

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

270. Albert LANDERER. **O zapaleniu.**
Zur Lehre von der Entzündung. (Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge. Nr. 259).

Pomimo licznych teoryj o zapaleniu, wiele zjawisk dotychczas nie znalazło objaśnienia; panuje nawet taki chaos pojęć, że niektórzy patologowie nie przyjmują zapalenia, jako oddzielnej istoty patologicznej, a zaliczają je do innych działów patologii, jako to do: zgorzeli, obrzęku, przerostu i t. p. Recklinghausen w ostatnim swem dziele „Patologija krążenia i odżywiania“ zajmuje pod tym względem stanowisko pośrednie, przyjmując, że pierwotną przyczyną niektórych zapaleń są zmiany w naczyniach krwionośnych, innych zaś w nerwach, a część zapaleń powstaje wskutek zmian w tkankach.

Przy rozbiorze wpływu rozmaitych czynników, wywołujących zapalenie, wpada w oczy jedna ogólna zasada, że wszystkie najrozmaitsze wpływy, znane z doświadczenia jako wzbudzające zapalenie, mają własność w większym lub mniejszym stopniu uszkadzać organizm lub jego części, niekiedy nawet zupełnie go niszczyć. Ciepło przy energicznym działaniu wytwarza zgorzel; w słabszym stopniu wywołuje zjawiska, różniące się ilościowo, a nie jakościowo. Toż samo bywa przy działaniu zimna, ciężkich uszkodzeń, a nawet mikroorganizmów, które mogą być przyczyną zgorzeli (gangrène foudroyante i t. p.), jako też i mniej groźnych objawów, różniących się tylko stopniem natężenia. Zasada ta jest już znaną od dawna; pier-

wszy na nią zwrócił uwagę Klebs, później Weigert, który zaznaczył ścisły związek między zniszczeniem tkanki i zapaleniem.

Przyczyny zapalenia—które autor radezi nazywać Entzündungserreger, zamiast dotychczasowej nazwy Entzündungsreiz—działają pierwotnie na tkankę t. j. nabłonek, tkankę łączną, a następnie dopiero na naczynia. Autor nawet sądzi, że wewnętrzna ścianka naczynia jest gruntem wcale nie sprzyjającym rozwojowi zapalenia, jak to widać z doświadczenia Cohnheima, który wprowadził do tętnicy usznej zator bardzo zakaźnego charakteru, a objawy zapalenia otrzymał dopiero po 1½ dniach, podczas gdy po wprowadzeniu zakaźnych substancyj do tkanki podskórnej, zapalenie występuje już po kilku godzinach. Również i podrażnienie nerwów nie może być uważanem za pierwotną przyczynę zapalenia, ponieważ już Virchow dowiódł, że zarówno ulegają zapaleniu tkanki zupełnie pozbawione nerwów, a ostatnie doświadczenia stwierdzają, że ophthalmia sympathica nie zależy od podrażnienia nerwu, lecz od przesiedlenia się mikroorganizmów wzdłuż nerwu wzrokowego z jednego na drugie oko (Deut-schmann).

Ostatnie doświadczenia Littena, Heubnera, Lessera, Ehrlich i Briegera wykazały, że rozmaite części składowe mięszu organów, jako to: komórki nabłonkowe lub gruczołowe z jednej strony, a komórki naczyniowe i tkanki łącznej z drugiej nie jednakowo oddziałują na te same wpływy szkodliwe. Litten przywracając krwi obieg w podwiązanych naczyniach nerkowych spostrzegł, że naczynia i tkanka łączna powraca do życia, nabłonek jednak nerkowy pozostaje zniszczonym.

Też same wpływy szkodliwe niszczą jedną część składową tkanki (nabłonek nerkowy, komórki wątrobowe, komórki zwojowe i t. d.), a inne części pozostają nie naruszone (naczynia, tkanka łączna i t. d.).

Doświadczenia Kriesa i innych dowiodły, że ciśnienie krwi w naczyniach włoskowatych nie jest nigdzie mniejszem nad 20 mm. Hg., a w niektórych częściach ciała znacznie jest większem. Ścianka naczynia włoskowatego wytrzymuje tylko część tego ciśnienia, reszta zaś przechodzi w tkankę i soki otaczające naczynia. Liczne pomiary autora, dotyczące się naprężenia tkanek wykazały, że w tkance podskórnej ramienia istnieje naprężenie 50—60 cm. wody, u królika w różnych częściach tkanki podskórnej dochodzi do 20—25 mm. wody, w wątrobie 10—15 mm., a w nerkach 200 mm. i t. d. Naprężenie tkanek i soków tkankowych ma ważne znaczenie dla prądu krwi w naczyniach. Naczynia otoczone są zwykle tkanką, posiadającą pewien stopień sprężystości; niektóre tkanki jak wątroba, śledziona są mniej sprężyste, inne zaś—ścięgno, kość, więcej sprężyste. Sprężysta tkanka ma dla krwiobiegu toż same znaczenie, co ścianka naczyniowa i jej sprężystość. Szczególniej tyczy się to naczyń włoskowatych, dla których sprężystość tkanki otaczającej zastępuje miejsce nieistniejącej w nich tunicae mediae. Tkanki i ich soki wywierają również pewne ciśnienie na naczynia ze względu na stan naprężenia, w którym się znajdują; naprężenie to przedstawia opór rozszerzeniu się naczyń.

Pod wpływem przyczyn, wzbudzających zapalenie, tkanki stają się łatwiej rozciągliwymi, a ich sprężystość—niedokładną. Wskutek tego zmniejsza się opór, okazywany naczyniom włoskowatym, które ulegają rozszerzeniu, krwiobieg w nich staje się prędszym i powstaje zapalne przekrwienie. Jednocześnie więcej soków z naczyń przechodzi do tkanek i zwiększa się ilość soku chłonnego. Zmniejszenie sprężystości tkanek jest przyczyną

następczego zwolnienia biegu krwi w naczyniach, ponieważ tylko zupełnie sprężyste tkanki mogą przenosić nadany im ruch dalej. Siła zaś krwi, spotkawszy tkankę pozbawioną sprężystości rozciąga ją lub uciska, a ostatecznie zamienia się w ciepło; ginie więc bezpowrotnie dla biegu krwi w naczyniach.

Powstanie zastoju krwi w naczyniach ułatwia się wskutek rozszerzenia naczyń włoskowatych; masa krwi staje się 16 razy większą. Wobec więc zmniejszonego oporu zewnętrznego, zwiększa się znacznie ruchoma masa, siła zaś prądu, t. j. ciśnienie krwi pozostaje toż samo lub nawet się zmniejsza. Łatwo więc nastąpić może chwila, w której ta siła równą się stanie oporowi zewnętrznemu, a w naczyniach krwiobieg ustanie.

Zastój krwi w tych razach można usunąć przez powiększenie siły, lub zmniejszenie ciężaru, t. j. masy krwi. Osiągnięcie pierwszego celu jest bardzo trudnem w miejscowych zapaleniach; osiąga się to przez dość długie ogólnie wzmacniające leczenie. Łatwiej zmniejszyć jest masę krwi za pomocą miejscowego upustu krwi, wskutek czego naprężenie w naczyniach żylnych się zmniejsza, a bieg krwi znowu przez pewien czas się odbywa.

Objaśnienie zapalenia jako rozszerzenia się naczyń i ruchu płynów i elementów komórkowych (białe ciała krwi), wywołanego przez zmiany i różnice w naprężeniu utrzymuje się także i dla tkanek beznaczyniowych.

Ścianka naczyniowa w zapaleniu ulega zmianom dopiero następczo i to w mniejszym stopniu, wyłączając jednak przypadki działania czynnika zapalnego z wewnątrz. Wtedy najpierwej ulega zmianom śródbłonek naczyniowy.

Powyższe objaśnienie zapalenia na zasadzie fizycznych zmian tkanek utrudnia nieco odróżnienie tej sprawy od zwykłego obrzęku. Mikroskopowe jednak badanie tkanki okazuje, że przy obrzęku zmiany tkanek są znacznie mniejsze, niż przy za-

paleniu. Autor usuwa nadto z patologii stare wyrażenie „ubi stimulus, ibi affluxus“, zamieniając je prawem fizycznym, że w układach łączących się naczyń miejscowo zmniejszone ciśnienie (lub opór) wywołuje zwiększony przyływ.

Co się tyczy różnicy pomiędzy przekrwieniem zapalnym i przekrwieniem tętniczym, to pierwsza powstaje wskutek zmniejszenia się oporu tkanek, a druga jest skutkiem porażenia naczyń, t. j. porażenia nerwów naczynioruchowych (vasoconstrictores) średnich i mniejszych tętnic. Opór tkanek przytem pozostaje niezmiennym, a natomiast znacznie wzrasta ciśnienie krwi w naczyniach. Naczynia się rozszerzają, krwiobieg staje się prędszym, a natomiast tworzenie się soku chłonnego w tkankach pozostaje tożsamem lub nieco tylko zwiększonym. Jako prawdziwe przekrwienia tętnicze powinny więc być uważane tylko te, które powstały wskutek porażenia naczyń, t. j. wskutek przecięcia nerwów (u człowieka bardzo rzadko), lub wskutek innych nerwowych wpływów, np. zaczerwienienie się. Wszystkie zaś inne przekrwienia należy zaliczyć do przekrwień zapalnych, bo między przekrwieniem, zależnem np. od ciepłoty 40° , a zależnem od $51-60^{\circ}$ istnieje tylko różnica ilościowa, a pomimo to dotychczas pierwsze uważają za tętnicze, a drugie za zapalne. W tych przypadkach zmiany naczyniowe i tkankowe występują jednocześnie i wytwarzają formy mieszane.

Przekrwienia patologiczne, t. j. zapalne, niezbyt się oddalają od spraw fizjologicznych podobnych. Mięsień pracujący łatwiej się rozciąga, niż beczynny (Weber); wynikiem tego jest mniejszy opór i zwiększony przyływ krwi. Toż samo w tkankach źle odżywianych dopływ krwi łatwiej się odbywa i w większej ilości, dopóki tkanka nie wróci do pierwotnego stanu.

Czynniki, wywołujące zapalenie, działają na tkanki niszcząco, samo zaś zapale-

nie, a szczególnie zapalne przekrwienie, jest objawem reakcyjnym organizmu, jeżeli nie wszystko uległo zniszczeniu ze strony tkanek, pozostałych przy życiu. Ilość przepływającej przez tkanki w jednostkę czasu krwi znacznie się zwiększa, również ilość wytworzonej limfy w tkankach; następuje energiczne przemywanie tkanki, szkodliwe substancje—chemiczne trucizny, bakteryje, szczątki tkanek—unoszą się, natomiast w nadmiarze przepływu wody materyjał twórczy i wszystkie warunki sprzyjają powrotowi do normy. Tkanki stają się znowu sprężystymi, stawiają opór ciśnieniu w naczyniach włoskowatych, wskutek czego zapalenie ustępuje dobrowolnie.

Pogląd na zapalenie, jako na sprawę korzystną dla organizmu, energicznie przeprowadzonym został przez Buchnera; wynikiem tego jest bezcelowość leczenia zapalenia, szczególnie występuje autor przeciw stosowaniu zimna w zapaleniach, nawet pochodzenia traumatycznego.

W poprzednich teoryjach w zapaleniach ważną rolę odgrywa przenikanie białych ciałek krwi. Recklinghausen i inni są zdania, że część ciałek ropnych powstaje nazewnątrz naczyń przez rozmnażanie się komórek tkanki łącznej. Cohnheim przyjmuje przenikanie białych ciałek krwi, jako zwykłą sprawę przesączania. Thoma i Lardowsky przyznają białym ciałkom krwi więcej czynną rolę. W ostatnich czasach Miecznikow wygłosił nową hipotezę, tyczącą się udziału białych ciałek krwi przy zapaleniu. Podług niego, jest zapalenie walką o byt między białymi ciałkami krwi i mikroorganizmami, które zostają pochłonięte przez pierwsze, nazwane przez M. „Phagocytae“. Nie objaśnia to jednak objawów zapalnych, tembardziej, że nie porusza sprawy zjawiania się ciałek krwi w odpowiednim miejscu, a w wielu zapaleniach białe ciała nie przenikają wcale z naczyń lub w małej ilości. W każdym razie autor sądzi, że i ropienie wywiera zba-

wienny wpływ na organizm, osłabiając substancyje zakaźne i usuwając je z organizmu.

Rozmaite postacie zapalenia zależą przeważnie, jak to dowodzą nowsze badania, od różnaitości czynników, wywołujących zapalenie; każdemu czynnikowi odpowiada swoisty produkt zapalny, a tem samem i szczególna postać zapalenia. Badania Orthmanna i Conncilman'a dowiodły, że ropienie powstaje tylko wskutek działania mikroorganizmów; zależy to od tego, że pomiędzy wytworami mikroorganizmów (szczególnie staphylo- i streptococcus) peptony stanowią przeważną ilość, a obecność ich przeszkadza krzepnieniu (Schmidt-Müllheim).

M. Hopfenblum.

271. Prof. RIBBERT. **Przyczynki do umiejscowienia chorób zakaźnych.** Odczyt miany na zjeździe przyrodników i lekarzy w Strasburgu. (*Deut. Med. Woch.* Nr. 42).

Umiejscowienie chorób zakaźnych może zależeć od różnych warunków. Można by przypuścić, że mikroorganizmy tylko w niektórych organach znajdują konieczne dla ich rozwoju i życia warunki. Z drugiej zaś strony wiadomo, że większość chorobotwórczych grzybków hoduje się zewnątrz organizmu na najrozmaitszym gruncie i przy rozmaitej ciepłocie, wobec czego nieznaczna różnica oddzielnych narządów nie ma znaczenia, a laseczniki gruźlicze rozwijają się w każdym organie. Jeżeli więc różnice dotyczące się pożywienia, dowozu tlenu, ciepłoty i t. p. nie mają wpływu na umiejscowienie pasorzytów, to ważnym czynnikiem jest oddziaływanie tkanek. W walce komórki z grzybkami najczęściej ten ostatni ginie, przyczem główny udział przypada albo komórce, albo białym ciałkom krwi (Miecznikow, Nussbaum, Ribbert i inni). Nie tylko oddzielne części ciała, lecz i cały organizm nabywa odporności wskutek posiadanej, lub nabytej przez ochronne szczepienie, przewagi wszystkich lub pe-

wnej części komórek nad grzybkami (Grawitz, Miecznikow, Wolffberg). Gdzie takowe wskutek niszczącej czynności tkanki giną, tam umiejscowienie ich nie następuje. Powtóre wiadomo, że organizm jest w stanie znaczną ilość mikroorganizmów wydzielać przez nerki, a może i inną drogą, wskutek czego przeszkadza ich dalszemu rozwojowi w odpowiednich narządach. Do umiejscowienia koniecznem jest dłuższe przebywanie grzybków w organach, gdzie się rozwina, jeżeli okażą opór wpływowi tkanki. Podobne warunki mechaniczne powstają wskutek spraw zatorowych, zakrzepowych, zapalnych, urazowych, które mają bardzo ważne znaczenie przy umiejscowieniu chorób zakaźnych. Zakaźne cierpienia nawet zależą po większej części od spraw zatorowych w kłębkach, przyczem i drugi mechaniczny moment ma tu pewne znaczenie, a mianowicie grzybki wydzielane przez kłębki naczyniowe nie opuszczają ciała, a pozostają w kanalikach moczowych, gdzie się rozwijają. Gruźlica prosówkowa powstaje wskutek mechanicznego rozszerzenia się laseczników. W jakim stopniu przy cierpieniach umiejscowionych na skórze grają rolę sprawy zatorowe, jest dotychczas kwestyją nierozstrzygniętą. Trzeba przypuścić, że wiele chorobotwórczych grzybków w większej ilości narządów rozwinęłoby się, niż to zwykle ma miejsce, gdyby istniały konieczne warunki mechaniczne. Lichtheim w swej pracy o „Mucorineae“ utrzymuje, że grzybki pleśniowe najprędzej nadają się do rozstrzygnięcia pewnych pytań z dziedziny chorób zakaźnych, szczególnie ich umiejscowienia. Zwrócił on nadto uwagę na różnicę zakażenia grzybkami mucorineae i aspergillineae, zasadzającą się na tem, że ostatnie tworzą ogniska w mięśniach, a mucorineae tego nie robią. Ponieważ zarodniki mucorineae są bardzo małe, to być może, że cierpienie mięśni nie następuje z powodu łatwego przechodzenia tych zarodników przez naczynia. Jeżeli za-

rodniki te hodować, dopóki nie napęczniają, i wtedy wstrzyknąć je do krwi, to otrzymują się ogniska liczne w mięśniach tułowia i kończyn. Ogniska te nie wielkie, żółtawo-białego koloru, podłużne, przedstawiają pod mikroskopem gęste mycelium, naokoło której widocznym jest rozpad włókien. Doświadczenia autora dowodzą, że dla umiejscowienia grzybków z rodzaju mucorineae mechaniczne momenty mają ważne znaczenie. Można by zarzucić, że ogniska mięśniowe zależą od większej energii napęczniałych i kiełkujących zarodników, ale gdyby nawet tak było, nas nie obchodzi postać, w jakiej grzybki do organizmu wnikają, lecz, czy pewien gatunek ich może rozwinąć się w niektórych, czy też we wszystkich narządach ciała.

Po wstrzyknięciu do żyły usznej królika emulsji kartoflanej, zawierającej hodowlę grzybka *staphylococcus aureus* najwyraźniejsze zmiany okazały się w mięśniach serca. Zwykle otrzymywano znaczną ilość podłużnych, żółtych ognisk w mięśniach obydwóch komórek, najliczniej znajdowały się one w lewej komórce w pobliżu wierzchołka. Ilość ich była większą, jeżeli więcej emulsji wstrzyknięto. Najpierwsze punkcikowate ogniska zjawiały się pod wsierdziem, po 20 godzinach; po 15—20 godzinach otrzymywano dopiero kolonie kokków, których rozwój wyraźnie wychodził z naczyń. Włókna mięśni znajdując się w ich sąsiedztwie ulegały zgorzeli, dalej zaś występowało nacieczenie ziarniste, przechodzące prędko w rozpad ropny. Jednocześnie w wielu przypadkach rozwijało się i zapalenie wsierdzia, powstałe prawdopodobnie też z osadzenia się grzybków na zastawkach.

Z tych doświadczeń wynika, że dziecina umiejscowienia chorobotwórczych grzybków może się rozszerzyć wskutek spraw mechanicznych resp. zatorowych.

M. Hopfenblum.

272. Dr. C. POSNER. **O** fizjologi-

cznym białkomoczu. (*Berl. Klin. Woch.* Nr. 41).

Kwestya fizjologicznego białkomoczu podjęta została przez Senatora, który chciał ją rozstrzygnąć drogą statystyczną. W ten sposób można by tylko określić częstość białkomoczu u zdrowych. Istnienie zaś fizjologicznego białkomoczu mogą rozjaśnić tylko badania chemiczne.

Autor zdaje sprawę ze swych badań nad wykrywaniem obecności białka w moczu normalnym, kiedy zwykłe próby wypadają ujemnie. Przyczyny ostatniego mogą być dwojakie: normalny mocz przedstawia zbyt rozcieńczony roztwór białka, albo też jest roztworem nieczystym. Należało przeto mocz stężyć, albo też oczyścić go o ile można przez strącenie ciał obcych. Próby pierwszej metody były już podejmowane, ale dawały wyniki ujemne. Tak np. parowanie nie doprowadzało do celu; jak sądzi Senator, pochodzi to ztąd, że zawartość soli rozpuszczonych w moczu procentowo wzrasta na tyle, że maskuje odczyn białkowy. Posner sądzi, że białko ścina się przy parowaniu (przynajmniej surowicze) i pozostaje w osadzie; należy je przeto przed rozpoczęciem parowania przeprowadzić w taki stan, w którymby nie ulegało wpływowi gorąca, np. dać mu postać białkanu kwasnego (acidalbuminat). Rzeczywiście po odparowaniu moczu normalnego, zakwaszonego mocno kw. octowym—zaczynając od pewnych stopni stężenia—udawało się zawsze wykryć w nim białko.

Druga metoda wykonywa się w następujący sposób: Do moczu dodaje się odczynnik, strącający białko zarazem z innymi ciałami, np. nadmiar bezwodnego wysokoku albo stężony roztwór garbnika. Przy całkowitem strąceniu osad jest gęsty i obfity i, niezależnie od tego czy otrzymaliśmy go przez wyskok czy garbnik, całkowicie rozpuszcza się w kwasie octowym. Jeżeli przeto białko było w moczu, to uległo strąceniu, a obecnie znajdu-

je się w roztworze kw. octowego. I w samej rzeczy wszystkie próby, którym nie przeszkadza obecność kw. octowego (kw. metafosforowy, trichlorooctowy, pikrynowy i t. p.) wykazują w nim obecność białka. Nawet w osadzie otrzymanym przy wyparowywaniu białka można otrzymać odczyn na białko po uprzednim rozpuszczeniu go w kw. octowym, w ten sposób jednak otrzymany odczyn nie bywa tak wyraźnym jak poprzedni. Dotąd autor dokonał 70 odnośnych rozbiórów. Na podstawie tych wyników autor sądzi się w prawie uważać, według teorii Senatora, moc za mieszaninę przesięku i wydzielin—która w każdym razie musi zawierać ślady białka; tak więc, patologiczny białkomocz jest tylko stopniowaniem objawu, mniej więcej wyraźnie fizjologicznego.

H.

273. Prof. HAMILTON. **Usposabiające przyczyny tętniaków.** *The Predisposing Causes of Aneurism. A Statistical Inquiry. (The Americ. Journ. of the Med. Scientific. October, 1885).*

Przytoczywszy rozmaite zdania o powstawaniu tętniaków, napotykanie w podręcznikach i pismach znakomitszych lekarzy, autor wypowiada wniosek, że nie o wiele naprzód posunęła się nauka o tętniakach serca i większych naczyń w ciągu 100 lat ostatnich, gdyż od czasów Sarazin'a (chirurga z czasów Dyrektoryjatu we Francji) brak prawie zupełnie głębszych dociekań na tem polu wiedzy medycznej.

W cennej swej pracy H. kolejno zastanawia się nad rozmaitemi czynnikami, w zależności od których stawiane bywa powstawanie tętniaków, opierając się na statystycznych danych w formie wykazów ludności Stanów Zjednoczonych, sprawozdań o stanie zdrowia miast (New York, San Francisco, Chicago, New Orleans), armii, marynarki, wykazów szpitalnych etc.

Wnioski, do których Hamilton doszedł na mocy swoich poszukiwań, są mniej

więcej następujące. O ile sięgają dociekania autora jedynym stałym czynnikiem z pomiędzy wszystkich dotąd przytaczanych jest klimat. Ani syfilis, ani alkoholizm, ani zajęcie, ani samo gorąco nie mają, jak się zdaje, wybitnego wpływu na powstawanie tego cierpienia. Co się tyczy wpływu pożywienia na powstawanie tętniaków, to autor nie jest w stanie wypowiedzieć stanowczego wniosku, ale uważa za rzecz możliwą, iż pewne rodzaje pokarmów mogą tu potężny wpływ wywierać. Co do wpływu narodowości (usposobienia rasowego) na powstanie aneurizmów, statystyka niewiele rzuca światła na omawianą kwestyję. Przytaczamy tu jedną z licznych tablic, załączonych przez autora, zawierającą statystykę mężczyzn, badanych przy wstępowaniu do armii związkowej w czasie od roku 1861 do 1865.

Narodowość	Ilość badanych	Nie przyjęto z powodu tętniaków	Stosunek na 1000	Ogólna ilość nieprzyjętych
Niderlandy	989	1	1,011
Szkocya	3,476	1	0,288
Niemcy	54,944	14	0,255
Stany Zjednoczone	341,569	61	0,193
Irlandya	50,537	7	0,139
Anglija	16,196	1	0,062
Posiadł. Brytań..	21,645	1	0,046
Meksyk	91	}	0	0,000
Połudn. Ameryka.	79			
Indyje Zachodnie.	580			
Walija	1,104			
Francya	3,243			
Szwecya	1,190			
Norwegija	2,290			
Danija	383			
Szwajcaryja	1,802			
Hiszpanija	148			
Portugalia	81			
Włochy	393			
Rosyja	122			
Węgry	89			
Polska	171			
Razem ..	501,068	89	176	162,820

Artykuł swój kończy Hamilton uważając, że nie posiadamy systematycznych danych statystycznych co do pożywienia

dziennego ludności w jakimkolwiek uczątku kuli ziemskiej, dochodzenie zaś przyczyn jakiejkolwiek choroby, nie uwzględniające pożywienia i otoczenia osobnika, jest niedostateczne. Autor więc wyraża nadzieję, że nowe Biuro Statyst. Stanów Zjednocz. nieomieszka dostarczać w następstwie odnośnych wiadomości statystycznych, służących do wyjaśnienia nie tylko omawianej choroby, ale i innych nabytych chorób.

B. Polikier.

274. H. D. FRY (z Waszyngtonu).

Przyczynę do badań dyfteryi przełyku. *A contribution to the Study of the Diphtheria of the Oesophagus. (The Americ. Journ. of the Med. Sciences. Paźdz. 1885).*

Dyfteryt przełyku napotyka się tak rzadko, że niektórzy autorowie (Rilliet, Barthes, Guersant) sądzili, iż ta część przewodu pokarmowego nie bywa nigdy dotkniętą procesem dyfterytycznym. Bouchut, Espagne i Greenhow opisują to cierpienie, choć sami nie obserwowali go ani razu. Wzmianki o niem (na mocy własnych doświadczeń) podają: Wilks i Moxon, West, Rechon, Laboulbène i Mackenzie. Wagner, Jones, Jacobi i Sieveking wzmiankują o błonicy tylko górnej części przełyku. Zenker i Ziemssen twierdzą, że dyfteryja tylko w nader rzadkich wypadkach przekracza dolny koniec gardzieli, zazwyczaj zaś przełyk odznacza się znaczną odpornością względem sprawy dyfterytycznej, za dowód czego służyć mogą wypadki, w których błonica z początku zaatakowała gardziel i krtani, a następnie zajęła błonę śluzową żołądka, pozostawiwszy przełyk nietkniętym. Talamon, Empis i Isambert tłumaczą tę odporność brakiem zetknięcia z atmosferą, co zdaniem ich stanowi niezbędną warunek tworzenia się nalotu dyfterytycznego. Autor przypisuje ją grubości warstwy nabłonkowej błony śluzowej przełyku i stosunkowo małej ilości naczyń krwionośnych.

Nie będziemy tu powtarzali za autorem zdań mnóstwa przytaczanych auto-

rów o częstości pojawienia się błonicy przełyku ani pobieżnych wzmianek o obserwowanych przez nich wypadkach, gdyż, jak powiada sam autor, niewiele takowe dostarczają informacji o danej chorobie, jak pod względem klinicznym tak i patologicznym, nadto w niektórych z nich dyagnoza jest więcej niż wątpliwą. Zaznaczymy tylko, że zdaniem autora dwie okoliczności utrudniają wyprowadzenie wniosków o częstości tego cierpienia:

1) Stosunkowo niewielka ilość badań pośmiertnych dokonanych na zmarłych na dyfteryję, wyjąwszy prawdopodobnie te wypadki, gdy śmierć nastąpiła w instytucjach publicznych.

2) Niemożność rozpoznania objawów, świadczących o przeniesieniu się choroby na tę część przewodu pokarmowego.

Symptomatologia. Badanie objawów tego cierpienia jest niezmiernie trudne, gdyż w nader rzadkich wypadkach sprawa błonicowa ogranicza się do błony śluzowej samego przełyku, częściej zaś dyfteryja przełyku przebiega jednocześnie z zajęciem migdałków, gardzieli lub dróg oddechowych, co czyni niemożliwym wnioskowanie o miejscu choroby na mocy spostrzeganych objawów. W wielu wypadkach absolutnie nie można rozpoznać choroby nietylko, gdy błona śluzowa przełyku jest pierwotnym siedliskiem choroby, ale i wtedy gdy błona rzekoma przeszła na przełyk z gardzieli lub krtani.

Greenhow podaje następujące pewne oznaki, na mocy których można dyagnosować dyfteryję przełyku: „niezmiernie utrudnione połykanie, nieraz zupełna niemożność połykania nawet płynnych pokarmów, z towarzyszeniem w niektórych wypadkach wymiotów, gdy choroba rozszerzyła się na żołądek“. Gull powiada, że „dyfteryja przełyku zaznacza się niezmiernie utrudnionem połykaniem, czemu towarzyszy często przez dzień lub dwa dni ból podczas przedostawania się po-

karmu przez przełyk lub po przejściu do żołądka“.

Autor uznaje za niedostateczne podane przez Greenhova i Gulla objawy, robiąc im zarzut, że stawiane przez nich dyagnozy nie zostały stwierdzone oględzinami pośmiertnymi, sam zaś zestawivszy wybitniejsze objawy kliniczne kilkunastu znalezionych przezeń w literaturze wypadków (oraz jednego własnego), ułożył z nich tabelkę, która jednakże nie zwalcza trudności, jakie przedstawia rozpoznawanie tej choroby.

Najwięcej opisano wypadków, w których obecność błon rzekomych wykryty dopiero pośmiertne oględziny. Jak niedokładne są nasze wiadomości o chorobach przełyku wogóle widać z zestawień Steffena. Z 44 wypadków obejmujących dyfteryę, przekrwienie, nieżytowe zapalenie, owrzodzenie i gangrenę, dyagnoza była postawiona tylko 3 razy, resztę wykryła sekcyja.

Ważną wskazówką jest wyrzucanie przez usta kawałków błony rzekomej, o ile nie ma objawów zajęcia dróg oddechowych. Jedyną pozytywną oznaką choroby jest wykrztuszenie błoniastej rurki pochodzącej z przełyku, jak to miało miejsce w wypadku, opisanym przez autora. Wypadek ten dotyczył 18-letniej amerykanki, która zapadła na niepowstrzymany krwotok z ust na 24 godzin przed przybyciem lekarza. Po zbadaniu okazało się, że przyczyną krwawienia był prawy migdałek, który zarówno jak i lewy zajęty był strzępem błony dyfterytycznej. Tętno słabe, 120; ciepłota 103° F. Zapisawszy miksturę z chloranu potasu i tinct. ferri chlor. autor zalecił mleczną dyjetę i częste wdmuchiwanie do gardła kwasu karbolowego i wody wapiennej w stosunku 1 : 64. Gdy nazajutrz krwawienie nie ustąpiło, zastosował na prawy migdałek rozcieńczony gliceryną roztwór Monsel'a, zawierający kwas karbolowy w stosunku 1 : 32; kuracja też sama i whiskey co 4 godziny łyżkę stołową. Następnego dnia

krwawienie mniejsze, spory kawał błony rzekomej z prawego migdałka oddalono, zastosowawszy następnie na obnażoną powierzchnię podsiarczan (?) żelaza. Nie będziemy tu streszczali całego przebiegu choroby, zakończonej śmiercią z wycieńczenia, natomiast zadowolnimy się wymienieniem najważniejszego objawu, jakim było wykrztuszenie przez chorą znacznego kawału błony dyfterytycznej (37½ ctm.) odpowiadającego całej długości przełyku i dzielącego się w górnej części na dwie odnogi (z których jedna szła do gardzieli, druga zaś do prawego migdałka), na dolnym zaś końcu unoszącego oderwany strzępek błony śluzowej żołądka.

Zasługuje też na uwagę wypowiedziane przy opisie tego wypadku zdanie autora o naparstnicy, którą od lat kilku zaleca prawie we wszystkich wypadkach dyfteryi nie tylko w samej chorobie, ale i w czasie zdrowienia. „Gdyby użycie tego środka—mówi autor—znalazło ogólniejsze zastosowanie, to jestem przekonany, że mniej byłoby wypadków nagłej śmierci wskutek porażenia serca“. Użycie jej jest stanowczo wskazane tam, gdzie istnieje tętno przepuszczające (intermittens), albo przyspieszone i słabe.

Resztę artykułu zajmuje opis i sumienna ocena zebranego przez autora materiału kazuistycznego. Obszerną swą i, rzecz można, wyczerpującą pracę Fry kończy opisem zwężenia przełyku, będącego następstwem zabliznienia wrzodów dyfterytycznych, opisem utrudnienia łykania (dysphagiae) niezależnego od porażenia miękkiego podniebienia lub mięśni gardzieli i przełyku i nakoniec przytoczeniem wypadku Trendelenburga, odnoszącego się do młodej kobiety, której zrobiono rozcięcie przełyku z powodu 2 zwężeń (strictures) powstałych po napadzie dyfteryi.

B. Polikier.

275. Dr. KIESSELBACH. **O krwawieniu z nosa.** *Ueber Nasenbluten.* (*Allg. Wien. Med. Woch.* Nr. 44).

Większość autorów przyszła do wniosku, że tamponowanie i podobne środki wywierają tylko przemijające działanie przy krwotokach nosowych, i, że wyleczenie możliwem jest tylko przy leczeniu miejscowem. Pogląd ten skierował badania ku wykryciu właściwych krwawiących miejsc, jak również do poszukiwań anatomicznych przyczyn tego zjawiska. Pierwszeństwo w tych badaniach należy się Miche'lowi i Voltolini'emu. Obecnie zgadzają się prawie wszyscy, że krwawienia pochodzą przeważnie z przegrody nosowej.

Sposób odnajdywania miejsc krwawiących jest nader prosty. Z początku oglądamy bezpośrednio przegrodę skórną i sąsiednią z nią błonę śluzową, gdyż w tych miejscach często zdarzają się nadżarcia krwawiące. Potem za pomocą wziernika lejkowatego oglądamy wnętrze nosa przy dobrem oświetleniu lustrem. Jeżeli ma właśnie miejsce nieznaczne krwawienie, to pochodzenie jego od razu odnajdujemy. Wrazie większego krwawienia wstrzymujemy je tamponem, a później wywołujemy nanowo. Niekiedy pocieramy podejrzone miejsca pendzelkiem z waty, aby wywołać krwawienie jeżeli takowe wstrzymało się na razie.

Według spostrzeżeń autora przegroda jest najczęstszem miejscem krwawień: na 100 przypadków tylko w czterech źródło leżało w przednim końcu przedniej muszli. Nie cała przegroda jednak posiada jednakową skłonność do krwawień; a głównie jej przednia połowa i mianowicie część jej dolna i środek przegrody chrząstkowej. Umiejscowienie tak określone, każe się domyślać swoistych warunków anatomicznych. Odnośne badania autora wykazały, że we wspomnianych miejscach znajdują się często rozszerzenia naczyń włosowatych, przypominające bardzo zatoczki w tak zwanych ciałach prężnych dolnej konchy. W innych przypadkach spotykamy mocno rozszerzone n. włosowate idące w głąb tkanki śluzowej, a nie-

kiedy nawet tworzy prężne, jak na konchach. Ostatnie są więcej rozwinięte w głębszych warstwach błony śluzowej i zwięzają się w miarę zbliżania do powierzchni.

Co się tyczy pytania, dla czego te tworzy tutaj są więcej skłonne do krwawień niż na muszlach, to nie jest ono jeszcze wyjaśnionem. Autor sądzi, że pochodzi to od ściślejszego przylegania, a skutek tego i mniejszej rozciągliwości bł. śluzowej na przegrodzie. Błona ta w następstwie rozszerzenia się naczyń cieńsze, zanika i przedstawia mniejszą oporność parciu krwi cisnącej z wewnątrz. O.

276. Dr. GALLIARD. **Wpływ rtęci na krew u sifilityków i anemicznych.** *De l'action du mercure sur le sang chez les syphilitiques et les anémiques.* (Arch. générales de Médecine. Novembre, 1885).

Nowsze prace nad działaniem rtęci na krew, kontrolowane ściśle badaniem tej ostatniej za pomocą odpowiednich przyrządów, a mianowicie przez obliczanie ilości ciałek krwi i ilości hemoglobiny, wykazują, że pojęcia o wyłącznie dysplastycznym wpływie tego metalu nie są prawdziwe.

Wilbouchewitch w roku 1874 pierwszy zastosował przyrząd do liczenia ciałek krwi u osób chorych na przymiot i leczonych rtęcią i przyszedł do wniosku, że przyczyną niedokrewności jest u nich przymiot, że w pierwszych okresach leczenia rtęć wstrzymuje i leczy niedokrewność, w następnych jednak staje się szkodliwą i wywołuje zmniejszanie się liczby ciałek czerwonych.

Doświadczenia tegoż autora na zwierzętach doprowadziły go do podobnych wniosków. Keyes otrzymał później takie same wyniki, twierdzi jednak, że i dłuższe podawanie rtęci nie jest szkodliwem, że działa ona jako tonicum. Następnie przedmiotem tym zajmowali się Schlesinger i Robin—ogólne wnioski były takie same jak poprzednie, różnice dotyczą tylko cza-

su, po upływie którego wpływ rtęci przestaje być korzystnym dla ustroju.

Badacze wymienieni nie posiłkowali się określaniem ilości hemoglobiny (oprócz Schlessingera), co w wysokim stopniu zmniejsza wagę ich rezultatów; wiadomo bowiem, że poprawa krwi nie zależy koniecznie od zwiększania się ilości ciałek, jak to dowiedzionem jest dla żelaza. Dopelnienie tego braku, jak również bliższe określenie czasu w jakim rtęć działa dodatkowo na krew i kiedy jej wpływ staje się ujemnym—postawił sobie za zadanie autor niniejszej pracy.

W pierwszej części badanie dotyczy wpływu rtęci na krew osób dotkniętych drugorzędnym przymiotem, w drugiej wpływu tego metalu przy niedokrewności u osób nie podległych przymiotowi.

Z pierwszej kategorii badanie przeprowadzono nad siedmiu osobami, z których dwie tylko leczyły się rtęcią jeszcze przed pierwszym obliczeniem ciałek krwi. Chorzy ci otrzymywali dziennie 0,10 centigramów jodku rtęci w dwóch dawkach, albo wstrzykiwano im codziennie 10 do 15 kropeł peptonu rtęciowego Bambergera = 5—7 miligr. sublimatu, oprócz tego dostawali 2—3 kąpeli sublimatowych (15 grm. na kąpiel) tygodniowo. Autor dzieli ich na trzy grupy:

1) Pięciu syfilityków bez niedokrewności, i albo w pierwszym jej stopniu. (Hayem odróżnia 4 stopnie niedokrewności: w pierwszym liczba ciałek czerwonych wynosi 3—4 milionów, w drugim 2—3, w trzecim 800,000 do 2 milionów, w czwartym mniej niż 800,000). Chorzy ci w pewnym przeciągu czasu tracili zrazu zarówno na ilości ciałek krwi, jak i hemoglobiny, później stan krwi przestał się zmieniać.

2) Syfilityczka w drugim stopniu niedokrewności—tu wynik był bardzo pomysłny.

3) Syfilityczka w drugim stopniu niedokrewności, przedstawiająca objawy przesycenia rtęciowego (stomatitis) —

chora ta źle znosiła leczenie, poprawy nie było.

Tak więc osoby uległe przymiotowi drugorzędnemu i przedstawiające lekki stopień niedokrewności najlepiej znoszą rtęć, która okazuje na nich pewien wpływ tonizujący.

W drugiej części, spostrzeżenia dotyczą 5 osób względnie zdrowych, którym podawano rtęć w ilości 0,01 do 0,02 w ciągu 15 do 56 dni.

Ilość ciałek krwi przedstawia tu pewne wahania; niekiedy zmniejsza się, częściej jednak stopniowo wzrasta aż do 14-go dnia i wtedy znowu zaczyna spadać.

Ilość hemoglobiny za to stale się zwiększa aż do 24-go dnia, odtąd zaś zaczyna się zniżać i może zejść niżej pierwotnej ilości, jeżeli podawanie rtęci trwa dalej.

Ilość hemoglobiny zwiększa się w stosunku wyższym niż ilość ciałek i nawet wtedy, gdy ilość ciałek się zmniejsza.

Waga ciała wzrasta stale; zależności tego zjawiska od stanu krwi wykazać jednak nie można.

Tak więc rtęć przypomina tu do pewnego stopnia żelazo, zwiększając więcej ilość hemoglobiny niż ciałek krwi. Ponieważ w okresie stosowania rtęci przemiana materii się nie wzmacnia, przeto należy przypuszczać, że ona wstrzymuje sprawę utleniania, wstrzymuje rozmiary normalnego rozpadu ciałek krwi—i ztąd też nie można jej uważać za „tonicum“ w zwykłym znaczeniu. H.

II. Chirurgija.

277. OLIVIER. **O rękoczynach zachowawczych przy gruźlicy stawowej.** *Des opérations conservatrices dans la tuberculose articulaire.* (Rev. de Chir. 1885, Nr. 3).

Za operacje zachowawcze należy uważać: otwarcie stawu (arthrotemie), wyskrobanie (abrasion), wydłubanie (évidement), przypalenie (cautérisation) i wypitowanie (résection).

Przy otwieraniu stawu należy robić

cięcia szerokie i w takich miejscach, by ropa miała wolny odpływ. Otwarcie stawu ma znaczenie lecznicze lub tylko przygotowawcze, dające możliwość uzupełnić rozpoznanie. Jako dopełnienie artrotomii należy uważać: przedrenowanie stawu i tunelizację kości. Jeśli kość porażona jest tylko powierzchownie, zamiast tunelizowania możemy na jej powierzchni wydłubać kanał, w który zakłada się sączek. Artrotomija, wystarczająca często sama przez się w ropnych zapaleniach stawu pochodzenia urazowego lub zakaźnego (osteo-mielitis), jest niedostateczną przy porażeniu gruźliczem. Prawie to samo stosuje się do prostego wyskrobania i wydłubania. Ogniska gruźlicze w kości mogą się znajdować pod chrząstką stawową, pod okostną, na miejscu przymocowania błony maziowej i wewnątrz kości. Ostatnie po większej części są wtórnymi i mogą zupełnie się nie łączyć z ogniskami powierzchownymi. Te właśnie wewnątrzkościowe ogniska gruźlicze zmuszają oddać pierwszeństwo wypiłowaniu stawów przed wyskrobaniem i wydłubaniem. Szczególnie stosuje się to do stawów ukrytych, zabezpieczonych grubą warstwą części miękkich (np. biodrowy). Oprócz trudności wydłubania ognisk, znajdujących się w głębi kości, przyłącza się tu jeszcze później zatrzymanie ropy w powstałych wskutek wydłubania zagłębieniach. Wobec tego samo wydłubanie z tunelizacją kości i przedrenowaniem można zastosować w tych tylko razach, gdzie idzie nam o ankilozę stawu bez naruszenia długości członka (staw kolonowy i golenio-skokowy). W każdym innym razie lepiej odpiłować porażoną część nasady, a wrazie potrzeby nawet przyległą część trzonu, w których to miejscach najczęściej spotykamy ogniska gruźlicze. Wyjątek mogą stanowić tylko dzieci, ze względu na rośnięcie kości. Możemy ograniczyć się odpiłowaniem mniejszego kawałka porażonej kości, jeżeli wypiłowanie połączymy z wyskrobaniem i wy-

dłubaniem, które zatem dopełniają tylko rezekcję, lecz jej nie zastępują. W tem samem znaczeniu oddaje wielkie usługi przypalenie. Wpływa ono zbawiennie, modyfikując własności tkanek, które stają się odporniejszemi dla zarodków gruźliczych. Pod tym względem gruźlica różni się zasadniczo od raka. Przy gruźlicy nie tyle nam zależy na zupełnem usunięciu porażonych części, jak przy raku. Gruźlica kości może wyleczyć się samodzielnie, bez pomocy lekarskiej. Otóż zadaniem lekarza jest wpłynąć na tkanki tak, by one mogły stawić skuteczny opór zarazkowi. Może on tego osiągnąć, usunąwszy większe ogniska i zrobiwszy sobie wolny dostęp do miejscowego wpływanina na tkanki, oraz lecząc cały organizm. Przy wyborze pomiędzy wypiłowaniem stawu typowem, a operacją bardziej ekonomiczną, należy zwracać uwagę na umiejscowienie procesu i jego rozległość; na wynik czynnościowy, jaki chcemy otrzymać; na wpływ, jaki może wyrzeć odpiłowanie chrząstek nasadowych na wzrost kości; wreszcie—na wiek chorego i własności fizjologiczne i anatomiczne porażonego stawu.

Oдноśnie stawu łokciowego autor radzi używać wypiłowania typowego, które w znacznym stopniu przywraca kończyźnie ruchy. Chorzy po roku lub dwóch mogli podnosić 12—15 kilogram.

Skrócenie kończyny bywa nieznanem nawet po wypiłowaniu stawu w wieku młodym, ponieważ wzrost ramienia odbywa się przeważnie kosztem górnej, a łokcia i promienia—dolnej chrząstki nasadowej.

W kolanie należy zawsze próbować operacji bardziej ekonomicznych i dopiero, gdy te zawiodą, uciec się do wypiłowania. Czynimy to, aby otrzymać zesztynienie stawu i by zachować chrząstki nasadowe kości udowej i piszczelowej, nader ważne dla wzrostu samych kości. Oдноśnie stawu biodrowego, autor radzi także starać się otrzymać zesztynienie,

które, przy wielu niedogodnościach, nadaje jednak kończynie więcej sily i lepiej zabezpiecza przeciwko powrotom choroby.

W stawie golenio-skokowym ze względu na zachowanie chrząstki nasadowej i otrzymanie zeszywnienia, pierwszeństwo mają operacje ekonomiczne, które wykonywają się łatwo po poprzednim wyluszczeniu kości skokowej.

W wieku dzieciennym O. przekłada wogóle operacje zachowawcze, polegające na otworzeniu stawu, wyskrobaniu i przypaleniu. Czyni to ze względu na wzrost kości i na dodatni wpływ ogólnego leczenia, które w wieku starszym daje gorsze wyniki. Opierając się na objawach klinicznych, Ol. twierdzi, że gruźlica może być przez długi przeciąg czasu umiejscowioną, że na jej rozszerzenie się ogromny wpływ wywiera grunt, na jakim się rozwija, i że może być ona uleczoną samodzielnie lub drogą operacyjną. Operować należy głównie w tych wypadkach, gdzie organy wewnętrzne nie są zajęte, a proces jest ściśle miejscowym. Nieznaczne zajęcie płuc, jeśli jest wtórnem, nie stanowi przeciwwskazania. Operując, usuwamy ognisko choroby, wyniszczające chorego samo przez się i mogące spowodować zarażenie wtórne.

O ile operacja gruźlicy stawowej przedłuża życie, powiedzieć obecnie trudno. Przeciętą liczbą, wziętą z wypadków Ol., stanowi 13 lat, co zresztą on sam uważa za bardzo niedokładne. Obawy samozarażenia podczas operacji, które wyrazili inni chirurgowie, O. uważa za przesadzone. Wąż Esmarcha, oczyszczenie i przypalenie zapobiegają temu. Natomiast powrotowi choroby operacje ekonomiczne, a nawet rezekcje typowe nie zawsze zapobiegają. Z tego względu autor nie stara się o zagojenie bezpośrednio bez ropienia, gdyż, mając ranę otwartą, może modyfikować tkanki azotanem srebra lub żegadłem.

W tych razach, gdzie tkanki, staw o-

taczające, zajęte są na znacznej przestrzeni, Ol. wykonywa amputację. Amputacja nie zawsze jest w stanie usunąć całkowicie zarazka, który może tkwić w innych miejscach organizmu. Usuwając jednak wyniszczające organizm, widoczne ognisko i dając ranę, łatwą do zagojenia, tem samem sprzyja się łatwiejszemu wyzdrowieniu. Przy obfitem przeto ropieniu i przy porażeniu dolnej kończyny, należy jej bardzo często oddać pierwszeństwo, szczególnie w praktyce szpitalnej, gdzie staramy się chorych jaknajprędzej wyprawić na świeże powietrze. W tych razach, gdy wypitowanie stawu jest możebnem, może dać ono wyleczenie miejscowe nie mniej zadawalniające od amputacji. Wtenczas nawet, gdy z biegiem czasu inne organa zostaną zajęte, kończyna operowana może pozostać zupełnie zdrową.

Sawicki.

278. Dr. G. H. GROENINGEN. **O wstrząsie.** *Ueber den Shock, eine kritische Studie auf physiologischer Grundlage.* Wiesbaden, 1885.

Z obszernej tej i cennej pracy przytaczamy tylko ważniejsze wnioski; sam autor wprowadza ich aż 108.

1) Wstrząs, shock, nie jest następstwem podrażnienia n. błędnego ani też wynikiem porażenia serca, przytoczone na obronę powyższego zdania dane nie wytrzymują krytyki i nie odpowiadają objawom przyżyciowym i pośmiertnym.

2) Przypuszczenie, że shock jest wynikiem odruchowego, częściowego lub ogólnego porażenia naczyniowego, nie zgadza się z badaniami Goltza, jak również z objawami przyżyciowymi i pośmiertnymi, z doświadczeniami na zwierzętach i z dobrymi wynikami, otrzymywanymi przy stosowaniu ciepła przy wstrząsie.

3) Objaśnienie wstrząsu skurczem małych tętnic nie ma dostatecznych podstaw, podobnie jak i przypuszczenie jakichś zmian w składzie krwi.

4) Więcej prawdopodobieństwa mają przypuszczenia zmian w układzie nerwo-

wym; według nich wstrząs polega na wyczerpaniu rdzenia wydłużonego i kręgowego, spowodowanym przez gwałtowne urazy.

5) Odpowiednio do podrażnień, jakie bodźce wywołujące wstrząs powodują w nerwach czuciowych, można odróżnić kilka stopni: w słabym stopniu bodziec nie pozbawia przytomności i nie wywołuje żadnych nadzwyczajnych objawów, w wyższym—zacierza możliwość bliższego odczuwania i pozostawia tylko wrażenie bólu; w najwyższym znosi zupełnie zdolność odczuwania wrażeń na pewien przeciąg czasu lub stale.

6) Słabszy bodziec, działający równocześnie lub bezpośrednio po silniejszym, pozostaje bez wpływu.

7) Każde pobudzenie nerwu wywołuje zarówno w nerwie jak i w ośrodkach zmiany, cechujące się pewną dążnością do wyczerpania i tem właśnie można sobie objaśnić wszelkie objawy pohamowania odruchów i t. zw. porażenia odruchowego.

8) Tak zwana eretyczna postać wstrząsu nie stanowi żadnego osobnego gatunku tego zjawiska; jest ona raczej okresem przygotowawczym (o ile wogóle nie zależy od utraty krwi), albo też okresem odczynowym po wstrząsie.

9) Okres odczynowy nie następuje po każdym shocku, za to spostrzegamy go bez uprzedniego wstrząsu, właściwie jest on następstwem urazu.

10) Podobnież nie można dowieść, aby gorączka w tym okresie zależała od shocku; źródłem jej jest zapewne jedynie tylko uraz.

11) Odrętnienie miejscowe (Lokalstupor) Pirogowa nie może być uważane za miejscowy wstrząs, jest to raczej stan wyczerpania nerwów obwodowych w sąsiedztwie podziałania bodźca, niezależny od organicznych obrażeń.

12) Słaba i nieprawidłowa czynność serca, spadek ciśnienia krwi, ciepłoty, różnego stopnia osłabienie zdolności ru-

chu, czucia, odruchów, poczucia bólu, czynności mózgu—oto najstarsze i najważniejsze objawy wstrząsu.

13) Ani częste, ani rzadkie tętno nie cechuje wstrząsu; to samo dotyczy szerokości źrenic.

14) Zmiany w oddechaniu, w czynności mięśni zwieraczy, w narządach trawienia i w rozkładzie krwi są rzadszemi i mniej stałemi objawami wstrząsu.

15) Ilościowe i jakościowe zboczenia w wydzielinach, być może za wyłączeniem potu, nie stoją w żadnej przyczynowej zależności z wstrząsem; to samo można powiedzieć o zmianach w składzie krwi.

16) Wszelkie szybko wyniszczające wpływy choroby, utraty krwi i t. d. działają usposabiająco do wstrząsu.

17) Przewlekłe, zarówno jak i ostre otrucie wyskokiem z jego bezpośrednimi następstwami usposabia do shock'u, tak samo działają po części: chloroform, kw. karbolowy, złe opatrunki, niewygodne transportowanie.

18) Rodzaj i miejsce uszkodzenia mają wielkie znaczenie przy powstawaniu wstrząsu.

19) Przypuszczenie, że ból sprzyja rozwojowi wstrząsu, jest bardzo rozpowszechnione, ale na niczem nie oparte i niemożliwe do dowiedzenia.

20) Zator tłuszczowy, zwyczajny, przedostanie się powietrza do żył i ostre znaczniejsze utraty krwi, dają objawy, których nie można łączyć z objawami przy wstrząsie.

21) W przypadkach, zakończonych śmiercią, troskliwe badanie pośmiertne może sprawdzić rozpoznanie.

22) Utrata krwi, następująca zwolna, może wywoływać objawy do złudzenia przypominające wstrząs.

23) Chwila następowania tych objawów, okoliczności zewnętrzne, a zwłaszcza zachowanie się przytomności, w wielu razach rozstrzygają rozpoznanie.

24) Przypadłości piorunującego otru-

cia kwasem karbolowym nie mogą być zmieszane z wstrząsem.

25) Nie można nieraz wydzielić, jakie objawy w danym przypadku zależą od wstrząsu, a które od chloroformu lub kw. karbolowego.

26) Tam, gdzie zjawia się duszność, drgawki, albo gdzie ustaje oddychanie przy utrzymywaniu się dalszem czynności serca—należy wyłączyć shock.

27) Otrucie chloroformem należy wykluczyć tam, gdzie burzliwe objawy lub śmierć nastąpiły po zupełnem obudzeniu się ze stanu odurzenia. Przypadki, w których nagle śmierć nastąpiła po kilku wdechach, przemawiają więcej za wstrząsem.

28) Nie zupełne odurzenie (narkoza) usposabia do wstrząsu; w głębokiej narkozie operacja nie może wywołać wstrząsu.

29) Jeżeli przy badaniu zwłok znajdujemy, przy wogóle ujemnych wywodach, krew o ciemnym zabarwieniu i oznaki ostrej śmierci z zaduszenia, to należy shock wykluczyć.

30) Kliniczny obraz wstrząsu i czystego omdlenia nie daje możliwości omyłek.

31) Wstrząśnienie mózgu z samej swej natury i pochodzenia jest istotnym wstrząsem mózgu.

32) Podobnie jak wstrząs, który zostaje wywołany zewnętrznymi czynnikami mechanicznymi, istnieje stan analogiczny wynikający z przyczyn natury czysto psychicznej.

33) Psychiczne momenty grają i przy zwyczajnym wstrząsie mniej lub więcej ważną rolę, chociaż dowodów na to dostarczyć nie można.

34) Istota wstrząśnienia polega nie tylko na drganiu cząsteczek tkankowych, ale w wielu przypadkach dołącza się do niego i bezpośredni wpływ mechanicznego podrażnienia nerwowego wywołanego przez uraz.

35) Wstrząśnienia cząsteczek tkankowych przekształcają się ze swej strony

w podrażnienia nerwowe, tak, że ostateczny wpływ całej sprawy równa się w wielu razach mechanicznemu podrażnieniu nerwów.

36) Shock pooperacyjny jest ilością złożoną z czynników poprzedzających, współczesnych i następujących, które, chociaż różne co do znaczenia w rozmaitych wypadkach, wogóle działają w kierunku, dążącym do wyczerpania rdzenia.

37) Shock po zranieniach nie daje się w wielu razach wyprowadzić jedynie ze zranienia tylko, a okazuje się ostatecznym wynikiem tegoż więcej rozmaite wpływy usposabiające i współdziałające, które w każdym przypadku należy rozpatrywać oddzielnie.

38) Pomiędzy wystąpieniem pierwszych objawów wstrząsu, a chwilą podziałania wywołujących czynników, w rzadkich przypadkach spostrzega się okres utajony (Latenzstadium), trwający 2—4 godzin; poprzedza go niekiedy okres przygotowawczy (około 20 godzin), w którym można zauważyć stopniowe słabnięcie ważniejszych czynności.

39) Jeżeli upłynęło 24 godzin od chwili podziałania czynnika szkodliwego, wstrząs nie nastąpi.

40) Początkową niebolesność ran, zwłaszcza postrzałowych, polega na wstrząsie, przeważnie natury obwodowej.

41) Rokowanie we wstrząsie kierować się powinno głównie zachowaniem się serca i ciepłoty ciała; ciepłota 35,5° odbiera wszelką nadzieję. Jeżeli w godzinę po uszkodzeniu ciepłota ciała i sprawność serca spadają, zamiast się podnosić, rokowanie jest niepomyślnem.

42) W wielu razach można skutecznie przeciwdziałać wstrząsowi po operacjach. A mianowicie żadna operacja nie powinna być uskuteczniana bezpośrednio po uszkodzeniu, oprócz bezpośrednio niezbędnych dla uratowania życia i takich, które przez wyjęcie ciał obcych, części drażniących, usuwają źródła groźnego podrażnienia układu nerwowego. Wię-

ksze operacje, jak wyluszczenia, odjęcia członków, wypitowania—nie powinny być podejmowane przed upływem 4—6 godzin od nastąpienia uszkodzenia.

43) Jeżeli wstrząs towarzyszył obrażeniu, to powinien być usuniętym zupełnie przed operacją; w żadnym zaś razie, jeżeli wstrząs trwał nawet bardzo krótko, do operacji większych nie powinno się przystępować przed upływem pierwszych 8—10 godzin. Tego samego należy się trzymać, jeżeli przy zranieniu miała miejsce znaczna utrata krwi, a szczególnie, jeżeli nastąpiło omdlenie.

44) Jeżeli zraniony znajduje się w stanie ostrego otrucia wyskokiem, to większe operacje są przeciwskazane, a trzeba przeczekać 8—10 godzin.

45) Inne stany osłabiające odporność, jak okres zdrowienia, upośledzone odżywianie, wikłające cierpienia narządów, także wymagają, o ile można, odwleczenia operacji, zwłaszcza, gdy dotyczy to chorych wzruszających się łatwo, strachliwych, niespokojnych.

46) Jeżeli w związku z obrażeniem wystąpił stan ogólnego podniecenia: delirium nervosum, traumaticum = wstrząs eretyczny, to należy przez powtarzane i śmiałe dawki narkotyków (opiatu) przeskodzić przekształceniu się tego stanu w niebezpieczny stan przygnębienia wstrząsowego. Przy operowaniu takich chorych wskazanem jest użycie połączonego odurzenia—morfina i chloroformem. Dobrze jest też przed przebudzeniem się chorego z odurzenia zastrzyknąć morfinę w celu przedłużenia snu.

47) Podczas zwłoki w operacji—z powodów wyżej przytoczonych—należy starać się, aby o ile można podnieść siły i odporność chorego.

48) Bezpośrednio po dłuższym transporcie chorego należy również wstrzymać się z większymi operacjami i to tem dłużej, im transport trwał dłużej i im był bardziej uciążliwym i im mniej tym-

czasowy opatrunek odpowiadał ważności rany.

49) Amputacyj podwójnych, zwłaszcza u osobników osłabionych, nie należy wykonywać odrazu.

50) Wszelkie operacje należy wykonywać o ile można w poziomem położeniu chorego; większe tylko w narkozie, mniejsze też—jeżeli dotyczą osób b. wrażliwych i trwożliwych.

51) Przed ukończeniu się okresu pobudzenia należy wystrzegać się wszelkich podrażnień zranionej części ciała, a zwłaszcza nie należy przystępować do operacji.

52) Przy wstrząsie nie należy uciekać się do pobudzenia skóry, gdyż to jest zupełnie bezużytecznem.

53) Sztuczne oddychanie wskazanem jest tylko w rzadkich wyjątkowych przypadkach i należy je wykonywać krótko, tylko o ile to jest niezbędnie potrzebnem.

54) Upusty krwi są przeciwskazane; o przetaczaniu krwi może być mowa tylko przy znacznych utratkach krwi.

55) Opium, chloroform, a zwłaszcza ext. Calabar. są przeciwskazane, Digitalis—wymaga nowych poszukiwań.

56) Wyskok i wogóle alcoholica i podskórne pobudzające środki mają wartość przy wstrząsie.

57) Najbardziej poleca się: położenie poziome, ciepło, bezwzględny spokój, podskórne wstrzykiwanie strychniny.

O.

III. Pedijatrija i Gyniekologija.

279. TRÉLAT. **Rak jądra u dzieci.** *Le cancer du testicule chez les enfants.* (*Progrès méd.* 1884, N-ra 22, 23 i 24—według streszczenia w *Jahrb. Kinderheilk.* Bd. XXIII, Hft. 1 i 2).

Z powodu przedstawienia 4-letniego chłopca z guzem lewego jądra, uznanym za raka, T. wygłosił bardzo ciekawy odczyt o tej rzadkiej chorobie wieku dziecięcego. Autor przytacza znakomite prace

Duzan'a, Vieillard'a i St. Germain'a o złośliwych nowotworach u dzieci. Z prac tych wynika, że z nowotworów najczęściej w pierwszych latach życia zdarza się rak. Ze stu przez Duzan'a zebranych wypadków 52 wypada na pierwsze 4 lata życia, 48 pozostałych dzieli się na lata od 4 do 17, z tych 11 na wiek między 15 a 17 rokiem życia. U chłopców nowotwory złośliwe zdarzają się częściej, niż u dziewcząt. Z 92 wypadków 60 wypada na chłopców, 32 na dziewczęta; jeżeli zaś wykluczyć z tej liczby raka jądra i gruczolu przyprątnego, to stosunek jeszcze i tak wypada na niekorzyść chłopców (41 : 32). Rak u dzieci ma dwa ulubione miejsca: oko i nerkę. Bezpośrednio po tych narządach idzie jądro. Duzan zebrał tylko 11 wypadków raka jądra, T. znacznie powiększył tę liczbę. Rzadziej zdarzają się raki szkieletu, języka, mózgu, opon mózgowych. Rak płuc, opłucnej, a zwłaszcza wątroby i gruczołów limfatycznych jest zawsze wtórny. Przebieg raków wogóle u dzieci jest bardzo szybki, trwający 2 do 3-ch miesięcy, przeciętnie 9—10 m. Zejście jest zawsze śmiertelne wskutek generalizacji i charłactwa bez względu na to, czy cierpienie było pozostawione samo sobie, czy też miała miejsce pomoc chirurgiczna. Duzan zresztą wspomina o 7 wypadkach zewnętrznego raka, w których miało nastąpić wyzdrowienie po radykalnem usunięciu guza, nie pisze jednak nic o późniejszym stanie przypuszczalnie uleczonych.

Co się tyczy specjalnie raka jądra, to dotychczas nie ma żadnej pracy, w której przedmiot ten byłby obrobiony gruntownie i wszechstronnie. Z istniejących prac Guersant'a, Giraldeś'a, Poinso't'a, Bókai'a i innych można widzieć tylko, że cierpienie to zdarza się częściej, niż zwykle przypuszczamy, ale nigdzie nie ma wyczerpującego opisu jego rozwoju, anatomicznej natury i następstw. T. przedsięwziął zebrać wszystkie powne spestrzenia i przytacza w swojej pracy tylko te,

które były mu dostępne w oryginale lub w dokładnym referacie. W ten sposób dochodzi on do liczby 34 wypadków. Są to wszystkie wypadki opublikowane od r. 1816. Ztąd wynika, że rak jądra u dzieci zdarza się bardzo rzadko. Szukając odnośnych wypadków u starszych autorów i informując się w tej mierze u żyjących jeszcze klinicystów, autor przychodzi do wniosku, że wielu z nich nie widziało ani jednego takiego wypadku, niektórzy jeden, a najwięcej dwa. Wyjątek w tym względzie stanowi tylko Guersant, który opisał sześć wypadków raka jądra u dzieci.

Obok rzadkości raka jądra w wieku dziecięcym, uderza częstość jego w najwcześniejszych okresach życia. Więcej niż w połowie spostrzeżeń przypada rozwój jego na pierwszy rok życia, często na pierwsze 6 miesięcy. W drugim roku wypadki są jeszcze stosunkowo liczne, w 3 i 4 bardzo rzadkie, a w późniejszych latach dziecięcych zupełnie się nie zdarzają. Wypadki raków jądra, operowanych u pięcio-, sześcio- i siedmioletnich dzieci, nie upoważniają do przeciwnych wniosków, gdyż anamneza w tych razach zawsze pokazuje, że początek rozwoju nowotworu przypada na pierwsze lata życia. Autor nie przypuszcza, żeby cierpienie to mogło być wrodzone i oparte na nieprawidłowości w rozwoju gruczolu, a ogranicza się na zaznaczeniu, że nadmierna fizjologiczna energija rozwojowa narządu (*suractivité organique*) w odnośnym okresie życia może spowodować powstanie nowotworu. Dziedziczności autor nie uważa za stałą przyczynę, w każdym razie dotychczasowe dane anamnestyczne są niedokładne, ponieważ rozciągają się tylko na rodziców chorego, a nie, jakby potrzeba było, na dziadka, babkę i innych bliskich krewnych. W tym względzie zasługuje na uwagę opublikowany przez Hutchinson'a wypadek, w którym dwie ciotki ze strony ojca umarły na raka sutki. Przypisywano niejednokrotnie rolę

patogenetyczną przy raku jądra wpływem traumatycznym. T. powątpiewa o tem przez wzgląd na małe rozmiary tego narządu we wczesnym okresie życia. Dalej autor przechodzi do symptomatologii. W większości wypadków przy pozornie zupełnie dobrym stanie dziecka, znajduje się w mosznie guz, który więcej niepokoi rodziców, niż dokucza dziecku. Często rodzice wspominają, że spostrzegli go już kilka miesięcy, czasami kilka lat temu, a nawet przypominają sobie, że przy urodzeniu dziecka zwrócili uwagę na to, że jedno jądro było większe, niż drugie. Zawsze jednak dodają, że guz zaczął powiększać się niedawno. Tak więc lekarz znajduje z prawej lub lewej strony (częściej jednak z lewej, a w jednym wypadku Adelmanna z obu stron) prawidłowej postaci guz, wielkości i formy kurzego jaja, elastyczny, więcej miękki, niż twardy, z pozornym przelewaniem, zupełnie nieprzezroczysty i ciężko spadający na dłoń, gdy się go uniosło ku górze. Powierzchnia guza po większej części jest gładka, czasami tylko nierówna. Guz dotyczy tylko jądra, przynajmniej łatwo przekonać się można, że zajmuje nie wyłącznie tylko przyjądrze. Sznurek nasienny normalny, jak również gruczoły biodrowe i pachwinowe. Skóra, pokrywająca guz, nie przedstawia żadnych zmian, nie przyrośnięta, często jednak silnie naprężona, czerwona-zabarwiona z rozszerzonymi żyłami.

Rozpoznawanie napotyka na pewne wątpliwości. Ze względu na dobry stan dziecka nie myśli się wcale o złośliwej sprawie, najwyżej przypuszcza się torbiel, albo częściej jeszcze guz krwisty (haematococle), przypuszczenie, które z często zdarzającym się wpływem traumatycznym, jako momentem etjologicznym, najzupełniej harmonizuje. Przekłócie próbne rozstrzyga wątpliwość: zawsze daje ono ten sam rezultat, mianowicie kilka kropel krwi, ale żadnego wpływu torbielowatego nie ma; oprócz tego łatwo się przekonać, że koniec instrumentu znajdu-

je się nie w jamie, lecz w twardej tkance.

Różniczkowe rozpoznanie nie przedstawia wielkich trudności. Najczęstszy z guzów moszny u dzieci—wodna puchlina jądra (hydrocoele) nie może dać powodu do omyłki: wyraźne przelewanie, przeświecanie, nakoniec przekłócie próbne stawiają dyagnozę na pewnym gruncie. Nieprzezroczystość guza, pozorne przelewanie w niektórych miejscach, osobliwie zaś poprzedzające powstanie guza obrażenie mechaniczne, może naprowadzić na myśl o krwawym guzie jądra. Cierpienie to jednak u dzieci prawie nigdy się nie zdarza (T. nie widział ani jednego takiego wypadku). Gruźlica jądra, jak wiadomo, zdarza się także i u dzieci, dotyczy jednak przeważnie przyjądrza i kończy się ropniem i przetoką. Dalej zwraca uwagę autor na przymiotowe zwyrodnienie jądra, które w pierwszych latach dziecięcych w kilku wypadkach spostrzegane było pod postacią rozlanego zapalenia jądra ze stwardnieniem i powiększeniem objętości, lub w postaci lekkiego nacieczenia. Tylko pierwsza forma może być wzięta pod uwagę pod względem rozpoznawczym, zwłaszcza jeżeli guz był wrodzony, albo powstał w pierwszych miesiącach życia. W tym wypadku powolny przebieg, bardziej stacyjonarny charakter cierpienia, ewentualne jednoczesne zajęcie obu jąder, pomyślny wpływ leczenia rtęcią, wreszcie inne objawy wrodzonego przymiotu decydują o rozpoznaniu.

Jednym słowem, guz, znajdujący się w mosznie, zajmujący jądro, elastyczny, nie połączony z wylewem w tunica vaginalis, powstały w pierwszych okresach życia i szybko rosnący, nie może być niczem innym, tylko nowotworem złośliwym: rakiem albo mięsakiem. Z innych nowotworów jądra autor widział tylko dwa razy chrząstniak (enchondroma) i dwa razy torbielowate zwyrodnienie jądra. Najłatwiej powód do omyłki może dać torbiel skórowata jądra (nazwana przez Verneuil'a „inclusion scrotale“) z powodu

podobieństwa objawów. Guz w tym razie ma formę i wielkość kurzego jaja, prędko rośnie, ma powierzchnię gładką, ciężar dosyć znaczny, przelewania i przeświecania nie ma, skóra, sznurek nasieny, gruczoły biodrowe i pachwinowe bez żadnych zmian. Guz nie dokucza dziecku, jest niebolesny, ogólny stan dobry. Pomiedzy temi objawami nie brak ani jednego charakterystycznego dla raka jądra. Przekłócie próbne atoli wykazuje obecność przezroczystej, gęstej, lepkiej cieczy, podczas gdy przy raku znajdujemy tylko kilka kropel krwi: Czasami także można znaleźć niezwykle twarde miejsca, odpowiadające nagromadzeniom kostnym, czego znowu przy raku nie ma. Taki guz zresztą rzadko zdarza się widzieć we wczesnym okresie życia, ponieważ wolno rośnie i nie zwraca na siebie uwagi chorego do późniejszych lat dziecięcych lub nawet młodzieńczych.

Co się tyczy przebiegu raków jądra u dzieci, to guz może dłużej, lub krócej zostawać in statu quo, później jednak zaczyna szybko rosnać, dochodząc tylko wyjątkowo do osobliwie wielkich rozmiarów, jak naprzykład w wypadku Spence'a, w którym guz doszedł do wielkości melonu. Przejście cierpienia na skórę z jej owrzodzeniem było tylko raz obserwowane przez Depant'a. W późniejszych okresach mogą być zajęte gruczoły limfatyczne, występują wyraźne objawy charłactwa i generalizacji, prowadzące do śmierci. Taki przebieg jest najczęstszy zarówno wtenczas, kiedy sprawa pozostawiona była sama sobie, jak i wówczas, gdy nawet wcześniej jeszcze wykonana była operacja.

Najczęściej wtórne nowotwory występują w sąsiednich gruczołach, czasami zdarzają się przerzuty w płucach. Narządy brzuszne rzadko ulegają. Chorzy żyją po operacji najwyżej rok, często nie więcej nad pół roku.

Ztąd rokowanie niepomyślne, na co już Guersant zwrócił uwagę: z sześciu

przez niego operowanych chłopców pięciu umarło, los szóstego niewiadomy.

Leczenie powinno zasadzać się na wykonaniu kastracji, ale tylko wtenczas, kiedy nie ma jeszcze generalizacji nowotworu i charłactwa. Kastracja sama przez się nie jest niebezpieczną; znane są tylko nieliczne wypadki drgawek na drugi lub trzeci dzień po operacji, co zresztą zdarza się u dzieci i po innych rękoczynach chirurgicznych. Po większej części zagojenie następuje lekko i prędko. Niepomyślne rokowanie nie powinno powstrzymywać od wykonania operacji.

Z. Srebrny.

280. HARRIS i HONOR. **Dwukrotne wykonanie cięcia cesarskiego na jednej kobiecie—autopsya po latach pięćdziesięciu.** (*The Americ. Journ. of the Med. Sciences.* Październik, 1885).

W sierpniu r.b. autor wspólnie z d rem Hornorem miał sposobność dokonania oględzin pośmiertnych na zwłokach niejkiej p. Reybold, której historia choroby jest ciekawą i pouczającą ze względu na wykonane na niej pół wieku temu dwie operacje cięcia cesarskiego, zakończone pomyślnie jak dla matki tak i dla dwojga jej dzieci.

Obie te operacje, wykonane przez nieżyjącego obecnie prof. Gibsona, opisane były w swoim czasie (w r. 1835 przez Nancrede'a i w r. 1838 przez Foxa w tem samem czasopiśmie „*The Americ. Journ. of Med. Sc.*“), p. R. zmarła w 77-ym roku życia, przeżywszy wszystkich 13 stu lekarzy, którzy przyjmowali udział w wykonanych na niej operacjach (9 ciu podczas pierwszej, 4-ch podczas drugiej). Zmarła, rodem z Irlandyi, przechodziła w dzieciństwie krzywicę, która pozostawiła znaczne ślady zwłaszcza w miednicy; w 21-ym roku życia wyszła za mąż. Pierwszy raz zaszła w ciążę w 22-gim roku życia i pierwszy poród omało nie przypłaciła życiem. Gdy poród nie odbył się w ciągu 64 godzin i płód nie zdradzał objawów życia, dr. Meigs wykonał przedzi-

rawienie główki, poczem wydobyć płodu udało się dopiero po 33 godzinach, gdy nastąpiło rozmiękczenie wskutek gnicia. Podczas drugiej ciąży, gdy chora nie zgodziła się ani na wywołanie przedwczesnego porodu, ani na cięcie cesarskie; tenże lekarz wydobyl dziecko (w ciągu 2 godzin) za pomocą wynalezionych przez siebie odpowiednio zgiętych kleszczy t. z. „embryallia forceps“.

Pierwsze cięcie cesarskie na pani. R. wykonane zostało (w r. 1835) w trzeciej z rzędu ciąży po 12-godzinnem trwaniu porodu. Cięcie brzucha wynosiło 6 cali, pęcherz znaleziono całym, położenie pośladkowe. Na czwarty dzień objawy umiarkowanego zapalenia otrzewnej, tętno 110; odmy brzusznej nie zauważono, ale bolesność przy ugniataniu dolnej części brzucha i ból w nadbiodrach. Po zastosowaniu energicznego leczenia w ciągu pierwszych trzech tygodni (upust krwi, 40 pijawek, lek czyszczący), puls stopniowo wracał do normy i R. wyzdrowiała po 28 dniach; powstała tylko mała przetoka na brzuchu. Drugie cięcie cesarskie wykonano (w r. 1837) w kierunku dawnej bliźny na 1½ cala poniżej pępka ku dołowi prawie do pubes. Macica ma przestrzeni prawie 4 cali (nad łonem) połączona była z powłokami brzucha za pomocą silnych zrostów; nacięcie jej zrobiono w pobliżu dna i przedłużono ku dołowi na 5 do 6-ciu cali. Wydobyty chłopiec dość był duży, ale słabo oddychał. Na ranę brzucha nałożono 6 szwów, paski lepkie, okład i bandaże. Tętno przed operacją 112, po operacji 96. Operowana wkrótce wróciła do zdrowia. Na 12-ty dzień tętno 84, żadnych objawów zapalenia otrzewnej, chora była w stanie karmić dziecko i podniosła się po dniach 20-tu. Rana zagoiła się, pozostawiwszy przetokę.

Ogledziny zwłok w 50 lat po pierwszym cięciu cesarskim dokonane, wykazały wyraźne oznaki krzywicy, w jamie brzusznej ślady zapalenia otrzewnej po

pierwszej operacji w postaci mocnych sznurków łączących się ze ścianką brzuszną i tę ostatnią z kiszka grubą. Dno macicy okazało się wydłużone (4½ cala) w postaci języka szczenięcia i przyrosło do górnej części rany brzucha. Zapewne wskutek zlepnego zapalenia otrzewnej macica zrosła się z raną, zanim nastąpiła inwolucja i nie była w stanie wrócić do normalnej wielkości i kształtu, co nie było jednakże przeszkodą dla powtórnej ciąży. Górna część pochwy i szyjka maciczna, pozostając przez pół wieku w stanie ciągłego naprężenia, wyczuwały się jak twardy postronek wielkości wskazującego palca.

Co się tyczy *zniekształcenia* miednicy, to takowe zaznaczało się znacznym zmniejszeniem prostego wymiaru we wchodzie miednicy (conjugata vera), który wynosił 1¾ cala. Wymiar poprzeczny wynosił 5¼ cala.

Wchód miednicy po prawej stronie od wzgórka krzyżowego przepuszczał całą rękę, lewy zaś więcej ściągnięty nie przepuszczał takowej.

Opisany wypadek wyzdrowienia kobiety po 2-krotnej operacji cięcia cesarskiego nie wyda nam się tak zadziwiającym, jeżeli zważymy, że podobny rezultat nastąpił u 5-ciu innych kobiet w Stanach Zjednoczonych i że jedna z tych kobiet ma syna i córkę.

Największe niebezpieczeństwo w takich wypadkach zagraża podczas pierwszej operacji, podczas następnych zaś tylko wtedy, gdy matka zapada na zdrowiu podczas ciąży, jak to miało miejsce w dwóch wypadkach w Stanach Zjednoczonych.

Zastanawiając się nad tem, czego nas nauczyć może fakt wyzdrowienia po dwukrotnem lub jednorazowem cięciu cesarskiem, Harris dochodzi do wniosku, że „najważniejszą rzeczą jest podanie pomocy pacjentce jak można najwcześniej“. Zdanie to H. opiera na przeglądzie 8-miu

wypadków, w których wykonano cięcie cesarskie po dwa razy (w jednym 3 razy).

B. Polikier.

IV. Hygijena.

281. **Tanie środki dezynfekcyjne zalecone przez specjalny komitet Amerykańskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego.** (*The medical Record*, May 9).

DUGGAU i Mc CLINTOCK. **Względna wartość sublimatu i podchlorańców, jako środków odwietrzających.** *On the relative value of mercuric chloride and the hypochlorites as disinfectants.* (*The medical Record*, June 13).

Odwietrzanie (disinfection) w ścisłym znaczeniu tego słowa jest to zabezpieczenie się zupełne przez zniszczenie zarzków chorób, środek przeto odwietrzający jest, właściwie mówiąc, środkiem zarodkobójczym (germicide). Oprócz środków odwietrzających istnieją pewne środki, które wstrzymują gnicie rozkładających się substancyj, nie niszcząc zakażającego zarodka choroby. Takie środki zowią się przeciwnilnymi (antiseptic) i nie są identyczne ze środkami odwietrzającymi zarówno jak i środki odwaniania, będące najmniej skutecznymi w powstrzymaniu rozwoju zakaźnych czynników choroby. Najnowsze poszukiwania wykazały, że wiele środków odwaniania i przeciwnilnych nie posiada żadnego znaczenia pod względem niszczenia ustrojów chorobotwórczych. Tak np. siarczan żelaza czyli koperwas uchodził powszechnie za nader cenny środek odwietrzający, gdy tymczasem faktem jest, że stężone roztwory tego środka nie pozbawiają życia chorobotwórczych ustrojów i nie niszczą własności zakażającej substancyj, zawierających takowe.

Komitet Dezynfekcyjny Amerykańskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego zaleca następujące środki odwietrzające, które łatwo można sporządzić:

Roztwór Nr. 1. Rozpuść chlorek wapna (w najlepszym gatunku) w miękkiej wodzie w stosunku 4 unc. na gallon (około 1½ garnca). Do każdego wypróżnienia w cholery, gorączce durzycowej etc. użyj 1-ej pinty (1/8 gallonu) tego roztworu. Dobrze skłóć i zostaw w naczyniu przynajmniej na 10 minut przed dodaniem do miejsca ustępowego lub water-closetu. Tak samo postąpić należy z odwietrzaniem wymiocin. Zaraźliwa plwocina powinna być oddawaną wprost do kieliszka do połowy napełnionego tym roztworem.

Roztwór Nr. 2. Rozpuścić w miękkiej wodzie sublimat i nadmanganian potasu w stosunku po 2 drachmy każdej soli na gallon.

Roztwór ten jest również skuteczny, ale musi zostawać dłużej w zetknięciu z zakażoną substancją. Środek ten posiada tę zaletę, że nie ma zapachu, ale jest bardzo silną trucizną i psuje ołowiane rury, przez które przechodzi w większej ilości.

Roztwór Nr. 3. Składa się z jednej części podchlorańca sodu (liquor sodae chlorinated) i 5 cz. miękkiej wody. Jest droższy od poprzedniego, nie posiada nad nim żadnej wyższości.

Odzież można odwietrzać przez pogrążanie jej na 2 godziny w roztwór Nr. 1 rozcieńczony 9 cz. wody. W tym celu może też być użyty:

Roztwór Nr. 4. Sublimatu 4 unc., wody 1 gallon, nadmanganianu potasu 1 drachma; używać można 1 unc. (fluid ounce) w rozcieńczeniu z gallonem wody.

Gotowanie przez 1/2 lub całą godzinę niszczy także życie wszelkich znanych zarodków chorobotwórczych.

Jeżeli odzież nie może być poddana działaniu powyższych środków lub gotowaniu, to może być odwietrzana przez wystawienie na działanie suchego gorąca o temp. 230° F. w ciągu 3 lub 4 godzin. Ciepłota ta nie niszczy zarodków, ale jest skuteczną w tępieniu wszelkich chorobotwórczych ustrojów, nie rozwijają-

cych się w zarodniki, a więc, zdaniem komitetu, ma się nadawać przeciw ospie, cholercze, żółtej gorączce, błonicy, róży, gorączce poługowej i płonicowej (?). Wilgotne gorąco jest skuteczniejsze niż suche; działanie 10-minutowe pary o ciepłocie 230° F. niszczy wszelkie znane zarodki zarówno jak i najodporniejsze zarodniki.

Odwietrzanie pokoi zamieszkałych jest rzeczą niepraktyczną, natomiast po opuszczeniu pokoju przez osobę dotkniętą chorobą zakaźną, odbywać winno w sposób następujący: Wszystkie powierzchnie powinny być starannie wymyte roztworem chlorniku rtęci (1 cz. na 1000 cz. wody), który można otrzymać przez dodanie 4 unc. roztworu Nr. 4 do gallonu wody. Szczególnej pieczy wymaga zmywanie wszelkiego kurzu z brzegów okien i innych miejsc, gdzie takowy się zbiera, oraz oczyszczanie wszelkich szpar i otworów. Po zastosowaniu roztworu odwietrzającego i wentylacji w ciągu 24 godz., podłoga i wyroby drewniane powinny być starannie szorowane mydłem i wodą gorącą, a następnie na czas dłuższy wystawione na działanie świeżego powietrza przez otwarcie drzwi i okien. Jeżeli jako dodatek do powyższych sposobów lub zamiast takowych pragnie się użyć wykazania, to „należy odwietrzać się mające mieszkanie zamknąć jak można najszczelniej przez zatkanie wszelkich otworów, któreby gaz mógłby się wydostawać i spalić nie mniej jak 3 funty siarki na każde 1000 stóp sześciennych powietrza, zawartego w pokoju“.

Duggau i Mc Clintock, podając ocenę powyższych środków, zaznaczają następujące ich strony dodatnie: 1) taniść, 2) własność odwaniania i 3) zdolność niszczenia lotnych produktów gnicia. Ostatnia własność nader jest ważną, gdyż Le Bon na zasadzie swoich doświadczeń dowodzi, że alkaloidy lotne, tworzące się przy gnicu organizmów niepatologicznych po wdechaniu nawet w małych ilościach wywołują objawy otrucia. Z tego powodu

podchlorały nadają się do odwietrzania ustępów i innych miejsc, gdzie nagromadzą się nieczystości.

Co się tyczy sublimatu, to autorowie zarzucają mu, że jest mniej przydatny do odwietrzania przedmiotów, zawierających substancje białkowe (faeces, sputum etc.), gdyż tworzy z białkiem nierozpuszczalny związek (białkan), który opóźnia dyfuzję.

Niedawno Lister ogłosił zdanie, że w nadmiarze białka sublimat rozpuszcza się, wszelako doświadczenia autorów nie potwierdziły tego wniosku, co mogło pochodzić stąd, że Lister używał do doświadczeń krwi końskiej, oni zaś białka od jaj; być więc może, iż rozmaite rodzaje białka działają niejednakowo. Przekonawszy się, że podwójna sól chlorniku rtęci i chlorku sodu (lub innego metalu alkalicznego) odznacza się mniejszą skłonnością do strącania białka, aniżeli sam chlornik rtęci. Duggau i Mc Clintock zalecają dodawanie chlorku sodu do roztworu sublimatu. Ilość chlorku sodu powinna być proporcjonalna raczej do ilości obecnego białka, niż do ilości sublimatu. Najlepiej 1:500 chlorku rtęci i 1:50 chlorku sodu. Rezultat doświadczeń Listera autorowie przypisują też znacznej ilości (około 1/2%) chlorku sodu we krwi końskiej.

Nie mniej ważne znaczenie dla dezynfekcji substancyj białkowych posiadają podchlorały z powodu ich działania utleniającego i rozkładającego (desintegrating). W porównaniu z roztworami rtęci mają tę zaletę, że nie psują rur ołowianych. Nadto w miastach, gdzie nieczystości idą na nawóz, używanie na większą skalę chlorniku rtęci może szkodliwie oddziaływać na roślinność oraz na grunt, na który go zastosowano. Co się tyczy oznaczenia ilości sublimatu niezbędnej do wstrzymywania rozwoju bakterij gnilnych, to zdania badaczy znacznie się różnią. Jalen de la Croix dowodzi, że 1 cz. chlorniku rtęci zapobiega rozwojowi ba-

kteryj w 25,250 cz. buljonu zarażonego, a 1 cz. na 7,168 zabezpiecza od gnicia wystawiony na działanie powietrza sok z surowego, niegotowanego mięsa. Koch utrzymuje, że bardzo słaby roztwór (1 na 300,000) zapobiega rozwojowi zarodników (*bacilli anthracis*). Doświadczenia autorów wypadły zgodnie z badaniami Jan de la Croix i wykazały, że siła zarodkobójcza chlorku rtęci jest nieco mniejsza niż podaje Koch, wszelako nie tak mała jak dowodzi Klein (autorowie powtórzyli jego doświadczenia), który powiada, że 1% roztworu sublimatu nie działa na spory B. anthracis.

Co się tyczy podchlorańców, to, zdaniem Duggau i Clintocka, zawdzięczają one własności swe dezynfekcyjne utleniającemu działaniu zawartego w nich chloru, który w tej kombinacji działa 2 razy silniej niż w stanie wolnym. Duggau przekonał się, że chlor w postaci podchlorańcu niszczy zarodniki *bacilli subtilis* i *b. anthracis* w ciągu 2 godzin, gdy stosunek wynosi 1 : 1666 i prawie natychmiastowo (mniej niż w ciągu minuty), w rozcieńczeniu 1 : 400. Zestawiając względne zalety podchlorańcu sodu i podchlorańcu wapna, można powiedzieć, że cena przemawia za ostatnim, za to roztwór pierwszego nie posiada zapachu i nie robi wody twardą i nieprzydatną do prania, jeśli zaś wskutek własności bielenia (odbarwiania) czyni niektóre przedmioty nieprzydatnymi do użytku, to ma to zazwyczaj miejsce z materjami bawełnianymi, zabarwionymi farbami roślinnymi, które się psują już od od samej wody. Dla mycia instrumentów chirurgicznych chloran rtęci jest niedogodnym z powodu działania swego na srebro i nikiel. Podchlorańcy pozostawiają również znaki na srebrze, które jednakże można oczyścić niewielką ilością roztworu amoniaku. W końcu autorowie poświęcają kilka słów nadmanganianowi potasu, radząc zastępować go zwyczajną farbą używaną do prania bielizny, błękitem pruskim lub indygiem (w ilości wystar-

czającej do wyraźnego niebieskiego zabarwienia płynu), gdyż roztwór kali hypermang. łatwo może być wzięty przez omyłkę (zwłaszcza przez dzieci) za sok owocowy lub wino. Można też dodać nieco tymolu dla nadania zapachu, który nie jest nieprzyjemnym.

Artykuł swój Duggau i Mc Clinctock kończą uwagą, że usuwanie fabrykantów celem połączenia chlorniku rtęci z podchlorańcami jest niepraktyczne z powodu osadzania się rtęci w postaci tlenku.
B. Polikier.

MISCELLANEA.

282 Prof. Obersteiner. **Użycie wewnętrzne kokainy przy nerwicach i psychozach.** (*W. Med. Presse*, Nr. 40).

Autor używał kokainy wewnętrznie z wielką korzyścią przy zatruciu przewłokiem morfiną w dawkach 0,05—0,1 cocałni muriatici w pół szklance wody, 4—6 razy dziennie, w chwilach żywszego występowania objawów głodu morfinowego. Orzeźwiający i uspokajający wpływ kokainy pręcej występuje przy wewnętrznym jej użyciu, niż przy podskórnym. Błogi stan po użyciu kokainy trwa od 3—4 godzin; jest-to więc nie radykalny środek, lecz sprawiający ulgę i wspomagający przy systematycznym leczeniu tego cierpienia.

Podobnie środkiem wspomagającym leczenie jest kokaina przy neurastenii, hypochondryi i w stanach przygnębienia, ponieważ wytwarza w chorych zaufanie w swe siły i odwagę, łagodzi przykre objawy przygnębienia. We właściwych atoli zbroczeniach psychicznych działanie kokainy jest żadne. Należy zwrócić uwagę na to, że użycie kokainy wywołuje bezczynność, trwającą do 6 godzin po użyciu tego środka; u niektórych osób zjawiają się pobudzenia płciowe, a po kilku dniach halucynacje w różnych sferach zmysłowych. W końcu dodaje autor, że kokaina okazuje wielką korzyść przy wmyślach nerwowych.
M. H.

283 Prof. Loewenthal. **O sztucznej wstrzymaniu czyszczeń miesięcznych.** (Odczyt na zjeździe lekarzy w Strasburgu).

Co się tyczy sposobu wstrzymania czyszczeń miesięcznych, to najczęściej używają się wstrzykiwania gorącej wody przy spokojnym leżeniu w łóżku. Jeżeli jednak woda wstrzyknięta jest niedostatecznie gorącą, t. j. cieplota jej niższą jest niż 50° C., wtedy nie działa hemostatycznie, a nawet zwiększa wpływ krwi. Po ustaniu upływu krwi miesięcznego należy pozostać przez pewien czas w łóżku, ponie-

waż w przeciwnym razie krwawienie zjawia się na nowo. U niektórych kobiet gorące wstrzykiwania nie okazują działania, natomiast lodowa woda wstrzymuje krwawienie.

Co się tyczy wyników terapeutycznych, to autor spostrzegł 23 przypadki, z których w 18 były wyraźne objawy bezkrwistości i stanu nerwowego: ciężka niestrawność nerwowa, napady histeryczne i t. p., w 5 pozostałych przypadkach: 2—histeryja, 3—konwalescencyja po ciężkich chorobach—wstrzymanie czyszczeń miesięcznych wywarło wpływ nieznaczny, podczas gdy w 17 pierwszych nastąpiło zupełne wyleczenie bez wszelkich innych środków lekarskich. Poprawa nastąpiła już po pierwszym wstrzymaniu miesiączkowania, zupełne wyleczenie w 2—8 tygodni później.

W dyskusyi nad tym przedmiotem Nieberding podaje sposób wstrzymania krwawień miesięcznych za pomocą dłużej trwającego działania nalewki jodowej na błonę śluzową macicy. Zwraca przytem uwagę, że ustanie miesiączkowania wywołuje zwykle bóle dysmennoroidalne ze zbroceniami w ogólnym stanie zdrowia (kongestyje i t. p.). Kugelmann w celu wstrzymania miesięcznych krwawień używa ze skutkiem *Hydrastis*; utrzymuje jednak, że leżenie w łóżku niekiedy zwiększa krwawienie, a wstrzymanie czyszczeń miesięcznych przy histeryi zwiększa objawy histeryczne. Loewenthal nareszcie dodaje, że tylko takie przypadki histeryi leczy się wstrzymaniem miesiączki, w których oprócz tego istnieje chloranaemia.

M. H.

284 **Onomatomanija** podług Charcota i Magnana jest objawem psychicznym, zasadzającym się na wyłącznem zajęciu się w danej chwili jakimś słowem, nazwiskiem, które na razie usuwa się z pamięci, a poszukiwanie tegoż wywołuje napad nerwowy. Niektóre osoby, szczególnie z usposobieniem dziedzicznym do chorób umysłowych, ulegają napadom bojaźni, wzruszenia, oblewają się zimnym potem, uczuwają ściskanie w żołądku, w piersiach i t. p., jeżeli nie przypominają sobie nazwiska rzeczy, miasta lub osoby, która w danej chwili zajmuje ich umysł. Napad ten nerwowy, bardzo przykry i uporczywy, ustępuje natychmiast po odnalezieniu poszukiwanego nazwiska.

(*Gazette hebdomad.* Nr. 39, 1885).

M. H.

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— **Towarzystwo lekarskie w Wiedniu.**

Posiedzenie z 16 Października 1885.

Doc. Riehl. *Nowa postać gruźlicy skóry* (*Tuberculosis verrucosa cutis*). Obok podostrej prosowatej gruźlicy skóry opisanej przez Jarisch'a (z wyrażnemi, ulegającymi rozpadowi, gruzłkami), wilka

(lupus) i tworów żółtawych skóry, R. stawia obecnie czwartą, nieopisaną jeszcze postać gruźlicy skórnej.

Jako asystent kliniki Kaposi'ego, obserwował R. całą seryję osobliwych wypadków. Były to okrągłe wysepkki na rękach i przedramionach, pokryte brodawkowemi naroślami. Dokoła podobnego wykwitu bywało z początku zaczerwienienie, na którem następnie występowały pryszczyki, pękaly i tworzyły strupy. W dalszym ciągu powierzchchnia wykwitu stawała się nierówną, grudkowatą, a po 5—6 tygodniach powstawały na niej brodawkowe narośle, pokrywające się warstwami rogowemi. Z zagłębien można było długo jeszcze przy ucisku wydobyc ropę; wreszcie jednak ropienie ustawało, a wykwity podobne były w tym okresie do zrogowaciałych brodawek. Po kilku miesiącach odpadały masy rogowe, a na miejscu wykwitu zostawała delikatna, siatkowata blizna. Niektóre wykwity goiły się pośrodku, a rozszerzały się jednocześnie u brzegu, wskutek czego powstawały pelzające (*serpiginosae*) formy.

R. widział dotychczas 15 podobnych wypadków, u osób w wieku lat 19—45, zupełnie zdrowych i silnych, nie dotkniętych żołąkami lub gruźlicą. Trzy z pomiędzy tych wypadków dotyczą kobiet (kucharek), pozostałe zaś dotyczą mężczyzn, mających do czynienia ze zwierzętami (rzeźnicy). Przebieg sprawy był wybitnie przewlekły, od 2 do 15 lat; recydywy w znacznych odstępach czasu zjawiały się prawie w każdym wypadku.

Przy badaniu mikroskopowem w pracowni prof. Kundrata znalazł autor (wespół z d-rem Paltaufem) w tworach opisanych gruzłki (komórki olbrzymie i t. d.) ze znaczną ilością laseczników gruźliczych.

Badanie kliniczne i histologiczne autora nad t. zw. brodawkami trupiemi (*Leichenwarze*, *tuberculum anatomicum*) dały takie same wyniki.

Osobniki, dotknięte wyżej opisanem cierpieniem, miały do czynienia z substancjami, które mogły łatwo zawierać jad gruźliczy; autor sądzi, że sprawa opisana jest bezpośrednio zaszczepioną gruźlicą skóry.

Przepowiednia jest dobra. Autor nie widział ani razu ogólnego zakażenia, mającego punkt wyjścia w tej miejscowej sprawie. Często natomiast następuje powolne zagojenie bez interwencyi lekarskiej. Autor zaleca niszczenie tworów tych żegadłem galwanicznym lub paquelinem.

(*Allg. Wien. Med. Ztg.* 1885, Nr. 42.

Funk.

Wiadomości bieżące.

— **Gabinet pneumatyczny** ma powstać wkrótce w mieście Łodzi („*Dziennik Łódzki*“ 6-go listo-

pada) i założony ma być przez pewnego bogatego a chorego na astmę człowieka z udziałem jednego z lekarzy miejscowych.

— **Uniwersytet krakowski** został zgromiony przez czasopismo „Wien. Med. Wochenschrift“, które przy sposobności rozpoczynającego się roku szkolnego odezwalo się w sposób następujący: „O uniwersytecie krakowskim mało co wiadomo; tam stronnictwo narodowe polskie większy wywiera wpływ, aniżeli ministeryjum, które tylko nader rzadko jest w stanie pozyskać tam zakres działania dla jednego ze swoich kandydatów.

(*Przegląd lekarski*, 43—1885).

— **„Ziemskaja Medicina“**, czasopismo poświęcone sprawom sanitarnym i innym sprawom lekarzy „ziemskich“ prawdopodobnie przestanie wychodzić z powodu braku prenumeratorów i współpracowników. Redakcja otwarcie występuje z oświadczeniem, iż nawet wydatków na druk pokryć nie jest w stanie, a redaktor ciągle zmuszony jest myśleć o zapewnieniu numerów, a nawet ekspedycyować pismo na pocztę osobiście. „Wracz“ (Nr. 43) podając wiadomość tę, powiada: „Niepodobna zachować obojętności wobec zamknięcia, jednego poświęconego sprawom „ziemskiej“ medycyny, czasopisma, tembardziej, że projektowana przez Kapustina i Rikera „Gazeta higieny i medycyny ziemskiej“ prawdopodobnie, przynajmniej w przyszłym roku, nie przyjdzie do skutku, z powodu wyjazdu redaktora, prof. Kapustina, do Warszawy“.

— **Ciekawa ze stanowiska sądowo-lekarskiego sprawa** rozbiegana była w sądzie wojskowym okręgu odeskiego. Pewien junkier otrzymawszy brutalną odmowę, gdy prosił o pozwolenie opuszczenia placu, uderzył sztab-kapitana w twarz. Ojciec podsądnego był chory umyślowo, sam zaś on cierpiał na padaczkę, a według opinii lekarzy, chory był podczas owej mustry na tyfus lekki (t. ambulatorius). Fakta te oczywiście, wraz z trudnością ćwiczeń i rozdrażnieniem chwilowem, przemawiają za nieprzytomnością. Zarządzono ekspertyzę.

(*Wracz*, 42—1885).

— **Ospa w Montread.** Stwierdzono w mieście tem 3,000 — 4,000 przypadków ospy; urząd zdrowia miejscowy notuje 48 przypadków śmierci we wrześniu z powodu tej choroby.

(*The Medical Record*, 3-go paźdz. 1885).

— **Przewożenie łachmanów z Hiszpanii** do Anglii zostało przez angielski urząd zdrowia wzbronionem. Zakaz ten jest prawomocny do 1-go stycznia.

(*The Brit. Med. Journ.* 7 listopada 1885).

— **Nowy szpital w Wiedniu.** W wydziale sanitarnym magistratu wiedeńskiego znajduje się o-

becnie na porządku dziennym sprawa założenia szpitala dla dzieci chorych na choroby zakaźne. Na ten cel miasto przeznaczą 30—40,000 florenów. Plan polecono wykonać radcy Leckisch'owi. Nie rozstrzygnięto jeszcze pytania, czy zakład ma powstać oddzielnie, czy przybudowany być ma do jednego ze szpitali dla dzieci w Wjedniu.

(*Wien. Allg. Med. Ztg.* 40—1885).

— Nadesłano do Redakcyi:

Prof. *S. Boudry*. De l'anesthesie en chirurgie oculaire. Paris, 1885.

Prof. *S. Boudry*. Fragments d'Ophthalmologie pratique (Blepharite, granuloma palpébral, Conjonctivite de douveau-nés, kerato-conjonctivite granuleuse etc.). Paris, 1885.

Dr. *Wicherkiewicz*. Choroba morska i skuteczny przeciwko niej wpływ kokainu. Odbitka z „Przeglądu lekarskiego“.

L. G. Wasiljew. Śluczaj wniematocznoy biermiennosti. Dód. do „Protok. Towarzystwa lekarskiego w Połtawie“.

— Treść 2-go numeru „Zdrowia“.

Artykuły oryginalne. Wyniki badania składu wody studzien miejskich oraz rzeki Wisły w Warszawie (str. 1).—Jak zabezpieczyć rodzaje od chorób pługowych, przez dra Józefa Kuniewicza ordynatora kliniki akuszerzyjnej ces. Warsz. uniw. (str. 4).—O klimatycznych stosunkach Warszawy, przez J. Kowalczyka, starszego astronoma obserwat. Warsz. (str. 10).—Przyczynę do kwestyi zanieczyszczenia powietrza przez gazy wydzielające się z wychodków, podał L. Nencki i P. Rakowski (str. 13).—Kuchniopiec niedopuszczający zczadzenia, przez K. Makowskiego, budowniczego (str. 16).—Od Redakcyi (str. 17).—*Dział sprawozdawczy.* Kilka słów o przewietrzaniu i opalaniu mieszkań (str. 20).—*Postępy praktyki sanitarnej.* Krótkie sprawozdanie o obecnym stanie robót około wodociągów i kanalizacji w Warszawie (str. 22).—Z następującej sposobności należy bezwarunkowo skorzystać (str. 24).—Przyrządy dezynfekcyjne w Warszawie (str. 24).—*Kronika.* Zdrowiska polskie.—Żyźni polscy w Londynie.—Stosunki meteorologiczne Warszawy.—Stosunki meteorologiczne Krakowa.—W sprawie opłaty za wodę.—Instytut położniczy.—Z prowincyi.—Asenizacja miasta Tulonu.—Asenizacja Barcelony.—Woda w Wiedniu.—Kongres lekarsko-hygieniczny w Peszcie.—Kongres niemieckiego stowarzyszenia higieny publicznej.—Zbiorowe badanie żywienia się ludności.—Odpoczynek niedzielny i wódka.—Produkcya i konsumpcya cukru.—Masło z oleomargaryny.—Środki kosmetyczne i ich szkodliwość.—Nowe wynalazki.—Tabela wskazująca ilość wody na mieszkańca w rozmaitych miastach.—Liczba gości w ważniejszych zdrojowiskach za rok bieżący.—Cholera.—*Dział statystyczny* (str. 36).—*Nadesłano.* Ujednostajnienie i skrócenie w oznaczeniu miar i wag metrycznych.—Książki otrzymane.