostny powstał

wskutek urazów lekkich często powtarzanych. Jeden dotyczy kawalerzysty (osteosarc. condyli inter. femoris), drugi kwiaciarki (melanocarcinoma pubis—miejsce oparcia koszyka).

Trélat podaje dwa wypadki mięsaka kostnego. Jeden dotyczy 18-letniej dziewczyny. Choroba zaczęła się bólem prawego kolana, który się coraz bardziej obniżał i nakoniec ostatecznie umiejscowił w kostce wewnętrznej. Ból powracał co 8—10 dni i trwał 2—3 dni. Na kostce zjawiała się twarda guzowatość, pokryta skórą fioletowo-czerwoną i wprędce dosięgła wielkości jajka. Lekarz przyjął to za ropień i przeciął. Rana, z której wyszło tylko nieco krwi, wypełniła się wprędce miękką, grzybowatą, szarawą ziarniną. T. wtenczas zbadał chorą, rozpoznał mięsak kostny, biorący początek z okostnej i zrobił amputację goleni. Nowotwór zajmował znaczną część powierzchni dolnego końca kości goleniowej i staw golenio-stopowy. Zapomocą niewielkiego otworu przenikał on do kanału kości, gdzie zaczął się już rozrastać. Przerzutów nie było. Drobnowidz wykazał mięsak wrzecionowato-komórkowy.

W drugim wypadku mięsak kostny rozwinął się w dolnym końcu lewej kości udowej u 17-letniego rolnika. Choroba zaczęła się tu bólem lekkim, później mocniejszym, zwiększającym się przy chodzeniu. Po dwóch miesiącach chory zauważył obrzmienie w dolnej części uda. Po upływie 3 miesięcy wystąpiło utrudnienie żucia, a w miesiąc później—zjawiał się guz na miejscu połączenia lewej gałęzi żuchwy z jej trzonem. Guz ten szybko zaczął rosnać, owrzodził się. Na udzie guz wtenczas obejmował cały obwód kości udowej i, zaczynając się prawie na połowie uda, sięgał do nasady. W płucach T. nic nie znajdował. Ponieważ krwotoki z guza żuchwy wyniszczały chorego, wypitowano lewą połowę takowej. Następnego dnia wystąpiła duszność, kaszel z cuchnącą plwociną, stępienie na całej

wysokości lewego płuca, rżenia wilgotne u góry i suche u dołu. Po upływie 3 dni śmierć. W prawym płucu znaleziono ogromną ilość guzów mięsaka, które przy wierzchołku zwały się w jedną masę. Na udzie nowotwór zajmował przestrzeń od połowy kości udowej do chrząstki nasadowej. Głównie zajmował on powierzchnią warstwę kości, chociaż wyrostki jego sięgały w niektórych miejscach przez całą grubość kości aż do kanału środkowego. Widocznie zaczął on rozwijać się pod okostną. Oględziny wypitowanej szczęki wykazały, że i tu nowotwór musiał pierwotnie rozwijać się pod okostną, z kąd wypustki jego zaczęły sięgać wgłąb kości do kanału środkowego, a także pomiędzy mięśnie sąsiednie. Drobnowidz wykazał mięsaka włóknistego.

W obudwóch wypadkach Trélat'a nowotwór zaczął się rozwijać pod okostną. W pierwszym razie pozostał on umiejscowionym, w drugim dał bardzo prędko przerzuty. Chrząstka nasadowa powstrzymywała rozwój nowotworu.

[Trzy interesujące wypadki mięsaka kostnego miałem sposobność spostrzeżać w klinice prof. Jefremowskiego. Mężczyzna lat 24, dwa lata temu, upadając, uderzył się grzbietem o twarde przedmiot, poczem ciągle uczuwał bolesność w okolicy 7 i 8 kręgu grzbietowego. Po kilku miesiącach wystąpił bezwład kończyn dolnych, a następnie guz na lewej stronie grzbietowej części kręgosłupa. Po elektryzacji ruchy nóg w znacznym stopniu powróciły. Po dwóch latach od początku choroby znajdujemy bolesność przy ucisku 7 i 8 kręgu grzbietowego, guz z lewej strony kręgosłupa pokryty mięśniami, chęlboczący z góry na dół. Rozpoznanie: próchnienie kręgów. Znajdujemy mięsak kostnawy rdzeniowaty, biorący początek z trzonu 7 kręgu grzbietowego.

Dziewczyna, lat 26, przed laty 8 po dreszczach i ziębieniu dostała mocnego świdrującego bólu w górnej nasadzie pra-

wej kości goleniowej. Goleń nabrzmiała, skóra zaczerwieniła się i stała się gorącą. Przy zimnych okładach po miesiącu objawy te znikły, by w takiż sam sposób powtórzyć się po upływie lat 3 i znów zniknąć po 2 miesiącach. Przed rokiem objawy powróciły nanowo; na krótki czas przed wstąpieniem do szpitala utworzył się ropień na zewnętrznej stronie nasady, który po przecięciu w parę tygodni zabliznił się. Blizna sinawa zaczęła się wrędcie owrzadzać. Prawa goleń w górnej części równomiernie zgrubiała (obwód na tuber. tib. 4,5 cent. większy, aniżeli na nodze lewej, obwód kolana na 2 cent.). Ból samodzielny, szczególnie w nocy. Rozpoznanie: osteomyelitis epiphysaria chronica. Znaleziono mięsak kostny szpiku kości, który przedziurawił kość na miejscu blizny i chrząstką stawową.

Kobieta, lat 63, przed 3½ miesiącami uderzoną została ziemniakiem w prawą szczękę górną, poczem wystąpiło opuchnięcie twarzy i powiek. Opuchnięcie przeszło, pozostał ból szczęki i 2 zębów. Po miesiącu zjawił się guzik na dziąśle, który zaczął szybko rosnać, zajmując całą przednią powierzchnię szczęki. Rozpoznanie—rak szczęki górnej, co i znaleziono.

Przypisek sprawozdawcy].

Sawicki.

III. Syfilidologia.

262. Prof. DOUTRELEPONT. **O lasecznikach przymiotowych.** Odczyt miany na zjeździe przyrodników niemieckich w Strasburgu. (*Wien. Allg. Med. Woch.* Nr. 42).

Autor zbadał na laseczniki przymiotowe z dodatnim wynikiem: 9 stwardnień, jedną szeroką płaską szyszkowinę na wielkiej wardze sromnej, jedną szyszkowinę w otworze stolcowym, pięć guzków (papula) z rozmaitych miejsc i jeden ziarniak.

Cechy laseczników przymiotowych rzeczywiście odpowiadają opisowi Lust-

gartena (p. „Kronika Lekarska“, 1885, Nr. 13), ilość ich jednak jest wogóle nieznaczna, zdarzają się one pojedynczo lub w grupach po 8 i więcej, leżąc osobno lub wewnątrz komórek.

Autor badał wydzieliny przymiotowe na obecność laseczników przymiotowych. Podobne badanie robili Lustgarten, Fürth i Mannaberg z dodatnimi wynikami, np. w wydzielinie z plaques muqueuses na podniebieniu, z płaskich szyszkowin i t. p. Niekiedy znajdowano tu laseczniki w takich ilościach, że możnaby sądzić, że wydzieliny sprzyjają więcej rozwojowi ich, niż tkanki.

Ostatni pogląd jak i wogóle specyficzność znajdujących tworów zachwiane zostały przez odkrycie przez Alvareza i Tavela w mazidle za napletkiem laseczników, które ze względu na wielkość, postać i odczyn barwny, zachowują się zupełnie tak samo, jak i laseczniki Lustgartena.

Autor powtarzał te poszukiwania i może je o tyle potwierdzić, że w samej rzeczy znalazł w mazidle napletka u zupełnie zdrowego mężczyzny laseczniki zupełnie identyczne z Lustgartena, podobnie w wydzielinie z pomiędzy warg sromnych od zdrowej dziewczyny.

Być może, że hodowle jak również szczepienie obydwóch rodzajów laseczników wykaże między nimi jakie różnice, do tego zaś czasu kwestyja swoistości laseczników przymiotowych będzie zawsze otwartą.

W dyskusyi Lichtheim z Berna i Neisser zauważyli, że główne znaczenie ma w omawianej kwestyi poszukiwanie i ewentualna obecność laseczników przymiotowych nie w wydzielinach, a w tkankach—co do ostatniego zaś nie robiono poważnych zarzutów.

Finger z Wiednia zauważył, że Lustgarten znajdował swoje laseczniki we wszelkich tworach przymiotowych i we wszystkich okresach przymiotu. Tymczasem wytwory pierwszorzędne i drugorzę-

dnego okresu dają się przeszczepiać, trzeciorzędne zaś nie. Autor sam 10 razy szczepił ropę z ziarniniaków zdrowym osobnikiem i zawsze z wynikiem ujemnym. Wobec tego laseczniki powinny być obecne w wytworach pierwotnych, mniej powinno ich być w okresie wtórnym, a wcale albo bardzo mało w trzeciorzędnym.

H.

263. Prof. NEISSER. **O zaraźliwości przewlekłego trypra.** *Ueber die Ansteckungsfähigkeit der chronischen Gonorrhoe, Vortrag gehalten in der 58 Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Strassburg.*

Zaraźliwość przewlekłego trypra zależy wyłącznie od obecności gonokoków. Badanie na gonokoki musi być w każdym danym wypadku wielokrotne i jednorazowe badanie nie rozstrzyga kwestyi zaraźliwości. Ilość gonokoków przy tryprze przewlekłym jest wogóle nieznaczna, podlega przytem znacznym wahaniom; gonokoki pozornie znikają, to znów pojawiają się obficie, zwłaszcza po podrażnieniach (ostre napoje). Charakterystycznym dla gonokoków jest ich kwadratowe ugrupowanie—rozpoznanie pojedynczych diplokoków jest niemożliwe.

Autor badał na gonokoki 143 wypadki przewlekłego trypra; w 80 z nich znalazł gonokoki; w 63 nie znalazł. Ujemne jednak wyniki są mniej stanowcze, gdyż w połowie ich badanie było tylko jednokrotne. Okazuje się w każdym razie, że o jakiejś zasadzie ogólnej nie może tu być mowy, a kwestyja zaraźliwości lub niezaraźliwości musi być w każdym danym wypadku osobno rozstrzygana.

Tak więc w każdym wypadku trypra przewlekłego należy zbadać: 1) czy nie ma głębszych zmian w błonie śluzowej cewki, jakoto nadżarć, owrzodzeń, narośli brodawkowych, nacieczeń, zwężeń i t. d.; 2) czy są gonokoki w wydzielinie. Zmiany wyżej wymienione muszą być leczone niezależnie od obecności lub braku gonokoków. Przewlekłe kataru cewkowe bez

zmian w cewce i bez gonokoków autor leczył najczęściej bez żadnego skutku, z tego powodu wyrzeka się obecnie leczenia podobnych wypadków, zalecając jedynie chorym zjawienie się 1 lub 2 razy w ciągu roku dla zbadania.

Jeśli są gonokoki, należy je bezwarunkowo usunąć. Metoda zależy tu od charakteru zapalenia, od powikłań ze strony pęcherza, gruczołu krokowego i t. d. Przy niepowikłanym katarze cewkowym autor stosuje irygacje zapomocą cienkiego miękkiego cewnika, opatrzonego licznymi otworami. Najlepszym środkiem, t. j. zabójczym dla gonokoków, a najmniej drażniącym cewkę jest roztwór saletrzanu srebra 1 : 3000 do 1 : 2000; dobrym jest także 5% roztwór salicylanu sodu. Inne przetwory, jak sublimat, kwas karbолоwy, hydrochinon i inne są stanowczo gorsze; jedne słabiej działają na gonokoki, inne mocniej drażnią cewkę. Wcale nie działa na gonokoki kwas borny. Autor stosuje pomienione przepłókiwania (z pewnymi zmianami i przerwami zależnie od indywidualnej wrażliwości cewki) aż do zupełnego zniknięcia gonokoków. Błędnem byłoby mniemać, jakoby silne środki prędzej prowadziły do celu; przeciwnie, częste, prawidłowe stosowanie możliwie mało drażniących środków działa z większą pewnością. Wewnętrzne użycie balsamu kopaiwy, jako adjuvans, nie jest też bez znaczenia. *Funk.*

IV. Pedjatrja.

264. 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. ZWEIGBAUM. (*Dokończenie.* Patrz Nr. 20).

VI. Żółtaczka noworodków.

(*Icterus neonatorum*).

Żółtawe zabarwienie skóry przytrafia

się w pierwszych dniach życia u większości nowonarodzonych dzieci, bez innych objawów chorobowych. Jest to tak zwana *żółtaczka prawidłowa*, albo *fizjologiczna* (*Icterus neogonorum v. neonatorum*).

Od tej postaci żółtaczki odróżnić należy t. zw. *żółtaczkę symptomatyczną* (*Icterus ad neogonum*), stanowiącą objaw rozmaitych lżejszych i cięższych chorób noworodków, jak posocznica, przymiot, zwyrodnienie tłuszczowe, wrodzona marskość wątroby, wrodzone albo nabyte zarośnięcie grubszych przewodów żółciowych, niezbyt dwunastnicy i wreszcie żółty ostry zanik wątroby u ciężarnych.

Dzieci takie najczęściej przychodzą już na świat z żółtawką, zwykle bardzo silną i przedstawiają cechy poważnego ogólnego cierpienia. Jeśli przytem żółtaczka zależy od zastojów żółci, to mocz będzie charakterystycznie zabarwionym, badanie zaś wykaże w nim barwnik żółci i kwasy żółciowe. Kał bywa tu często podobnym do gliny.

Zupełnie inaczej w t. zw. *żółtaczce prawidłowej*, którą się autor jedynie w rozdziale tym zajmuje. Tu dzieci zupełnie zdrowo wyglądają i funkcje spełniają prawidłowo. Zabarwienie skóry występuje zaledwie drugiego dnia po narodzeniu, jest o wiele słabszem i prędko znika zupełnie.

Anatomija. Prócz skóry i spojówek prawie wszystkie także narządy wewnętrzne są zabarwione, nie wyłączając mózgu i mleczka piersiowego, jak również i chrząstek, które u dorosłych, cierpiących na żółtawkę nie ulegają zabarwieniu. Śledziona i nerki mały w zabarwieniu udział przyjmują, w tkance wątroby gołym okiem także rzadko bardzo rozpoznać można żółtawe zabarwienie (w żółtaczce symptomatycznej przeciwnie, wątroba bywa silnie zabarwioną); w komórkach zaś wątroby Birch-Hirschfeld znalazł znaczne nagromadzenie barwnika żółci, nawet w lżejszych przypadkach żółtaczki noworodków. Najstalej i naj-

silniej zabarwianemi bywają błona wewnętrzna (intima) tętnic, wsierdzie, błony surowicze i ich przesięki, a zwłaszcza osierdzie i ciecz osierdziowa, wreszcie tkanka łączna podskórna i międzymięśniowa.

Kał jest zwykle prawidłowo zabarwiony. Błona śluzowa kiszki jest prawidłowa. Przewód żółciowy wspólny (ductus choledochus) i przewód wątrobowy są otwarte. Nerki zwykle przekrwione, zawierają złogi (infarctus) kwasu moczowego, a także dość często złogi barwnika, który według wielu autorów jest bilirubinem.

Objawy. Około 80% dzieci nowonarodzonych ulega żółtaczce. Zabarwienie najczęściej występuje drugiego dnia po narodzeniu, rzadziej później, jeszcze rzadziej wcześniej. Czas trwania żółtaczki zależy od jej natężenia, trwa więc 3 do 8 dni. Natężenie bywa rozmaite, niekiedy bardzo słabe, a wtedy zabarwienie występuje tylko na twarzy, piersi i grzbiecie (stopień pierwszy), to znowu silniejsze z zabarwieniem także brzucha i górnych części kończyn. Wtedy i spojówki są żółte (stopień drugi). Najpóźniej i to jedynie w przypadkach najsilniejszych, zabarwienie rozciąga się także na ręce i nogi (stopień trzeci).

Na częstość żółtaczki warunki zewnętrzne żadnego wpływu nie wywierają. Niesłuszne jest mniemanie, że w zakładach położniczych i w domach podrzutek częściej się z nią spotkać można, aniżeli w praktyce prywatnej. Czas podwiązania sznurka pępkowego stoi w związku z żółtaczką. Im później sznurek zostanie podwiązany, tem pewniej dziecko dostanie żółtaczki i tem silniejsze będzie jej natężenie. Jeśli podwiązanie sznurka zostanie skutecznionem dopiero po wycięściu łożyska, to dziecięć prawie napewno zapadnie na żółtaczkę i to żółtaczkę silną.

Chłopcy częściej i silniej zapadają na żółtaczkę, aniżeli dziewczyny, dzieci pierwiastek częściej aniżeli dzieci wieloródek.

Porody pośladowe i nieprawidłowe (zwłaszcza długotrwałe) usposabiają do żółtaczki. Dzieci niedonoszone i dotknięte niedodmą płuc także częściej i silniej zapadają na żółtaczkę. Im dzieci więcej ważą tem rzadziej podlegają żółtaczce i tem lżejszym bywa jej przebieg.

Oprócz zabarwienia żółtawego, dzieci dotknięte żółtaczką noworodków, innych objawów nie przedstawiają. Tętno jest prawidłowe, funkcje prawidłowo wykonywane; kał nigdy nie jest odbarwionym. Mocz niekiedy bywa koloru brunatnego.

Przy dokładniejszym jednak badaniu dzieci dotkniętych żółtaczką, można wykryć, że odżywianie ich nie odbywa się prawidłowo. Mianowicie codzienne ważenie takich dzieci wykazało, że im wyraźniejszą jest żółtaczka, tem więcej dziecko w pierwszych dniach życia traci na wadze i tem później i powolniej następuje jej przybytek. Hofmeier wykazał także, że w żółtaczce ma miejsce silniejsze i dłuższe trwające wydzielanie mocznika i kwasu moczowego, aniżeli u dzieci, nie dotkniętych żółtaczką. Ponieważ dzieci takie więcej wyrabiają mocznika i więcej tracą na wadze, a zatem więcej zużywają substancyj białkowych własnego swego ustroju, aniżeli dzieci niedotknięte żółtaczką. Tak więc w żółtaczce istnieją *gorsze warunki odżywiania*, aniżeli u dzieci nie dotkniętych żółtaczką.

Parrot i Robin opisali dokładniej barwniki w moczu. Są to żółte masy, znajdujące się stale w moczu noworodków, dotkniętych żółtaczką, albo jako ziarnka swobodnie pływające, albo też jako osiadłe w komórkach nabłonkowych lub w wałeczkach. Cruse wykazał, że twory te są barwnikiem żółci. W moczu dzieci dotkniętych żółtaczką silniejszą (z zabarwieniem spojówek) udało mu się wykazać także *rozpuszczony barwnik żółci*.

Kwasów żółciowych w moczu dotychczas nie znaleziono; Birch-Hirschfeld znalazł je w cieczy osierdziowej (za pomocą metody Neukomm'a).

Przyczyny. Co się tyczy sposobu powstawania żółtaczki noworodków, to w tym względzie istnieje kilka teoryj, niczem się nieróżniących od tych, które służyć mają do wyjaśnienia żółtaczki u dorosłych. Dlatego też nie będziemy ich tu powtarzać, nadmienimy tylko, że według autora początku żółtaczki noworodków szukać należy w wątrobie (hepatogener Icterus). Wykrycie kwasów żółciowych w cieczy osierdziejowej dowodzi słuszności tego poglądu.

Rokowauie. Jakkolwiek najsilniejsza nawet żółtaczka (lecz fizjologiczna) nie zagraża bezpośrednio życiu noworodka, to jednak na sprawę odżywiania wpływa ujemnie i z tego powodu, zwłaszcza u dzieci niedojrzałych, jest powikłaniem szkodliwym.

Leczenie. Wybór odpowiedniej chwili do podwiązania sznurka pępkowego i staranie o należyte przyprowadzenie do życia dzieci, urodzonych w zatchnięciu—oto środki mogące zabezpieczyć dzieci nowonarodzone od żółtaczki.

Właściwe leczenie winno dążyć do poprawienia odżywiania. W tym celu starać się należy o dostarczenie dziecku zdrowego pokarmu, ciepła dostatecznego i należytej czystości.

VII. Zapalenie sutka.

(*Mastitis*).

We wstępie do tego rozdziału podaje autor opis czynności fizjologicznej gruczołów sutkowych u noworodków.

U wszystkich prawie bez wyjątku noworodków (o bojga płci) zjawia się 3-go lub 4-go dnia po narodzeniu obrzmienie obu gruczołów sutkowych, które dni następnymi powiększając się, dobiega dnia 8-go lub 10-go największego swego natężenia i następnie znika powoli. Równocześnie z obrzmieniem rozpoczyna się i czynność wydzielnicza tych narządów. Przy lekim nawet ucisku gruczołu wydziela się przez brodawkę z początku kroplami, następnie, zwłaszcza 10-go dnia, małym stru-

mieniem, ciecz zrazu gęstawa, następnie płynniejsza, koloru niebieskawo-białego, smaku słodkawego i odczynu alkalicznego.

Jeśli gruczoł pozostawić w spokoju, to powoli, razem ze znikaniem obrzmienia, zmniejsza się i wydzielina, tak, iż 3—4-go tygodnia znika takowa zupełnie. Jeśli zaś będziemy go często naciskać, to wydzielanie stanie się obfitszem i trwać może przez tygodnie, a nawet i miesiące.

Badanie mikroskopowe i chemiczne wykazuje, że ciecz ta ma nadzwyczajne podobieństwo do mleka kobiet karmiących, a raczej do siary (colostrum) z pierwszych dni połogu. Mikroskop bowiem wykazuje te same pierwiastki co i w mleku, mianowicie ciała siarowe i ciała mleczne, skład zaś chemiczny (mianowicie białko, sernik, masło, cukier) bardzo przypomina skład chemiczny siary. Tak więc gruczoł sutkowy noworodka jest zupełnie podobny do sutka położnicy.

Według Kölliker'a i Scanzoni'ego wydzielina ta jest produktem przemiany tłuszczowej komórek nabłonkowych, leżących pośrodku rozrosłych wypustek brodawkowych sieci Malpighiego, de Sinéty zaś poczytuje gruczoły sutkowe noworodków za prawdziwe gruczoły wydzielające, podobne zupełnie do gruczołów mlekowych u kobiet podczas karmienia.

Przyczyny zapalenia sutka. Cierpienie to rozwija się prawie wyłącznie pod wpływem urazu, t. j. ucisku, tarcia lub przygniecenia sutka. Obrzmienie fizjologiczne gruczołu samo przez się, nigdy prawie nie pociąga za sobą zapalenia.

Objawy. Zapalenie sutka rozpoczyna się zwykle w drugim tygodniu silnem zaczerwienieniem skóry i wrażliwością na ucisk. Stosowne leczenie może zapobiedz dalszemu jego rozwojowi. Wyciskanie zaś piersi, które dość często przez nieświadomość bywa praktykowanem, sprzyja powiększeniu się zapalenia. Wtedy część jedna gruczołu powiększa się, twardeje, następnie mięknie i przechodzi w ropień, otwierający się ostatecznie na

zewnątrz. W innych przypadkach zapalenie rozprzestrzenia się na otaczającą tkankę łączną (*perimastitis*). Dziecko silnie gorączkuje i traci znacznie na wadze. I tu najczęściej sprawa kończy się przejściem nacieczenia w ropień, znane są jednak przypadki sposoczenia gruczołu.

Rokowanie. Jakkolwiek zapalenie sutka samo przez się, w przeważnej liczbie przypadków, nie zagraża życiu noworodka, to jednak odnośnie następstw, jakie za sobą pociągnąć może, musi być pochytywanem za cierpienie poważne. Znane są bowiem przypadki zaniku gruczołu sutkowego i zupełnego niedostatku czynności jego wydzielniczej u osobników płci żeńskiej, w następstwie przebytego w dzieciństwie zapalenia. Wskutek zmian bliznowatych na brodawce pierś może także stać się w następstwie niezdatną do karmienia.

Leczenie. W celu zabezpieczenia sutka od zapalenia, należy unikać wszelkiego drażnienia obrzmiałego gruczołu, a matki i akuszerki przestrzedz o szkodliwości wyciskania mleka z piersi noworodka. Obrzmiałe sutki należy pokryć watą, aby je uchronić od urazu.

Wrazie zapalenia sutka, najlepiej zastosować okłady hydropatyczne. Ropień należy wcześniej przeciąć w kierunku ku brodawce i ranę opatrzyć według zasad chirurgii. Z wielką ostrożnością należy przytem stosować kwas karbolowy przy opatrywaniu rany, a to z powodu skłonności noworodków do zatrucia.

VIII. Guz krwawy czaszkowy.

(*Cephalohaematoma*).

Pod nazwą *guza krwawego czaszkowego zewnętrznego* rozumieć należy nagromadzenie krwi między okostną i kością czaszkową, wskutek czego powłoki czaszkowe tworzą wyniosłość w kształcie guza.

Guzem krwawym czaszkowym wewnętrznym nazywamy wylew krwawy między oponą twardą a kością czaszkową. Niekiedy istnieje związek między wylewem wewnętrznym a zewnętrznym.

Objawy. Cephalohaematoma externum przedstawia się jako guz wielkości orzecha laskowego albo jabłka, mniej lub więcej elastyczny, okrągły, niekiedy podłużny lub kształtu nerki, siedzący zwykle na kości ciemieniowej, którą pokrywa w części albo w całości, *nigdy nie przekraczając szwów i ciemiączków*. Skóra guz pokrywająca jest zwykle prawidłowa, niekiedy niebieskawa i zupełnie przesuwalna. Dotykane guza nie zdradza prawie żadnej bolesności, ciepota jego nie jest podniesioną. Po kilku dniach wyczuć można dokoła guza, tam mianowicie gdzie okostna oddziela się od kości, *obraczkę w kształcie wałka, z początku miękkiego, następnie jak kość twardego*.

Ogólny stan zdrowia dziecka jest zupełnie zadawalniający. Pogorszenie stanu ogólnego dowodzi napewno powikłania. Guz czaszkowy zjawia się zwykle 2-go lub 3-go dnia życia, wzrasta dość prędko i 6–8 dnia osiąga największej swej objętości; w stanie takim pozostaje przez czas pewien bez zmiany i następnie drugiego tygodnia zaczyna powoli się zmniejszać. W tym właśnie czasie można, przy silniejszym ucisku, wyczuć w guzie trzeszczenie (*crepitatio*). Guz znika zupełnie około 10–15 tygodnia, często pozostawiając przez kilka jeszcze miesięcy twardą, nierówną wyniosłość.

Guz krwawy czaszkowy zdarza się dość rzadko, u chłopców częściej aniżeli u dziewczyn. Dzieci niedonoszone także chorobie tej podlegają. Nie zawsze ciężki poród poprzedza pojawienie się guza. Część przeważna przypada na położenia czaszkowe.

Siedliskiem guza są najczęściej kości ciemieniowe, zwłaszcza zaś prawa; zdarzają się także przypadki guza podwójnego po obu stronach szwu strzałkowego.

Powikłania. Zdarzające się niekiedy objawy mózgowie, dowodzą zawsze powikłania przez guz krwawy wewnętrzny, albo przez krwotok mózgowy. Zropienie guza krwawego stanowi także bardzo

ciężkie powikłanie; bywa ono następstwem urazu i ograniczyć się może albo tylko do worka krwawego, albo też przejść może dalej na powłokę skórną wywołując sposoczenie, albo wreszcie na kość obnażoną wywołując jej próchnienie, a nawet zapalenie opon mózgowych.

Anatomija. Wał, który się wytwarza na granicy między wzniesioną okostną i kością, zależy od zapalenia okostny i jest wysiękiem kostnym. Trzeszczenie, które po pewnym czasie daje się wyczuć w guzie przy naciskaniu, zależy od wysięku galaretowatego, pokrywającego kość obnażoną i powierzchnię wewnętrzną okostny. Wysięk ten, zamieniając się w blaszki kostne, tworzy wewnątrz guza rodzaj rusztowania kostnego. Guz nie przekracza szwów kostnych, ponieważ w tych miejscach okostna silnie przystaje do kości.

W dość rzadkich przypadkach wylew krwawy zajmuje przestrzeń między kością i czepcem ścięgnistym (galea aponeurotica), tworząc wtedy t. zw. *Cephalohaematoma subaponeuroticum*.

Ważne mają znaczenie wrodzone szczeliny czaszki, którym Féré przypisuje główny udział przy tworzeniu się guzów krwawych. Szczeliny te znajdują się w kości potylicowej, częściej jednak w tylnej części kości ciemieniowych po obu stronach szwu strzałkowego, tam gdzie później tworzą się foramina parietalia, albo też po obu stronach szwu kątoowego (sutura lambdoidea).

Przy zropieniu guza jama zamienia się w ropień, albo też w ognisko wypełnione posoką, tkanki otaczające przedstawiają nacieczenie ropne. Często wtedy spotkać można spróchnienie kości czaszkowej, zapalenie opon mózgowych, wreszcie ropnie przerzutowe w oddalonych narządach ciała.

Przyczyny. Statystyka wykazuje, że guz krwawy czaszkowy zdarza się najczęściej przy położeniach czaszkowych; ponieważ w tych położeniach kość prawa

ciemieniowa najczęściej przoduje (I-sze położenie czaszkowe), więc też najczęściej ta kość właśnie jest siedliskiem guza. Tak więc zależność guza krwawego od sprawy porodowej nie ulega wątpliwości.

W łatwym pękaniu naczyń, w łatwym oddzielaniu się okostny od kości i w przekrwieniu czaszkowem, towarzyszącem sprawie porodowej, szukać należy, według autora, czynników usposabiających do powstawania guza wewnętrznego i zewnętrznego przy położeniach czaszkowych.

Jeśli zaś poród był ukończony przy pomocy rękoczynu, to wtedy przyczyny guza krwawego szukać należy wprost w uszkodzeniu czaszki, nawet i wtedy jeśli dziecko urodziło się w położeniu pośladkowym (uszkodzenie przy wywiązywaniu główki).

Prócz tego guz krwawy powstać może także z powodu cierpienia ogólnego, usposabiającego do krwotoków, jak przymiot, ostre zwyrodnienie tłuszczowe, posocznica, krwawiaczka.

Rozpoznanie różniczkowe między guzem krwawym czaszkowym a innymi guzami, tu się przytrafiającymi, bywa wogóle dość łatwe.

Przedgłowie, jako obrzęk części miękkich, leżących ponad okostną, tem się różni od guza krwawego, że przekracza szwy i ciemiączka, nie chęłbocze, po uciśnięciu palcem pozostawia jamkę i znika po jednym albo dwu dniach.

Wylew krwawy pod czepcem ścięgnistym (Haematoma subaponeuroticum) charakteryzuje się także przekraczaniem szwów i niebieskawo-czerwonanem zabarwieniem skóry.

Ważnem jest bardzo rozpoznanie różniczkowe między guzem krwawym a *wrodzoną przepukliną mózgową,* która tem się odznacza, że pojawia się zwykle w szwie lub w ciemiączku, tętni, powiększa się przy krzyku dziecka, pozwala się w części odprowadzić, przy czem nierzadko pojawiają się drgawki.

Guzy naczyń rzadko się zdarzają na głowie noworodka, nie chelboczą i nie posiadają obrączki kostnej. Skóra zaś je pokrywająca, jest barwy czerwonej albo niebieskiej.

Ropnie odznaczają się bolesnością przy ucisku, podniesioną ciepłotą, zaczerwienieniem skóry, wreszcie zaburzeniem ogólnym.

Rokowanie. Przy guzie zewnętrznym bez powikłań i bez leczenia chirurgicznego, rokowanie jest zupełnie pomyślnem. Istnienie jednoczesne guza krwawego wewnętrznego, albo też zropienie guza pogarsza rokowanie, a nawet czyni je groźnym.

Jeśli wylew krwawy jest następstwem cierpienia ogólnego, to rokowanie jest zupełnie niepomyślne.

Leczenie. Autor przestrzega, aby guzów krwawych zewnętrznych bez powikłań wcale nie otwierać. Następstwem bowiem rozcięcia guza bywa albo znaczny krwotok, albo też zropienie worka. Guz taki, sam sobie pozostawiony, znika powoli przez wessanie.

Tylko wtedy dozwolonem jest przekłócić i wyciągnięcie zawartości, jeśli guz jest znacznych rozmiarów i nie okazuje wcale skłonności, pomimo kilkotygodniowego istnienia, do wessania.

Wrazie zaś przejścia guza w ropień, należy jaknajwcześniej worek otworzyć, pamiętając przytem jednak o wszelkich ostrożnościach zalecanych przez metodę przeciwną.

265. Dr. Johann Bókai jun. **O płończych zapaleniach stawów.** *Ueber die scarlatinösen Gelenksentzündungen. Mittheilungen aus dem „Stefanie-Kinderspital“ zu Budapest. (Jahrb. für Kinderheilkunde. 1885. Bd. XXIII, Hft. 3).*

Jakkolwiek już prawie od pół wieku płończy zapalenia stawów zajmują świat lekarski, zupełnej jednak jedności pod względem istoty tych spraw dotychczas nie ma. Wprawdzie już w r. 1816 Barther i Rilliet opisują wypadek szkarlaty-

ny, powikłanej przez zapalenie ślinianki przyusznej i stawów, ale większą uwagę zaczęto zwracać na tę kwestyję dopiero w końcu pierwszej połowie bieżącego stulecia. Schnitzer i Wolff w r. 1843 mówią o tym przedmiocie tylko tyle: „zapalenia stawów przy szkarlatynie zdarzają się, jeżeli wysypka prędko ginie, nie zupełnie wyraźnie występuje, lub gdy chorzy zaciągają się w okresie łuszczenia.“ Underwood w swoim podręczniku chorób dzieci między powikłaniami płonicy wspomina o zebraniu się ropy w stawach. W wydaniu w r. 1856 dziele o chorobach dzieci Barther i Rilliet przytaczają już wielu autorów, którzy spostrzegali przy szkarlatynie surowicze zapalenia stawów, często nawet z przejściem w ropne, sami jednak takiego przejścia nie widzieli. Betz traktuje już tę kwestyję obszernie, zwraca uwagę na to, że w przebiegu szkarlatyny zawsze mniej więcej bywa zajęta błona maziowa stawów, najczęściej ręki i stopy, przyczem na cierpienie stawów wskazuje bądź ból, bądź widoczny ich obrzęk. Ten sam autor zapatruje się na te zapalenia nie jako na następne, spowodowane szkarlatyną, na tej zasadzie, że występują one wcześniej niż wysypka na skórze.

Bonnet zwraca uwagę na cierpienia stawów przy odrze, szkarlatynie i ospie, jeżeli choroby te przebiegają nieprawidłowo, a najczęściej, jeżeli wysypka jest niezupełna. Zapalenia te, które należy odróżniać od gośćca, nie odznaczają się skłonnością do przejścia w ropne.

Po Bonnecie płończy zapalenia stawów zupełnie były zapomniane i dopiero w 20 lat później kwestyja ta została na nowo poruszona przez Trousseau, który uważa omawiane zapalenia za łagodne powikłanie szkarlatyny, zjawiające się zaraz w początkach choroby, w jej ostrym okresie i powoli ustępujące po zniknięciu wysypki. Powikłanie to objaśnia T. przez diathesis rheumatica, która istnieje u osobników, dotkniętych szkarlatyną, przy-

czem zapalenia stawów występują wcześniej, niż zapalenia błon surowiczych: opłucnej, osierdzia i t. d. Czasami, według T., gościec płonicy występuje w postaci ropnego zapalenia, od którego choroby prawie zawsze giną. Cierpienie jest z początku, w pierwszych dniach, lekkie, następnie stawy stają się boleśnieszemi, gorączka silniejszą, występują ciężkie nerwowe objawy, połączone z majaczeniem, i przy badaniu pośmiertnym znajdujemy ropę w stawach i między ścięgnami. W podręczniku chorób skórnych Hebry i Kaposi'ego zapalenia te, nazwane przez autorów „*arthritis metastatica post scarlatinam*“, opisane są jako rzadkie, lecz zarazem i niebezpieczne komplikacje, które częściej zdarzają się w późniejszym wieku dziecięcym i bardzo często połączone bywają z zapaleniem błon surowiczych. Według tych autorów los ten najczęściej spotyka stawy: kolanowy, łokciowy, biodrowy i stawy ręki. Początek tej choroby przypada na okres łuszczenia, towarzyszą jej dreszcze, wysoka gorączka z majaczeniem i śpiączką, żywy ból i ograniczenie czynności odnośnych stawów. W łżejszych wypadkach ból jest mniej silny, podniesienie ciepłoty ciała spostrzega się tylko w godzinach wieczornych, przebieg ma więcej charakter przewlekłego cierpienia. Natężenie tych objawów i różnica w przebiegu, powiadają autorzy, zależy od początkowego siedliska cierpienia. Jeżeli zapaleniu ulegają bardziej powierzchowne części stawów, jako to tkanka łączna i mięśnie, to może ono przy znacznej maceracyi tych części dłuższy czas istnieć i staje się niebezpiecznym dopiero wówczas, kiedy przechodzi na sam staw, powodując zniszczenie chrząstek stawowych i ropienie. Jeżeli zaś cierpienie zaczyna się w błonach stawowych i kościach, to w krótkim czasie zapalenie przechodzi w ropne, następuje zniszczenie stawu i śmierć na wysokości choroby.

Volkmann wyraża się o tych zapaleniach jako o rzadkich powikłaniach cho-

rób wysypkowych, durzycy, krwawej biegunki, błonicy, zapalenia ślinianki przyusznej, gorączki połogowej i t. d. Przy tych następczych zapaleniach błony maziowej stawów V. rozróżnia trzy formy: a) w pewnej ilości wypadków są one natury ropnicowej, b) w innych razach mają wiele podobieństwa do *Polyarthritis rheumatica*, c) nakoniec mogą występować pod wpływem wyżej przytoczonych momentów zakaźnych podczas przebiegu choroby, częściej jednak w okresie rekonwalescencji. Bolesność zajętych stawów jest niewielką i przejście formy surowiczej w ropną lub grzybowatą zdarza się nierzadko. Co się tyczy drugiej formy, to dodaje V., że różni się ona od ostrego gościca tem, że nie ma skłonności do powikłań ze strony opłucnej, osierdzia i wsierdzia.

Bohn nie przypisuje w mowie będącym zapaleniom wielkiego znaczenia, uważając formę ropną za zjawisko nader rzadkie.

Henoch widzi w *synovitis scarlatinos*a cierpienie częste. W jednym szeregu wypadków H. obserwował bardzo lekki ból w zajętych stawach, prawie bez obrzęku i zboczenia czynności kończyny, w drugim ból silny, obrzęk znaczny, *functio laesa*, wysoką gorączkę, przyczem dość często zdarza się zapalenie opłucnej, osierdzia, wsierdzia i otrzewnej. Obie te formy, występujące najczęściej między 9 a 11 dniem szkarlatyny nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa, jeżeli tylko przebiegają bez powikłań ze strony błon surowiczych. Co się tyczy ropnych zapaleń, to powstają one: 1) albo skutkiem przejścia surowiczego wysięku w ropny, 2) albo na drodze zatorowej, przyczem zator zależy bądź od sprawy zakrzepowej małych naczyń tej części szyi, na której rozwinęło się rozlane zapalenie tkanki łącznej, bądź od zakrzepu żyły szyjowej. Przebieg pierwszych wypadków jest przewlekły, daje jednak nadzieję względnego wyzdrowienia, jeżeli nie do-

łączą się inne powikłania, drugie kończą się w krótkim czasie śmiercią.

Oprócz wspomnianych autorów, Bókai przytacza jeszcze wielu innych.

Na zasadzie własnych spostrzeżeń i danych, wyżej przytoczonych, autor w celach praktycznych rozróżnia:

A. Synovitis purulenta, która może powstawać w trojaki sposób: a) Zapalenie błony maziowej występuje od samego początku w formie ropnej, stanowiąc objaw ropnicy; b) Zapalenie miało z początku charakter surowicy, a potem dopiero przeszło w ropne; c) do jamy stawowej otworzyły się ropnie naokołostawowe (periarticulares), wywołując takim sposobem ropne zapalenie stawu.

B. Synovitis serosa, która może wystąpić w trzech formach: a) ostre lub ostrawe zapalenie stawów zbliżone bardzo do Polyarthriti rheumatica; b) jednostawowe lub wielostawowe zapalenia mające więcej przewlekły przebieg i przechodzące w grzybowatą formę; c) tego rodzaju surowicze zapalenia, na miejscu których prędzej lub później rozwijają się zapalenia ropne.

A. Surowicze zapalenia stawów.

a) Ostre surowicze zapalenia, które w objawach swoich podobne są do ostrego gośćca stawowego.

Bókai nie zgadza się z zapatrywaniem innych autorów, którzy uważają tę formę synovitów płoniczych za czysty reumatyzm, jakkolwiek przyznaje, że podobieństwo między temi dwiema formami jest wielkie. Synovitis serosa występuje szybko po zjawieniu się wysypki. W jednym wypadku autor widział to powikłanie już na trzeci dzień szkarlatyny, wogóle jednak spostrzegać się dają w końcu drugiego lub na początku trzeciego tygodnia, jednocześnie z rozpoczynającym się luzszeniem. Zapalenia zaś, które występują przed zjawieniem się wysypki autor uważa za samodzielne reumatyczne cierpienia, którym chorzy ulegli podczas inkubacji płoniczej. Po większej części

sprawa zapalna rozciąga się na 2, 3 stawy, przyczem najczęściej cierpią stawy ręki. Zapalenia małych stawów zdarzają się rzadko. Stałym objawem bywa większy lub mniejszy ból w odnośnym stawie, podczas gdy obrzęk w lżejszych wypadkach może wcale nie być widocznym, w większości jednak wypadków dostrzegalny, a czasami nawet bardzo znaczny. Zboczenie czynności zależy od natężenia bólu i obrzęku. Gorączka trzyma się nie długo, najwyżej na wysokości 39°. Ogólny stan cierpi mało, nerwowych objawów nie ma żadnych. Cierpienie trwa kilka dni; *recydywy nigdy autor nie spostrzegał*. Podczas przebiegu choroby *objawy zapalne dotyczą tylko tych stawów, które z początku były zajęte, owa zaś szybka zmiana miejsca, która dla ostrego gośćca jest patognomoniczną, w danym razie nie ma miejsca*. Powikłanie to zdarza się stosunkowo rzadko (6^o/_o). Przy tej formie zapaleń, jak i przy gośćcu częstokroć bywały konstатовane zapalenia błon surowicznych, jakkolwiek w wypadkach, przez autora przytoczonych, ani razu powikłania tego nie znajdujemy. Rokowanie jest pomyślne: surowicze zapalenia stawów same przez się nie grożą żadnym niebezpieczeństwem, jeżeli tylko nie są powikłane przez zapalenie błon surowicznych.

Różnica między omawianemi zapaleniami, a ostrym gośćcem, jak widać z przytoczonych objawów, da się sformułować w następujący sposób:

1) Synovitis serosa scarlatinosa w przeciwstawieniu do Polyarthriti rheumatica jest cierpieniem lekkim i leczy się bez żadnej interwencji lekarskiej.

2) S. sc. odznacza się większą stałością, niż Polyarthriti rheumatica, to jest, że sprawa zapalna nie przechodzi z jednego stawu na drugi.

3) Pierwsza nie odznacza się taką skłonnością do recydyw, jak druga.

Jeżeliby się dało jeszcze dowieść, że zdarzające się od czasu do czasu zapalenia błon surowicznych nie zależą od powi-

kłań ze strony stawów, a spowodowane są tym samym zarazkiem szkarlatynowym, to różnica między temi dwiema formami zapaleń stawów wystąpiłaby jeszcze wyraźniej. Z tego też powodu autor radzi wprowadzić według Koren'a nazwę „synovitis scarlatinosa“ zamiast używanej „polyarthritis scarlatinosa“, z dodatkiem „acuta“ i „multiplex“, aby przez te epitety natura cierpienia była jeszcze wyraźniej scharakteryzowana.

b) Surowicze zapalenia stawów, mające ostry resp. przewlekły przebieg i czasami przechodzące w guz biały.

Ta forma zapaleń różni się od poprzedniej tylko przebiegiem. Według Volkmana zapalenia te rozciągają się częściej na jeden staw, odznaczają się przewlekłym przebiegiem i niewielkim bólem, obfitym wysiękiem i skłonnością do przejścia w grzybowatą lub ropną formę. Z pięciu przez B. opisanych wypadków synovitis monarticularis spotykano tylko raz, w pozostałych zajęte były dwa, trzy, a nawet i cztery stawy. Ból w dwóch wypadkach był tak silny, że koniecznym było zastosowanie chloralu. W tych samych dwóch wypadkach wysięk był dosyć znaczny, w trzech pozostałych nastąpiło przejście w guz biały.

Rokowanie przy tej formie, naturalnie, jest mniej pomyślne, niż przy pierwszej. Od czego zaś zależy taka różnorodność form, dlaczego w jednym wypadku rozwija się prędko przechodzące, lekkie zapalenie bez recydyw, w drugim zaś cierpienie trwa tygodnie, a nawet miesiące, zmieniając w tym czasie swój typ, pytania tego autor nie rozstrzyga; sądzi jednak zgodnie z Bohn'em, że wpływa na to budowa osobnika, że zбочenia w składzie krwi (dyscrasiae), głównie żoły, grają pod tym względem ważną rolę.

c) Surowicze zapalenia stawów, które po pewnym czasie przechodzą w ropne.

Według nowszych autorów przejście surowiczej formy w ropną stanowi zjawisko prawie wyjątkowe. Autor z po-

między dwunastu powikłań ze strony stawów przy szkarlatynie, przytacza takie dwa. Na okoliczność, że surowiczy wysięk przeszedł w ropny, wskazuje gorączka ciągła lub przepuszczająca, znaczne natężenie bólu, bladoczerwony, albo czerwony kolor skóry, pokrywającej staw, niespodziane pogorszenie w stanie ogólnym. Najczęściej zebranie ropy ogranicza się na jednym stawie, jakkolwiek znajdują się w literaturze wypadki, gdzie mowa jest o zapaleniu ropnem wszystkich większych stawów.

Przebieg tych wypadków jest albo ostry i wtenczas zwykle śmiertelny, albo też przewlekły, przyczem ropa, dostając się nazewnątrz, prowadzi do tworzenia się przetok, i cierpienie po długim ropieniu kończy się zeszywnieniem stawu, lub też, wycieńczywszy chorego, wkońcu zabija go. I tu autor nie odpowiada na pytanie, gdzie należy szukać przyczyny przejścia surowiczego wysięku w ropny; zdaniem Heubnera wpływać ma na to błonicowe powikłanie gardzieli przy szkarlatynie.

B. Ropne zapalenia stawów.

a) Zapalenie ma od samego początku charakter ropny, stanowiąc jeden z objawów ropnicy.

Trousseau, Hebra, Bohn, Thomas porównują te zapalenia stawów z temi, jakie towarzyszą gorączce pologowej i stawiają je w zależności od ropnicy, która przy szkarlatynie według Bohn'a powstaje skutkiem zgorzelinowych i gnilnych spraw w tkance łącznej szyi. Cierpienie to znacznie różni się od opisanych form surowicznych. W jednym z dwóch przez autora opisanych wypadków rozwinęło się ropne zapalenie stawów w przebiegu szkarlatyny, powikłanej przez ciężki i rozległy dyfteryt gardzieli i rozlane zapalenie tkanki łącznej szyi. Zapalenie wystąpiło na 14 dzień szkarlatyny, 16 go dnia chory zmarł. W drugim wypadku dziewczynka, przyjęta została do szpitala z nephritis scarlatinosa, w 4 tygodnie po zachorowaniu na szkarlatynę. U tej cho-

rej znajdowały się na szyi głębokie, silnie cuchnące owrzodzenia z podminowanymi brzegami. Na 8 dzień pobytu w szpitalu wystąpiła synovitis purulenta multiplex, a na 9 dzień chora umarła. Bóle w stawach, zaczerwienienie skóry i obrzęk były znacznie większe, niż w wypadkach surowiczego zapalenia, i, podczas gdy tam cierpienie stawu nie miało prawie żadnego wpływu na ogólny stan chorego, tutaj ciężki stan pogorszył się jeszcze bardziej i gorączka dochodziła do $40,4^{\circ}$ — $41,2^{\circ}$, pozostając na tej wysokości do samej śmierci. Henoch stawia synovitis purulenta scarlatinosa w związku z phlegmone szyi, objaśniając powstanie tej formy zapaleń błony maziowej na drodze embolicznej i wyprowadzając zator z małych żył szyjowych i z zakrzepu venae jugularis. Bókai zapatruje się na tę kwestyję tak samo.

b) Ropne zapalenia stawów, występujące skutkiem tego, że powstałe w przebiegu szkarlatyny ropnie naokołostawowe (periarticulares) otworzyły się do jamy stawowej. Takie powstanie ropnego zapalenia stawów zdarza się rzadko. B. podobnego wypadku nie widział. Z innych autorów wspominają o nich tylko Hebra i Kaposi oraz Henoch.

O leczeniu wszystkich tych form zapaleń stawów mało da się powiedzieć. Ostre surowicze zapalenia nie wymagają żadnego leczenia, przy innych formach postępować należy według ogólnie znanych prawideł.

Na tę tylko okoliczność autor zwraca uwagę, że *przy ostrych i ostrych płonicych zapaleniach stawów z surowicznym wysiękiem nie widział tego działania salicylanu sodu, jakie przy leczeniu goścca stawowego tak uderza każdego lekarza.*

Z. Srebrny.

MISCELLANEA.

266 **Własność antypiryny.** Dr. Leon Arduin na zasadzie licznych spostrzeżeń nad działaniem

antypiryny, wypowiada następujące wnioski („Bulletin Général de Thérapeutique“) o fizjologicznym działaniu tego środka: 1) ant. wpływa na układ nerwowy, zwłaszcza na rdzeń przedłużony i mózg, 2) zmniejsza siłę uderzeń serca; zwierzęta zdychają wskutek paraliżu serca; na krew nie wywiera żadnego szczególnego wpływu (spektroskop). Prof. Demme przypisuje jej działanie trujące na zarodnię (protoplasma). Co do wpływu na ciśnienia w tętnicach zdania są podzielone: jedni twierdzą, że zwiększa, drudzy, że zmniejsza takowe.

Queirolo, badając działanie tego środka na naczyń krwionośną skóry, spostrzegł rozszerzenie tych ostatnich; tę okolicznością objaśnia Q obniżanie ciepłoty, spowodowane antypiryną.

3) Antip nie wywiera jak się zdaje, znacznego wpływu na oddychanie (powszechnie jednakże przyjmują, że zmniejsza częstość oddechów). 4) Działanie ant. na sekrecyję moczu pod wielu względami jest jeszcze niewyjaśnione. 5) Działanie antypiryny jako środka tamującego krew wymaga jeszcze obserwacji. 6) Co się tyczy przyczyny obniżania ciepłoty, to nie uznając ani hipotezy o wywoływaniu zapomocą antip. ułatwianiu się przeziwów ani tlómaczenia Queirola, upatrującego przyczynę tego działania w wpływie antip. na ogólne krążenie krwi lub poprostu w działaniu jej na naczyń krwionośną skóry, Arduin skłania się do zdania, że obniżka ciepłoty jest wynikiem bezpośredniego działania tego środka na ośrodki wytwarzania się ciepła (thermogenic centres).

W kwestyi stosowania tego środka w terapii, wnioski Arduin'a są następujące: 1) antip. jest wskazaną we wszelkich chorobach gorączkowych wczasy hyperpyrexiae; 2) w ciężkich chorobach gorączkowych, jakoto durzycy, suchotach płucnych, nieodstępowanie gorączki stanowi też wskazanie dla antypiryny; 3) celem uniknięcia zbytnej i wycieńczającej perspiracji, jakoteż grożącej wskutek nieumiarkowanego użycia tego środka adynamii, należy antip. zalecać w małych dawkach. Środek ten może być zadawany przez odbytnicę w postaci wstrzykiwań lub czopków (w krwotokach hemoroidalnych). Najlepiej jest przyjmować antip. przez usta, w tym celu należy rozpuścić ją w nieznacznej ilości wody osłodzonej z dodaniem wody miętowej lub innej aromatycznej i zażywać z niewielką ilością wina czerwonego. Dawka wynosi 8—12 gr. w suchotach, 15 do 45 w gorączce durzycowej i innych chorobach z charakterystyczną wysoką gorączką. Nie należy dawać więcej niż po 15 gr. na raz co godzinę.

Dr. Pusinelli („Deutsch. Med. Woch.“; „Amer. Journ. Med. Scien.“) w następujący sposób zestawia wyniki swych poszukiwań nad działaniem leczniczym antypiryny: 1) we wszystkich wypadkach, z wyjątkiem jedynie goścca, antypiryna okazała się środkiem skutecznym w obniżaniu ciepłoty. 2) Czas

trwania skutku antypyretycznego zależy od własności choroby oraz od dawki. W chorobach gorączkowych po zażyciu 15 gr. skutek trwał 2 lub 3 godzin, po 30 gr. 4 lub 5 godzin, po 45 gr. około 6 godzin. 3) Przed rozpoczęciem kuracji antypiryną, należy w charakterze próby podawać dawki $7\frac{1}{2}$ do 15 gr. i uwzględnić indywidualne wypadki. 4) W chorobach z bardzo silną gorączką (gorączka durzycowa, krupowe zapalenie płuc) wskazane są dawki 30-granowe dla mężczyzn i 15-granowe dla kobiet i tylko w odstępach godzinnych (w praktyce prywatnej co 2—3 godzin), jeżeli środek ten w takich dawkach bywa znoszony. Dla zupełnego obniżenia gorączki wystarcza 60 do 90 gr. dziennie. 5) W chorobach z nieznaczną gorączką i przewlekłych, szczególnie w suchotach z gorączką trawiącą zachodzi często konieczność podania pojedynczej dawki 15—30 gr. celem sprawienia ulgi. 6) W ostrym gościu stawowym z gorączką, środek ten bywa nieraz przeciwwskazanym. 7) W gorączce przepuszczającej antip. nie okazuje działania. 8) W żadnej chorobie, leczonej antypiryną, środek ten nie okazał swoistego działania jak np. chinina w baciennicy, wszelako przebieg gorączki tyfusowej wskutek leczenia antypiryną jest może krótszy i łagodniejszy. W krupowym zapaleniu płuc ogólny stan poprawia się, na miejscowy zaś proces chorobowy użycie antip. nie wpływa. W suchotach z silną gorączką zwalniającą niejednokrotnie spostrzegano kilka dni bezgorączkowych i poprawienie się objawów. 9) Antypiryna wogóle dobrze bywa znoszona; zapaści ani dreszczy nie zauważono nigdy, na tętno, oddech i nerki żadnego niekorzystnego wpływu też nie zauważono. 10) Z nieprzyjemnych objawów napotymano wysypkę, wymioty (częściej u kobiet) i pocenie się. 11) Antypiryna ma znaczną wyższość nad chininą z powodu łatwej rozpuszczalności w wodzie, prócz tego sama przez się jest w stanie obniżyć ciepłotę ciała tak, że można osiągnąć zupełnie normalną temperaturę ciała przez czas dłuższy, czego chinina nie jest w stanie dokazać. 12) Antypirynie należy oddać pierwszeństwo przed kairiną i hydrochinonem ze względu na trwałość skutek w gorączce i brak zapaści (collapse) i dreszczy podczas użycia.

(*The Practitioner*, September, 1885).

B. P.

267 Kokaina w cierpieniach wenerycznych i syfilitycznych.

Bono, badając działania kokainy w chorobach organów płciowych, przekonał się, że środek ten nie tylko ułatwia badanie cewki moczowej i pęcherza zapomocą stoczka (bougie) i endoskopu, ale okazuje się też cennym środkiem znieczulającym i leczniczym w niektórych cierpieniach wenerycznych i syfilitycznych. Wstrzykiwanie kokainy, zdaniem jego, jest niezrównanym środkiem znieczulającym

przy wprowadzaniu cewnika lub zastosowywaniu środków żrących. Wstrzykiwanie kilku kropel 2-procentowego roztworu kokainy przy rzeżączce znosi uczucie bólu w czasie moczenia i erekcji; iniekcje powinny być powtarzane 4—5 razy dziennie, a wstrzyknięty płyn musi pozostawać przynajmniej przez 5 minut w cewce. W rzeżączce u kobiet palący ból ustępuje bezwarunkowo po zastosowaniu małych tamponów, nasyconych 2-procentowym roztworem kokainy lub po użyciu maści z 5⁰/₀ kokainy. Kokaina pozwala wykonywać bez bólu takie operacje jak kauteryzacja w balanopostitis przypalenie, wycinanie lub wyskrobywanie szyszkowin kończystych; przy kauteryzacji i wycinaniu pierwotnych porażen przymiotowych kokaina jest bardzo pożądanym środkiem znieczulającym, którego działanie trwa dość długo. Wewnętrzne użycie kokainy w czasie kuracji antisyfilitycznej niema żadnej wartości, natomiast zastosowana miejscowo działa nader korzystnie w przymiotowym zapaleniu migdałów, stomatitis mercurialis i utrudnionem połykaniu.

(*Therapeutic Gazette*, Jan. 15,
The Practitioner, September, 1885).

B. P.

268 O wpływie urazu i zapalania na rozwój raka wtórnego. *De la contusion et de l'inflammation comme causes de prédispositions locales au développement du cancer secondaire.* (Nicaise—*Rev. d. Chir.* Nr. 9).

Uraz ma wpływ nie tylko na rozwój raka pierwotnego, lecz także i na występowanie wtórnych guzów jego w tem, a nie innym miejscu. Na dowód tego N. przytacza dwa wypadki. Pierwszy dotyczy 56-letniej kobiety, chorej od lat 4 na raka macicy. Jajniki i przewody Falopiusza podległy zwyrodnieniu. Chora nadto od lat 9 miała przepuklinę pępkową, utworzoną przez sieć wielką i ciągłą uciskaną paskiem przepuklinowym. Otóż rak wtórny rozwinął się także w części sieci, zawartej w worku przepuklinowym i zwyrodniał ją aż do szyjki przepukliny. Część sieci, zawarta w szyjce i niżej, jako niepodlegająca urazom, była zdrową.

W 2-gim wypadku 58-letni mężczyzna cierpiący na raka odźwiernika miał dwa wtórne guzy na ścianie brzucha, które zauważył przed 3-ma miesiącami. Jeden z guzów zajmował okolicę pępkową, drugi, na 4—5 cent. wyżej od niego położony, znajdował się w okolicy nadbrzuszej. Obadwa guzy okazały się zwyrodnionemi częściami sieci wielkiej, które wypadły przez 2 szczeliny w aponeurozie. Zapomocą cienkich nóżek guzy łączyły się z samą siecią, która żadnych zmian nie przedstawiała.

269 Zatrzymanie krwiopłucia przez wytworzenie sztuczne odmy piersiowej. Heroicznego tego sposobu użył w Londynie dr. Cayley w przypadku silnego krwiopłucia, nieustępującego żadnym środkiem. Chory, 21 lat, z powodu utraty krwi

był mocno anemicznym; znaleziono stępienie nieznaczne w prawym wierzchołku, rzęzenie, oddech oskrzelowy. Przypuszczano tętniak tętnicy płucnej albo rozzerwanie większego naczynia; oczekiwano, że zmniejszone krążenie w płucu i ciśnienie powietrza, po wywołaniu odmy, podziata hamująco na krwawienie. Przez przecięcie w 6-tem międzyżebżu nieco ku tyłowi od l. axill. post. wprowadzono zrazu cewnik, a później srebrną rurkę. Objawy odmy wystąpiły niebawem. Chory zaczął doznawać mocnej duszności, oddech stał się przyspieszonym — *ale krwawienie ustało*. Chory zmarł w trzy dni później. Przy badaniu zwłok znaleziono gruźlicę prosówkową świeżą w obydwóch płucach. Prawe płuco spadłe, opłucna pokryta świeżym wysiękiem. W wierzchołku znaleziono jamę wielkości laskowego orzecha, do której otwierała się znaczniejsza gałązka tętnicy płucnej, z tą samą jamą spółkowało grubsze oskrzele, obecnie zatkanę. Szkoda, że chory zmarł za przedko, by można wnioskować o wynikach przedsięwziętego kroku; w każdym razie celu osiągnięto. Zrosty opłucnej, na większej zwłaszcza przestrzeni, nie pozwolą na skutecznienie omawianej operacji, wogóle wskazania dla niej będą istniały zawsze tylko w wypadkach wyjątkowych.

(Lancet, 16 maja. — W. Allg. M. W., 42).

Wiadomości bieżące.

— **Mleko warszawskie.** Według rozbioru dokonanego przez A. Bukowskiego, pokazuje się, iż z ogólnej liczby 12 rozbiieranych gatunków mleka pochodzącego z różnych mleczarni, najwięcej części stałych posiada: mleko z zakładów Henneberga (12,96%) (0/0), z mleczarni leczniczej (12,86%) (0/0), z dóbr Płochocin (12,49%) (0/0). Najwięcej tłuszczu posiadało: mleko z mleczarni leczniczej (3,34), jeden gatunek z za Żelaznej Bramy (3,05), oraz mleko z zakładów Henneberga (2,99). Najwięcej sernika i białka posiada: mleko z zakładów Henneberga (4,05), oraz z mleczarni leczniczej (3,95). Najwięcej śmietanki mleko z mleczarni leczniczej i z dóbr Czarsk (11,5). W mleku branym od pachiarza wykryto znaczną ilość sody. W mleku targowem znaleziono w trzech wypadkach wodę (10%—25%). Wyżej wymienione mleczarnie większe posiadają mleko, należące według analiz autora do bardzo dobrych gatunków. Ceny mleka wahają się od 9 kopiejek (mleko targowe wodą zafalszowane), do 10 (Czarsk, Płochocin, Zaborów), 16 (Henneberga) i 20 (lecznicze). (Zdrowie, 1—1885).

— W numerze 218 „**Wiek**“ znajdujemy w artykule rz. r. st. p. Puchalskiego, naczelnika tutejszych zakładów dobroczynnych — niżej podaną tabelicę statystyczną, przedstawiającą naocznie wysoce pożyteczną działalność przytułków położniczych:

Nr. Przytułku	NAZWISKO LEKARZA zawiadującego przytułkiem	Szczegóły o do położnic										Co do ich dzieci			Stosunek w statystycznych procentach			
		Przyjęto do przytułku i remanent z r. 1883	Odmówiono przyjęcia	Wypisano przed porodem	Porodziło	Operacyj	Umarło	Wypisano do szpitala	Wypisano do domu	Pozostało na rok 1885	Umarło	Markom	Wydano	Do Dz. Jezus	Pozostało na r. 1885	Srednia dni pobytu każdej położnicy	Operacyj do porodów	Martworodków i śmiert. dzieci do żywych w urodzonych
I.	L. Biegański Aleksander....	177	55	—	173	17	—	176	1	167	11	1	166	—	—	7	9,93%	7,32%
II.	„ Tomaszewicz-Dobrska....	160	63	3	157	13	4	149	4	149	12	7	137	1	4	7,2	8,33%	12,41%
III.	Dr. Kondratowicz.....	151	38	4	146	11	1	140	5	143	5	5	117	16	4	8,33	7,35%	7%
IV.	L. Gromadźki (Praga).....	135	45	5	126	37	3	125	2	105	25	6	94	3	2	7,5	29,33%	29,33%
V.	„ Rubinstein (żydowski)...	117	38	1	113	22	1	109	3	107	10	5	99	—	3	8,49	18,45%	14%
	Instyt. położ. w r. 1884 miał	303	15	17	294	78	12	256	9	225	71	28	182	1	7	9,3	26,35%	44%

— **Szpital Dzieciątka Jezus** drukuje obecnie obszernie sprawozdanie lekarskie za rok 1883 opracowane przez d-ra Wł. Krajewskiego. Będzie to pierwsze obszerniejsze sprawozdanie w tym rodzaju wydane w Warszawie.

— **Redaktorem** „Pamiętnika Towarzystwa lekarskiego“ obrany został na ostatniemu posiedzeniu klinicznem, dr. **Jawdyński**.

— **Wystawa farmaceutyczna w Warszawie.** Wystawy farmaceutyczne wogólności istnieją od niedawnego bardzo czasu (pierwsza odbyła się w Wiedniu w r. 1883). Wystawy krajowe podobnie kielkują dopiero. Obecnie z okoliczności podniesionego projektu wystawy farmaceutycznej w Warszawie, „Wiadomości farmaceutyczne“ kreslą szkic ogólny takowej. Zdaniem pomienionego czasopiśma, wystawa rozpaść się powinna na trzy główne działy praktyczny, obejmujący wyroby laboratoryjów, naukowy, obejmujący książki, kolekcje, zielniki, przyrządy naukowe, oraz historyczny, obejmujący stare dzieła, dokumenta i t. p. Specyfiki bezwzględnie wykluczone być muszą. Urzeczywistnienie projektu jest wszakże nazbyt trudne, funduszu towarzystwo farmaceutyczne na ten cel wcale nie posiada. Bilety wejścia nie opłacą w żadnym razie wyłożonych kosztów. Nadto i celu osobliwego nie ma, trzy czwarte bowiem środków farmaceutycznych przychodzi do nas z zagranicy. Prędjebny się rzecz powiodła, zdaniem „Wiadom. farmaceut.“, gdyby wystawa połączona była z przemysłową lub z lekarsko-hygieniczną.

(*Wiadomości farmaceutyczne*, 20—1885).

— **Ze statystyki gubernii piotrkowskiej.** W r. 1884 znajdowało się w tej gubernii ogółem 81 lekarzy, nie licząc wojskowych; w tej liczbie 58 walnopraktykujących. Liczba felczerów wynosiła 196 (oczywiście nie mogli tu być wliczeni felczerzy bez wszelkiej kwalifikacji fachowej), akuszerki znajdowało się w gubernii 76. Aptek istnieje 53, w tej liczbie 7 wiejskich. Personel aptekarski składał się z 6 magistrów farmacji, 54 prowizorów, 36 asystentów i 38 uczniów. Jeden lekarz przypada w gubernii piotrkowskiej na 11,196 ludności; jeden felczer na 4,627, jedna apteka na 17,111 ludności i jedna akuszerka na 6,132 kobiet.

Szpitali gubernija posiada 9, mianowicie: w Piotrkowie—szpital św. Trójcy i dla starozakonnych; w Łodzi—szpital Aleksandrowski i czasowy dla starozakonnych; w Częstochowie szpital Najśw. Maryi P.; w Będzinie—św. Aleksandra; w Rawie—św. Ducha; w Noworadomsku—św. Aleksandra i w Koniopolu św. Jana. We wszystkich tych zakładach liczono w roku sprawozdawczym 3,079 chorych, z których wyzdrowiało 2,478, umarło 332, pozostało na rok 1885 269.

Łódź na 130,000 mieszkańców posiada tylko dwa niewielkie szpitale. Niektóre miasta powiatowe

(Brzeziny, Łask) oraz miasta fabryczne (Tomaszów, Zgierz, Pabianice) nie posiadają wcale szpitali własnych.

Domów schronienia liczyła gubernija piotrkowska w roku sprawozdawczym 7, w których ogółem przebywało 91 osób, a których kapitał wynosił 37.390 rubli; dochody i wydatki wynosiły około 5½ tysięcy rubli. W niektórych przytulcach koszt rocznego utrzymania wynosił około 10 rubli lub nawet mniej (!) na osobę.

Gubernija posiada 4 ochronki, które w r. 1884 miały 11,652 rubli kapitału, 2,551 rs. dochodu i 2,255 rs. wydatków. Roczny koszt utrzymania jednego dziecka w ochronce piotrkowskiej wynosił 14½ rubli, w częstochowskich (2)—11 rubli, w rawskiej—33 ruble. Oprócz tych istnieje w Piotrkowie ochronka dla dzieci prawosławnych, należąca do rosyjskiego towarzystwa dobroczynności. Roczny koszt utrzymania jednego dziecka wynosił w niej 88 rubli. Powyższe cyfry wyjmujemy z „Dziennika Łódzkiego“ z. d. 17 października.

— **Odnaczenie.** Dr. Jabłonowski stały korespondent „Przeglądu lekarskiego“ w Krakowie, ukończywszy misję swą do Persyi, gdzie gorliwie wykonywał studia nad dżumą, wraca do Konstantynopola, otrzymawszy podziękowanie na piśmie od rządów perskiego i tureckiego oraz odznaczony orderem perskim słońca i tureckim Medżdzie.

(*Przegląd lekarski*, 17-go paździer. 1885).

— **Katedra fizjologii w Krakowie.** Nominacja d-ra Cybulskiego na tę katedrę już nastąpiła. W końcu października dr. Cybulski ma już rozpocząć wykłady.

(*Przegląd lekarski*, 17-go paździer. 1885).

— **Farmakopeja międzynarodowa.** Jeszcze w r. 1865 mówiono na zjeździe farmaceutów w Brunsziku o pożyteczności, jakiej spodziewać się wypada od farmakopei międzynarodowej, gdyby takowa mogła być wprowadzoną. Kwestyja ta zajęła poważne stanowisko na kongresie brukselskim.

Na poprzednio odbytem kongresie w Londynie postanowiono wybrać komisję złożoną z delegatów od rozmaitych krajów, z każdego kraju po dwóch. Komisji powierzono być miało ułożenie projektu farmakopei międzynarodowej, przyczem polecono uwzględnić głównie wprowadzenie jednostajnej wagi, wspólnego języka (łacińskiego), oraz jednakowych sposobów przyrządzania środków mocno działających. Sprawozdawcą komisji obrano A. von Waldheim'a prezesa towarzystwa farmaceutycznego w Wiedniu.

Komisya wybrała z ogólnej liczby proponowanych środków tylko 293, a mianowicie: 37 środków prostych natury roślinnej, 1 natury zwierzęcej, 152 przetworów farmaceutycznych i 103 środków po części chemicznych poczęści farmaceutycznych.

„Wiadomości farmaceutyczne“, z których czer-

piemy te dane, umieszczają projekt komisji przyjęty na zjeździe brukselskim. Tytuł brzmi: „Projectum Pharmacopaeae Internationalis. Medicamenta simplicia et composita continens, tum heroicae indolis, tum majore vi praedita“. Przy każdym środku znajdują się dopiski oznaczające kraj, w którym obecnie odpowiedni lek znajduje się w użyciu, albo którego delegaci życzyli sobie pomieścić ten środek w farmakopei międzynarodowej, a którego nie przyjęli. (*Wiadomości farmaceut.* Nr. 20—1885).

— **Kursa lekarskie dla kobiet.** W sprawozdaniu zarządu miejskiego w Petersburgu podano, iż kapitał ofiarowany na kursa lekarskie dla kobiet wynosił ogółem w dniu 1-szym stycznia 33,908 rubli w banknotach i 4,500 rubli w papierach wartościowych. W roku zaś 1884 procent wyniósł 71 rubli (?), a nowe ofiary 5,868.

(*Wracsz.* Nr. 40—1885).

— **Nowy mikroskop.** Firma Beck w Londynie zbudowała mikroskop łączący taniocść z wyborną funkcją. „*The Brit. Med. Journ.*“ wyraża przekonanie, że narzędzie to wkrótce zwycięży wszystkie zagraniczne narzędzia tego rodzaju, gdyż jest to pierwszy mikroskop tani, pominąwszy oczywiście liche wyroby. Cały przyrząd kosztuje 3 gwinee (32 ruble podług kursu), posiadać ma wyborne obiektywy 1 calowy i 1/4 calowy, szrubę mikrometryczną, lusterko o ruchach bocznych i obrotowych, diafragmę. Narzędzie zowie się „star“ *microscop*, od gwiazdki wyciętej w podstawie jego. Adres firmy: J. Beck, Cornhill, London.

(*The Brit. Med. Journ.* 10 paźdz. 1885).

— Inżynier Heilemann rozbiiera w „*Deut. Wochenbl. f. Gesundheitspflege u. Rettungswesen*“ oświecenie elektryczne względnie do jego wpływu na zdrowie. Lamy świecące przez rozpalenie się platyny z płomieniem stałym, żółtawym, nadają się bardzo do mieszkań prywatnych, warsztatów. W miejscach jednak zamkniętych, gdzie nagromadza się bardzo dużo ludzi (teatru, sale zebrań publicznych) niezbędnem jest oświecenie z płomieniem otwartym, a to ze względu na przewietrzanie, które dotychczasowymi środkami nie może być do kładnie uskutecznione.

— Na trzecim zebraniu niemieckiego stowarzyszenia higieny we Freiburgu zajmowano się kwestyją **szkodliwości dymu w miastach**, zarówno jego mechanicznych cząsteczek jak i pierwiastków chemicznych. Co do pierwszej strony starano się jej zaradzić przez wznoszenie o ile można wyższych kominów. Drugiej stronie mogłoby zaradzić odpowiednie urządzenie pieców, przy którym spalanie byłoby pełniejszym, także używanie paliwa mniej dymiącego (koks, antracyt). Wszystkie do-

tychczas podawane systemy (238) pieców—nie są zadawalniające. (*W. Allg. M. W.* 42).

— **Badanie wody.** W Sachsen-Meiningen wydano rozporządzenie ministerjalne, mocą którego urzędowo wykonywane rozbiory wody nie powinny się ograniczać na badaniu chemicznem, ale towarzyszyć takowemu zawsze musi i analiza mikroskopowa. (*Deut. Med. Ztg.* 82—1885).

Nekrologija.

— Dnia 6-go października r. b. zmarł w Paryżu prof. Karol Filip **Robin**, znakomity anatom i histolog francuzki. Oprócz wielu prac histologicznych i fizjologicznych R. wydawał wraz z Littré'm „*Dictionnaire de médecine*“, którego wyszło już kilkanaście wydań. Zmarły był członkiem akademii nauk i senatorem.

— **Towarzystwo lekarskie warszawskie.**

Komitet kasy wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych ogłasza, że z zapisu d-ra Leona Lande wakuje wsparcie rs. 100, według woli testatora w rocznicę jego skonu, t. j. dnia 18-go lutego 1886 roku przyznać się mające: albo podupadłemu lekarzowi, wdowie lub sierotom mojeszowego wyznania, albo w razie braku takiego kandydata—podupadłemu lekarzowi powiatowemu, wdowie lub sierotom po nim pozostałym; albo też w razie braku takich, lekarzowi podupadłemu, wdowie lub sierotom po nim wyznania chrześcijańskiego.

Krewni zapisodawcy mają pierwszeństwo przed innymi.

Ostateczny termin nadsyłania próśb pod adresem Komitetu (ulica Niecała Nr. 7) oznacza się do dnia 15-go grudnia r. b. Przy prośbie złożyć należy dowód posiadania stopnia lekarza i poświadczanie 3-eh lekarzy członków kasy wsparcia oraz Inspektora lekarskiego właściwej gubernii o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem mu rzeczonoego wsparcia.

Z upoważnienia Komitetu, Członek zarządzający funduszami *dr. Szokalski.*

SPROSTOWANIE.

W numerze 20-tym „*Kroniki Lekarskiej*“ w wierszu tytułowym „*Posiedzenia sekcyjne*“ opuszczono: „*zjazdu przyrodników w Strasburgu*“.