

## KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Patologija doświadczalna i Medycyna wewnętrzną.

120. SCHIFF. **Spostrzeżenia nad wpływem wyluszczenia gruczołu tarczowego.** *Revue Médical de la Suisse Romande Nr. 2, 1884).*

Wielokrotnie spostrzegano, że licznie w ostatnich czasach wykonywane wyluszczenia zwyrodnionego gruczołu tarczowego bywają często wikłane przez bardzo ciężkie i złośliwe przypadłości. Fizjologija już oddawna zwracała uwagę na to niebezpieczeństwo.

Autor omawianym przedmiotem zajmował się jeszcze w latach 1856 i 57 i wtedy już na podstawie szeregu operacyi wyluszczenia gruczołu tarczowego u psów, kotów, szczurów i świnek morskich przyszedł był do wniosku, że gruczoł ten znajduje się w ścisłym związku z układem nerwowym. Śmierć u psów następowała b. często w pierwszym zaraz tygodniu, morskie świnki żyły dłużej; za przyczynę śmiertelnego zejścia nie można było uważać ani rany, ani porażenia nerwu wstecznego, ani nerwów współczulnych szyi, ni też obrażenia n. błędnych. — Główniejsze z zauważonych wtedy objawów były: ogólne przygnębienie zwierząt, nieruchomość i senność. Spostrzeżenia te miały tę niedokładność, że trwały tylko przez 15 dni po operacyi; zwierzęta, które przez ten czas trzymały się dobrze uznawano, jako pozostające przy życiu, nie bacząc na ich dalsze losy.

Późniejsze badania autora wykazały:

1) że obnażenie gruczołu tarczowego i przecięcie n. zwrotnych nie wywoływa-

ło żadnych podobnych następstw, jak wycięcie gruczołu.

2) że tak samo bezkarnie można przeciąć gałązki n. krtaniowego górnego, towarzyszące głównym tętnicom omawianego gruczołu.

W ostatnich czasach autor rozpoczął nowy szereg spostrzeżeń i przedstawia objawy widziane po wyluszczeniu gruczołu tarczowego u zupełnie zdrowych zwierząt, nadmienając—że przy obecności zmian patologicznych w omawianym narządzie, objawy mogą się przeistaczać w wysokim stopniu.

Wszystkie zwierzęta zdechły w przeciągu od czterech do 27 dni po operacyi, najczęściej śmierć następowała 6—9 dnia.

Głównym z ogólnych objawów—była zupełna zmiana w zachowaniu się zwierzęcia; nawet najbardziej ożywione przed operacyją, w kilka dni, a niekiedy już następnego dnia stawały się ponure i senne, Raz zapadłszy w sen nie mogły być zbudzone zwykłymi sposobami, np. krzykiem. W ruchach można było zauważyć powolność i niepewność, od czasu do czasu zjawiały się włókienkowe skurcze w mięśniach uda, kończyn górnych, języka, stopniowe się wzmagające i dochodzące do podrywania mięśni. Przy wyższem spotęgowaniu się tych objawów dochodziło do tęzca, przerywanego niekiedy nieznacznem drganiem mięśni. Ogólny tęzec bywał zwykle zwiastunem niedalekiej śmierci i zdarzał się niekiedy już na 4 dni przed nią,

W obec dość częstego tęzca (Billroth siedm razy na 86 operacyi) u ludzi po wyluszczeniu zwyrodnionego gruczołu tarczowego—autor radzi zwracać baczną uwa-



gę na opisywane drganie włókienkowe mięśni, poprzedzające tężec, aby w razie ich zjawienia się po operacji—można było przedsięwziąć środki przeciw ewentualnemu rozwinięciu się tężca (środki narkotyczne).

Co się tyczy sfery czuciowej, to u kotów, a niekiedy i u psów można było zauważyć nadczułość, uwydatniającą się przez potrzebę ciągłego drapania się. — Czulość dotykowa znikła zawsze przed śmiercią, słabnąc w kierunku dośrodkowym. Wrażliwość na bodźce elektryczne była osłabioną, a niekiedy brak jej było zupełnie.

W układzie nerwów naczynio-ruchowych można było zauważyć zniżanie się tętniczego ciśnienia, zależne od zwolnienia naczyń—a nie od serca.

Zastanawiając się na temi rozmaitemi objawami autor skłania się do przypuszczenia, że gruczoł tarczowy wywiera wpływ na odżywianie ośrodków nerwowych—że w nim mianowicie odbywa się wytwarzanie odpowiedniego dla odżywiania tych narządów materiału (taką rolę nie przypada wyłącznie tylko omawianemu gruczołowi). Możliwe są jednak i inne hipotezy; dotychczas zaś badanie ośrodków nerwowych u operowanych zwierząt nie dały wyników, które by w czemkolwiek popierały wyżej wymienione przypuszczenie.

O. Hewelke.

121. T. ŻULIŃSKI. **O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.** (*Rzecz czytana na III-cim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w 1881 r. Przegląd lekarski Nr. 1—11, r. 1884.*)

Według ostatnich danych statystycznych następujące ilości tytoniu przypadają na jednego człowieka w rozmaitych krajach: w Nowej Walii południowej (w Australii) — 5500 grm., w Hamburgu i Bremie 3300 grm., w Stanach Zjednoczonych 2800 grm., w Hollandyi 2150, w Belgii 1850 grm., w Niemczech 1650

grm., w Austrii 1450 grm., w Danii 1100 grm., w Norwegii 1025 grm., we Francyi 865 grm., (w Paryżu 2050 grm.), w Hiszpanii 770 grm., we Włoszech 725 grm., w Anglii 650 grm., w Portugalii 630 grm., w Szwecyi 550 grm., w Rosyji 370 grm.

Co się tyczy rozmaitych sposobów użycia tytoniu, to autor przytacza w tym względzie następujące liczby:

	tabaka cyg. papier. fajki ogółem.			
Austria	97	220	14	1229 1450
Francja	190	99	22	554 865
Włochy	134	283	22	304 370
Rossja	40	18	33	278 370

Nadmienić wypada, iż ilość zużywanego tytoniu zwiększa się z każdym rokiem: we Francyi w ciągu 16 lat zwiększyło się użycie tytoniu o 34<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, we Włoszech w ciągu lat 15—o 26<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, w Rosyji w ciągu lat 16—o 76<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. W Austrii ilość używanego obecnie tytoniu przewyższa 8<sup>1</sup>/<sub>2</sub> razy ilość zużywaną przed 79 laty.

Tytuń działa na ustrój ludzki: 1) w postaci wyziewów — w fabrykach, 2) w postaci tabaki, 3) w postaci tytoniu do palenia, 4) lub żucia, 5) w postaci dymu domięszanego do powietrza.

Skład chemiczny liści zbadany został dokładnie przez chemików francuzkich Pelouze'a i Fremy'ego. Liście zawierają: potas, sodę, wapień, magnezję, żelazo, amoniak, kwasy: siarczany, solny, saletrzany, fosforowy i krzemowy, zasadę organiczną — nikotyne i kwasy organiczne: cytrynowy, jabłkowy, octowy, szczawiowy, pektynowy i uleminowy, nikocjaninę, żywicę żółtą i zieloną, wosk, drzewnik i niezbadane bliżej substancyje azotowe.

Skład ten surowych liści ulega wszakże licznym modyfikacyjom, zależnie od klimatu, gruntu, głównie zaś od gatunku samych liści: tytuń Havan, Bresil, zawierają 2,00<sup>0</sup>/<sub>0</sub> nikotyny, Virginia — 6,87<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, Lot—7,96<sup>0</sup>/<sub>0</sub>.

Zresztą skład chemiczny liści nie przedstawia szczególnego znaczenia i z tego powodu, że przy fabrykacyi ulega ważnym



zmianom. W ogólności ulegają liście przy fabrykacyi dwóm główniejszym operacyjom:

1) fermentacyi, przy której rozwija się ciepłota  $35^{\circ}$  R., poczem tytuń suszy się jeszcze, i

2) rozmaitym domieszkom dla smaku, zapachu lub łatwiejszego spalania.— Przy fermentacyi ulegają rozkładowi ciała białkowe, część nikotyny i kwasy organiczne. Do liczby domieszek należą rozmaite roztwory i odwary; sól kuchenna, saletra, salmiak, winian potasu, winogrona, maliny, jałowiec, jabłka, kawa, herbata, cynamon, gwoźdźniki, wanilja, kaskarilla, liście bobkowe, wino, wódka, miód, cukier, mleko, bursztyn, mastyks, kwas benzoesowy, nawet mocz i t. p.— Zważyć wypada, że skład chemiczny domieszek stanowi zwykle sekret fabryki, a więc zbadany być nie może. Cóż dopiero mówić o zafalszowaniach, do których używają się liście kapusty, buraków, kartofli i t. p., Niekiedy dodają się liście roślin: calendula odorata i melilotus officinalis, zawierające kumarynę wielce zbliżoną do nikotyny.

Co się tyczy składu chemicznego dymu tytoniowego, to dotychczas wykryto w niem następujące składniki: nikotyne, nikocyjaninę, kwas węglowy, niedokwas węglowy, siarkowódór, kwas pruski, octowy, mrówczany, maślany, kozłowy, octan, chloran i węglan amonjaku, kalidynę, pirydynę, pikolinę, lutodynę i t. p., a nadto: azot, cyjanek amoniaku, substancyje empirumatyczne, anilinę, parafinę, gaz błotny, kwas karbolowy, kreozot i rozmaite nieokreślone bliżej ciała aromatyczne i lotne rozpuszczalne i nierozpuszczalne w eterze i wysokiu.

Autor dla zbadania składu chemicznego i wykonywania doświadczeń fizjologicznych posługiwał się systemem flaszek Wulfa, połączonych z jednej strony z palącym się tytoniem, z drugiej—z gazometrem. Na 100 gramów tytoniu otrzymał autor 1—19 gramów popiołu. Przy

eksperymentach fizjologicznych używał Żuliński po części dymu w całym składzie, po części zaś—pozbawiając go tych lub owych składników: nikotyne wydzielał autor za pomocą kwasu siarczanego, kwas węglowy za pomocą potasu gryzącego (według Klauze'go znajduje się w dymie  $-9,2-13,6^{\circ}/_{0}$  kwasu węglowego), tlenek węgla ( $5,2-13,8^{\circ}/_{0}$ ), za pomocą chlorku miedziowego i t. p.

Doświadczenia fizjologiczne wykonane były na muchach dużych, na chrząszczach, żabach, wróblach, gołębiach, kurach, świnkach morskich i królikach, oraz na ludziach, a mianowicie: niepalących, mało palących i nałogowych palących. Przy doświadczeniach tych posługiwał się autor poczęści odpowiednio zbudowaną skrzynią z jedną ścianką szklaną, po części nieco otwartym od dołu kloszem szklanym, wreszcie pęcherzem którym owiżywano głowę zwierzęcia.— Dym wpuszczano z cygar, papierosów z cygarniczkami lub bez takowych, z fajek o długich i krótkich cybuchach, z gazometru, z nargili wschodnich i t. p. Nadto rozpatrzono wypadki kliniczne publikowane oraz sprawy sądowo-lekarskie.— Oto są głównejszy rezultaty doświadczeń:

Wielka żaba pod wpływem dymu z początku zaczyna się rzucać i oddycha forsownie, otwierając pyszczek ustawicznie, poci się, potem uspakaja się i siedzi nieruchomo, nie oddziałując nawet na uklucia. Następuje potem drżączka ogólna, przechodząca wreszcie w porażenie (z początku przednich kończyn, po tem—tylnych); po czem w 15—40 minut następuje śmierć.

Królik z początku siedzi spokojnie potem zaczyna się rzucać, drapie nos łapką, oddycha usilnie, ślini się, wydziela kał i mocz, dostaje gwałtownego bicia serca. Później dostaje drżączki ogólnej, kiwa głową, kładzie się na bok; chód staje się niemożliwym, oddech zwalnia się, źrenice rozszerzają się; występują drgawki, wre-



szcie tęzec, a po upływie 15—50 minut—śmierć; przy sekcyi krew okazuje jasnoczerwone zabarwienie, tkanki zaś—rózowe.

Dym z cygar pochodzący działa mocniej, niż pochodzący z fajki, w którą włożono podobne cygaro pokrajane, najslabiej zaś działa dym pochodzący z nargilów. Sok tytuniowy, który autor zastosowywał przez kanał pokarmowy, podskórnice, na język, naskórnice—działa w ogólności daleko gwałtowniej i szybciej niż dym. Dym „pozbawiony nikotyny truje żaby, króliki i inne zwierzęta, ale o wiele powolniej, albowiem śmierć następuje dopiero po upływie 1—2 godzin; drgawek i tęzca przy tem nie obserwowano, zmysł dotyku bywa zachowany; gaz, pozbawiony nikotyny, amonjaku i innych zasad, równie jak tlenku węgla, truje podobnie zwierzęta, z tą wszakże różnicą, że krew nie przedstawia już owego jasnego zabarwienia, a przeciwnie staje się ciemniejszą, (dowodzi to, że jasno-czerwona barwa krwi zależy głównie od tlenku węgla). Kolidyna, według Le Bon'a, działa równie zabójczo, jak nikotyna i kwas pruski, ale działanie jej jest nieco odmienne, mianowicie nie sprowadza ona tęzca i znieczulenia, tylko porażenie kończyn przednich, osłabienie ogólne i śmierć. Czwarta część kropli wprowadzona pod skórę żaby sprowadza śmierć w ciągu 10 minut, gdy dwudziesta część kropli sprawia ten skutek dopiero po upływie 3-ch godzin.

Człowiek po raz pierwszy palący okazuje następujące objawy: palenie w ustach i gardle, ślinotok, nudności, bóle w okolicy żołądkowej, zawrót i ból głowy, bledność skóry, zimny pot, wymioty, drżączkę i osłabienie. Z początku czuje on pewien rodzaj pobudzenia, a oddech i tętno bywa przyspieszone, wkrótce jednak ukazuje się duszność, bicie serca staje się wolnym i nieregularnym. Oddawanie moczu i stolca staje się częstym i obfitem i powstaje ogólny niepokój. Jeżeli, nie zwa-

żając na te objawy, człowiek wprowadza nowe ilości dymu (jak to miało miejsce naprz. w wypadkach opisanych przez Chevalier i Helwig'a, w których wypalono 12—28 fajek umyślnie, dla wygrania zakładu), wówczas wszystkie pomienione objawy wzmagają się, bicie serca staje się coraz słabszem, ból rozszerza się na cały brzuch, a wymioty stają się cuchnącemi, występuje przy tem stolec mimowolny, źrenice rozszerzają się, wreszcie występują drgawki, tęzec i śmierć. Dym pozbawiony nikotyny sprawia u osób nieprzyzwyczajonych do palenia—oprócz zjawisk miejscowych—nudności, zawrót i ból głowy, bicie serca i osłabienie ogólne. Podobne zjawiska sprowadza użycie soku tytuniowego, jak tego dowodzą liczne obserwacje rozmaitych autorów, dotyczące zastosowania środka tego w celach leczniczych.

Nikotyna użyta w małej ilości przez niepalących lub mało palących, pobudza nerwy zarządzające wydzielaniem gruczołów, przy użyciu zaś większych ilości sprowadza ich porażenie, i dla tego palacze nałogowi zwykle wydzielają mało śliny. Pod wpływem połykanej śliny przesyconej dymem błona śluzowa żołądka ulega pobudzeniu, skutkiem czego trawienie z początku niekiedy wzmacnia się, następnie wszakże pojawia się przewlekły nieżyt żołądka, brak łaknienia i t. p.

W narządzie oddychania dym działa głównie (pomijając podrażnienie błony śluzowej krtani i nieżyt tejże, połączony ze zmianą głosu) na unerwienie narządu. Zjawiska w sferze krążenia krwi zależą od działania trucizny na nerwy i mięśnie narządu cyrkulacji, a mianowicie od podrażnienia i następnego porażenia takowych. Powtarzając doświadczenia Claude Bernard'a nad błoną międzypalcową żaby, autor przekonał się, że tętnice pod wpływem dymu tytuniowego ulegają zwężeniu, podczas, gdy żyły przeciwnie rozszerzają się. Zawrót głowy objaśnia autor zwężeniem tętnic, objawy zaś prze-



krwienia — rozszerzeniem żył. Bładość twarzy i niżenie ciepłoty zależy podobnie od zwężenia tętnic. Ale najwidoczniejszy wpływ wywiera palenie na układ nerwowy i mięśniowy. Przedewszystkiem występuje pobudzenie nerwowe, potem osłabienie, a następnie drgawki, tężce i porażenie. Objawy w mięśniach zależą również od wpływu na nerwy, albowiem jeżeli, przed nasyceniem zwierzęcia dymem, przetniemy którykolwiek nerw i dopiero wówczas poddamy je wpływowi dymu, to mięsień nie straci odpowiedniej zdolności kurczenia się pod wpływem strumienia elektrycznego.—Na narządy zmysłów działa dym, o części bezpośrednio, po części zaś sprowadzając nieżyty i obrzmienia błon śluzowych.

Nie będziemy przytaczać tu doświadczeń nad działaniem czterech główniejszych składników dymu (nikotyny, tlenku węgla, kwasu pruskiego i amoniaku); doświadczenia te dowodzą, że każda z tych części składowych wywiera pewien szkodliwy wpływ na ustrój. Wspomniemy pokrótce tylko o wynikach obserwacji klinicznych:

Ostre otrucie dymem tytoniowym zdarzają się: u każdego nowicyjusza: 1) przy użyciu znacznej ilości tytoniu, 2) po dłuższym pobycie w miejscach, gdzie pali kilka osób jednocześnie, 3) przy nieostrożnem wykonywaniu okadzań leczniczych, 4) przy umyślnie wykonywanych próbach, zakładach i t. p. Ostre otrucie często pozostawia po sobie następstwa przykre na całe życie.

Przy otruciu przewlekłem (u namiętnych palaczy), napotykamy następujące zjawiska chorobowe: nieżyt przewlekły gardzieli, żołądka i kiszek, bicie serca i tętno przerywane (Decaisne obserwował to ostatnie zjawisko u 8 z ogólnej liczby 43 palących, Lée obserwował na 88 wypadków — u 8, autor zaś na 115 wypadków — u 43); niekiedy osłabienie ścianek serca i tętniaki, dusznica bolesna, duszność (dyspnoea nicotica), bóle w klatce

piersiowej (pleurodynia), kongestje do głowy, przytępienie słuchu, rozszerzenie źrenic (mydriasis nicotica), niedoślep (amblyopia nicotica), scotoma. W sferze psychicznej z początku występuje pewien stopień pobudzenia, następnie zaś przynębianie, stopniowe osłabienie pamięci; niektórzy obserwowali halucynacje i inne zбочzenia umysłowe, zwłaszcza zaś porażenie postępujące.

Przewlekłe otrucie fałszywie niektórzy nazywają przyzwyczajaniem. Już sama okoliczność, że dym zawiera 5, 2—13,8% tlenku węgla i 9,2—15,5% kwasu węglowego przeczy takowemu twierdzeniu na podstawie najprostszych wskazówek higieny; tu zaś mamy jeszcze do czynienia z kilku silnymi truciznami.

Co się tyczy uwag higienicznych, to autor przedewszystkiem zgadza się z Osterlen'em i Pappenheimem, iż zawsze było by rzeczą pożądaną wykreślić tytuń zliczby używanych przez nas artykułów i dobrze byłoby, aby go wcale nie było.— W każdym razie, ponieważ słowa te na długo jeszcze pozostaną bez skutku, należy przynajmniej pamiętać o następujących przepisach:

Najmniej szkodliwy sposób palenia przedstawia użycie nargili.

Długie cybuchy są najwłaściwsze, i w ogólności palenie z fajki mniej szkodzi, niż użycie cygar lub papierosów.

Potrzeba od czasu do czasu czyścić fajki i cybuchy, a nawet zastępować je nowemi. Najszkodliwsze są krótkie fajki gliniane, używane w Niemczech, Holandyi i innych krajach; nasiakają one łatwo sokiem tytoniowym i, drażniąc błonę słuzową ust, sprzyjają tworzeniu się grzybów a nawet raka warg (?) Dla tych też względów palenie cygar szkodliwszem jest niż palenie fajek.

Jakkolwiek papierosy robione są zwykle ze słabszych gatunków i tytoń w nich nie jest tak zbity jak w cygarach, z drugiej strony wszakże bibułka papierosowa paląc się wytwarza zawsze obok innych



produktów krezot mocno drażniący oczy palących.

Użycie cygarniczek zmniejsza w ogólności przykre następstwa. Podobnież działa i zakładanie waty w papierosy.

Nie należy nigdy dopalać fajki ani cygar, albowiem ogarki zwykle przesiąknięte są sokiem tytuniowym.

Nie należy zaciągać się dymem.

O wiele mniej szkodliwym jest palenie na świeżem powietrzu, niż w pokojach, i w ogólności energiczna wentylacja przy paleniu jest niezbędną.

Palenie na czczo jest najszkodliwszem, podobnie, jak palenie na noc (naprz. zwyczaj palenia w łóżku), kiedy drzwi i okna są zamknięte i niema wcale wentylacji naturalnej.

Policyja lek. powinna wziąć w opiekę niepalących, ochraniać ich od wpływu dymu palaczy, ograniczać szerzenie się użytku tytoniu; niezbędne są zatem odpowiednie przepisy we wszelkich zakładach publicznych, restauracjach, kawiarniach, oraz w biurach, czytelnich i t. p. Podobnież wzbronione być powinny surowo wszelkie zafalszowania.

Wreszcie ważnem jest współdziałanie w sprawie wytępienia lub przynajmniej ograniczenia nałogu społecznego, a więc zakładanie i wspieranie towarzystw wstrzeżliwości.

J. Polak.

122. E. BARIÉ. **Przyczynę do nauki o ostrem zapaleniu tętnic w następstwie gorączki durowatej.** *Contribution à l'artérite aiguë consécutive à la fièvre typhoïde.* (*Revue de med.* 1884.—1 i 2).

Wszyscy prawie klinicyści zgadzają się, że w przebiegu duru brzusznego zdarzają się niekiedy powikłania zgorzelinowe, a szczególnież zgorzel kończyn. Powstawanie tych zgorzeli objaśniają rozmaicie, większość jednakże utrzymuje, że zależą one od zarośnięcia światła naczyń, które może mieć miejsce w żyłach (Gigon) lub tętnicach (Patry, Larroque), w skutek zapalenia ich ścianek.

Hayem, opierając się na zmianach, spostrzeganych w sercu u niektórych chorych ze zgorzelą kończyn po tyfusie, utrzymuje, że zarośnięcie światła tętnic jest pochodzenia zatorowego, a nawet i wówczas, kiedy w sercu żadnych zmian nie ma, zatory mogą pochodzić z układu tętniczego, który w wielu miejscach mógł uleść sprawie ateromatycznej. Trudniej objaśnić to w przypadkach zarośnięcia światła naczyń u osób młodych bez zmian w tętnicach. Wtedy przyjąć by trzeba teorię Murchisona i Fabre'a, którzy przyjmują teorię zależności zakrzepów w naczyniach od zmian w składzie krwi. Benini w 1867 r. oświadcza, że tyfus, cholera i okres porodowy mogą wywoływać skrzepy w naczyniach w skutek pierwotnych zmian w składzie krwi, co przypomina zakrzepy per inopexiam (Vogel) i zakrzepy marantyczne (Virchow). Niektórzy autorzy, jak Virchow, Charcot i inni spostrzegali zakrzepy tętnicze w różnych chorobach, jak gruźlica, rak, i t. p.

Wszystkie te spostrzeżenia odnoszą się do ludzi starych, u których mogły być głębsze zmiany w tętnicach, a gruźlica i charłactwo rakowe mogły przyspieszyć tworzenie się zakrzepów. Bliżej rozbiegając kwestyję tworzenia się zakrzepów, trzeba zgodzić się ze zdaniem Lancereaux, że dobrowolne zarośnięcie światła tętnic, czyli zakrzep marantyczny, jest prawie niemożliwym, tembardziej zaś w tyfusie, gdzie zmiany zachodzące we krwi, są prawie żadne.

W ogóle, jeżeli w przebiegu tyfusu brzusznego istnieją zmiany w sercu i następuje zamknięcie światła tętnic, to jest ono zawsze pochodzenia zatorowego; jeżeli zmian w sercu niema, to bywa ono skutkiem następczego zakrzepu z powodu sprawy zapalnej w ścianach naczyń.

Zapalenie ścian tętnic — arteritis — w przebiegu tyfusu dotychczas mało było uwzględniane; Cruveilhier, Virchow, Rokitansky, Trousseau i inni, uważają je



jako sprawę następczą wskutek zatoru, wywołującego, jako obce ciało, w ścianie tętnicy zapalenie przez ciągle drażnienie. Nowe prace mają na celu dowieść, że zapalenie ścianek tętnic w tyfusie może być sprawą pierwotną, podobnie jak i w innych chorobach zakaźnych: w porodzie (Simpson), ospie (Brouardel); błonicy (H. Martin), zakażeniu malarycznym (Lancereaux), gruźlicy i syfilisie (Heubner, Fournier, Lancereaux).

W przebiegu tyfusu, podług autora, spostrzegają się dwie postaci zapalenia tętnic:

1) arteritis typhoidea obliterans — z zupełnym zamknięciem światła naczyń i następczą zgorzelą, i

2) arteritis typhoidea parietalis, kiedy tętnice nie zupełnie są zamknięte; w tej ostatniej postaci wyzdrowienie jest regułą.

Streściwszy 11 przypadków zupełnego zamknięcia światła tętnicy (arter. typh. oblit.), znanych dotychczas w literaturze, autor zajmuje się anatomiją patologiczną tego cierpienia.

Zmiany spostrzegane w tętnicach przy zapaleniu ich w przebiegu tyfusu nie mają nic swoistego; w średniej warstwie odbywa się komórkowe nacieczenie włókien mięśniowych i sprężystych, przechodzące następnie po części w tkankę zbitą warstwy zewnętrznej, po części wytwarzające nierówności i wyniosłości na wewnętrznej ścianie tętnicy, która traci swą gładkość i połysk. Niekiedy wszystkie trzy warstwy tak są zajęte sprawą chorobową, że nietylko trudno odróżnić jedną od drugiej, lecz trudno także znaleźć pierwotne siedlisko sprawy zapalnej. Częściej zapalenie więcej rozszerza się na błonę wewnętrzną, która staje się nierówną. Może się do tego przyłączyć i zapalenie tkanek okołotętnicznych (periarteritis), które wywołuje silne bóle. Tętnice, zajęte sprawą zapalną, tracą sprężystość, ich ściana wewnętrzna staje się szarą i bez blasku.

Następstwem tego bywa: zniknięcie gładkości wewnętrznej błony tętniczej i zwężanie się światła tętnic, co sprzyja tworzeniu się skrzepów (zamykających). Zakrzep następczy przedstawia się w początku pod postacią masy krwawej skrzepłej, która następnie się odbarwia, staje się szarą i zrasta się ze ścianą naczynia. — Po zupełnym zamknięciu tętnicy tworzy dość twardy sznurek cylindryczny, który niekiedy można wyczuć z zewnątrz. — Następczy zakrzep powstaje stopniowo, a zgorzel zjawia się znacznie później, niż przy zatorowym zamknięciu tętnicy. Niektóre warunki sprzyjają powstawaniu zgorzeli, a mianowicie: zakrzep wywiera na ściankę naczynia wpływ drażniący, powiększający stan zapalny; mogą także powstawać zatory, zamykające światło drobnych naczyń i zwiększające przeszkody w krążeniu krwi. W każdym przypadku następuje zgorzel sucha, niekiedy powikłana zgorzelą wilgotną wskutek zapalenia sąsiednich żył z następczym ich zakrzepem. Zgorzel powstaje zwykle w miejscu bliższym ogniska zapalnego.

Arteritis typhoidea oblit. zajmuje najczęściej tętnice kończyn dolnych. Na 7 przypadków zakończonych sekcją: 6 razy było w tętnicach kończyn dolnych i zawsze po stronie prawej, raz w art. carotis ext., 3 razy w art. tibialis post., a po razie w art. tibialis ant., art. poplitea i art. femoralis; ze wszystkich przypadków (13) tylko dwa razy spostrzegano omawianą sprawę w obydwóch kończynach. Może ona jednak powstawać i w narządach wewnętrznych, Hayem spostrzegał ją w nerkach i śledzionie z następczemi zawałami krwotocznymi, a Martin i Giraudeau widzieli ją w tętnicach wieńcowych serca. W sercu następstwem jej bywa zapalenie mięśnia sercowego (myocarditis); w mięśniach prążkowanych — ogniska krwawe i zapalenie (myositis), a w narządach wewnętrznych — zawały krwotoczne.

Zapalenie tętnic zamykające przyłącza się do tyfusu najwcześniej 13-go dnia cho-



roby, a najpóźniej 26 dnia. Pierwszym objawem jest zwykle ból, który może zjawić się nagle i być tak mocnym, że wywołuje bezsenność. Częściej jednak powstaje stopniowo, poprzedzany uczuciem zmęczenia i ciężkości w kończynie. Ból zwykle bywa umiejscowiony ściśle na tętnicy zajętej procesem, zwiększa się podczas ruchu lub wskutek ucisku. Według Legroux'a, bóle stają się dopiero wówczas silne, kiedy sprawa przechodzi na tkanki, otaczające tętnicę. Niekiedy bóle rozszerzają się na całą kończynę. Następnym objawem, spostrzeganym już w początku cierpienia, jest osłabienie tętnienia w zajętej tętnicy; osłabienie to coraz się zwiększa, aż do zupełnego zniknięcia. Współcześnie następuje mniejsze lub większe obrzmienie chorej kończyny bez obrzęku i z zachowaniem jej kształtu. Skóra nie bywa zaczerwienioną, lecz na niej zjawiają się sine plamy, zajmujące znaczną przestrzeń, przyczem bywa zwiększenie wydzieliny potu, zależne od podrażnienia włókien nerwu współczulnego, przebiegających w tętnicy. Z innych objawów spostrzega się uczucie zimna i mrowienia na skórze.

Przy zupełnym zamknięciu światła naczyń, na przebiegu jego wyczuwa się twardy sznurek, zależny od zakrzepu, wypełniającego tętnicę.

Obraz choroby kończy się zgorzelą, która może nie nastąpić, jeżeli wytworzy się dostateczne krążenie uboczne.

*Arteritis typhoidea parietalis* jest tylko słabszym stopniem cierpienia opisanego powyżej. Autor podaje 10 przypadków choroby, którego objawy początkowo niczem nie różnią się od objawów pierwszej formy zapalenia tętnic. Zjawia się ono zwykle w okresie rekonwalescencji, najwcześniej 22-go najpóźniej 58 dnia tyfusu; prawie wyłącznie tylko na kończyn. dolnych i to po str. lewej. Ból w tej formie choroby bywa mniej silny, niekiedy rozszerzający się na całą kończynę. W większości przypadków bywa znaczne osłabie-

nie tętnienia, które może zupełnie zniknąć; lecz w niektórych przypadkach zniknięciu poprzedza znaczne wzmoczenie się wielkości fali. Obrzmienie kończyn zdarzające się i w tych formach zapalenia tętnic ustępuje prędko; nie spostrzega się zaś ani plam sinych na skórze, ani obrzęku, ani twardego sznurka na przebiegu tętnicy. Przebieg tej formy choroby jest dość prędko; trwa około dwóch tygodni, chociaż uczucie zmęczenia w kończynie może pozostać dłużej.

Co się tyczy rozpoznania ostrego zapalenia tętnic w przebiegu tyfusu brzusz- nego, to można je mieszać z bólami mięśniowemi (myalgia), zwykłemi po tyfusie, również z zapaleniem mięśni (myositis) i z bólami nerwowemi (neuralgia). Umiejscowienie bólów na tętnicy, osłabienie tętnienia, a przeważnie obecność twardego sznurka na przebiegu tętnicy są dostateczne dla odróżnienia powyższej sprawy.

Jeżeli nastąpiło już zupełne zamknięcie światła tętnicy, cechujące się obecnością wyczuwalnego zakrzepu — wtedy można przyjąć cierpienie za phlegmasia alba dolens, tak często się zdarzające w tyfusie. Lecz w tem ostatniem cierpieniu mamy obrzęk kończyny, a następstwem tego bywa zgorzel wilgotna, podczas gdy w zapaleniu tętnic nie bywa obrzęku, a sprawa zapalna się kończy zgorzelą suchą.— Łatwo także odróżnić arteritis, od zapalenia naczyń chłonnych, choćby na podstawie obecności czerwonego sznurka na przebiegu naczyń chłonnych i obecnością wtórnego cierpienia gruczołów. Aby rozpoznać, czy zamknięcie tętnicy jest następstwem sprawy zapalnej na miejscu zamknięcia, czy też skutkiem zatoru, pochodzącego z serca lub naczyń, szukać trzeba zmian w sercu i naczyniach, które będą najlepszą wskazówką. Zresztą w sprawach zatorowych objawy powstają prędko, prawie nagle, bóle są mocniejsze, tętnienie ustaje natychmiast i zgorzel nie daje na się długo czekać. Obecność zbroceń w krążeniu w różnych miejscach, oddalo-



nych od siebie, jest również wskazówką dla rozpoznania zatoru.

Z punktu widzenia patogenicznego arteritis typhoidea jest wynikiem dwóch głównych czynników: ciągłego i powolnego drażnienia ścianek naczyń przez zarodki pasorzytnicze (*bacillus typhosus*; Klebs, Eberth, Letzerich i inni) i głębokich zbroceń w unerwieniu naczyń ruchowem. W przypadkach arter. parietalis większą rolę grają zbroczenia nerwowe. Wzmocnienie tętna spostrzegane przed samem jego zamknięciem zależy od porażenia nerwów naczyń ruchowych, a obniżenie ciepłoty kończyn i osłabienie tętnienia są skutkiem niedokrewności tętniczej miejscowej, z powodu skurczu naczyń w następstwie ich porażnego rozszerzenia. Umiejscowienie cierpienia w kończynach dolnych objaśnić można tem, że choroba powstaje najczęściej w okresie wyzdrowienia, kiedy chorzy zaczynają stawać i chodzić. Kończyny więc, jako najbardziej ulegające wówczas zmęczeniu, są miejscem, gdzie zapalenie tętnic przeważnie się umiejscawia.

Co się tyczy wskazań leczniczych to w lekkich przypadkach wystarcza spokój, środki łagodzące, obwijanie kończyn i kąpiele ciepłe. W cięższych przypadkach zwrócić trzeba uwagę przeważnie na utrzymanie sił chorego i zastosować odpowiedni antyseptyczny opatrunek.

*M. Hopfenblum.*

123. W. LUBLIŃSKI. **Szmary przy wadach zastawek słyszane na odległość.** (*Ueber Distanzgeräusche bei Herzklappenfehlern.* (*Zeit. f. klin. Med.* VII B. V H.)

Możność wysłuchiwania szmerów serca na pewną odległość od chorego, bez pomocy słuchawki, zdarza się tak rzadko, że wielu autorów nie przyjmowało wcale ich istnienia. Dopiero prace Ebsteina i zwłaszcza Tittingera usunęły odnośne wątpliwości, ostatni wymyślił dla podobnych zjawisk nazwę „Distanzherzgeräusch”.

Pochodzenie tych szmerów bywa różne, autor zajmuje się tylko powstającemi w sercu i w wielkich naczyniach.

Odległość, na jakiej dają się słyszeć omawiane szmary, bywa b. rozmaita, zwykle podają od 15 cent. do 2 metrów, Bauer w pewnym przypadku słyszał je nawet o 10 kroków od chorego. Szmary te trwają przez cały przeciąg choroby, niekiedy jednak występują tylko chwilowo, np. po znaczniejszem pobudzeniu.

Charakter ich również odznacza się różnaitością, chociaż zawsze zachowuje pewien przydźwięk metaliczny. Porównują go w rozmaitych przypadkach z gruchaniem gołębi, zgrzytem piły, skrzeczeniem żab, często bywa tak nieznośnym, że stanowi główny przedmiot skarg chorego. Szmary odległościowe spotykano przy wszystkich wadach zastawek serca; z wyjątkiem zastawki trójkończystej i niedostateczności zastawek tętnicy płucnej; spostrzegano je też przy tętniakach aorty; najczęściej jednak zdarzają się przy zwężeniu ujścia aorta, znacznie już rzadziej przy niedostateczności zastawek aorty. Autor opisuje dwa takie przypadki. Przy zwężeniu ujścia tętnicy płucnej szmer odległościowy spostrzegano dotąd tylko raz jeden (Solomon), autor miał sposobność widzieć w ostatnich latach aż 3 przypadki, co prawda na b. znaczną liczbę chorych sercowych (około 900).

Co się tyczy warunków powstawania omawianego zjawiska, to Ebstein twierdzi, że może ono się zjawiać *tylko przy wzmożonej do najwyższego stopnia pracy serca.* Tłumaczenie jego, trafne dla przypadków, w których szmary te występowały tylko chwilami, po gwałtownem wzruszeniu i t. p., nie wystarcza tam, gdzie słychać je było bez przerwy. W tych razach za przyczynę można uważać *zwapnienie zastawek, przy czem niekiedy wytwarzają się blaszki zdolne do b. rozwiniętego drżenia, przedziurawienia zastawek i pęknięcia, ścięgien* mięśni brodawkowych. Za ostatniem przypuszczeniem przemawia



nagle występowanie szmeru, po niezwykłym zmęczeniu, wysiłku.

Przy wymienionych ostatnio przyczynach — które są w stanie wywoływać szmer przez proste drżenie, bez nadmiernej pracy serca, omawiane słuchowe zjawisko może utrzymywać się stale.

Rokowanie w każdym razie będzie b. wątpliwem. W jednych bowiem przypadkach grozi rychłe wyczerpanie serca, w drugich zaś obawa spraw zatorowych. Na leczenie obecność odległościowych szmerów wpływu wywierać nie może — będzie ono zależało od danych objawów i stanu chorego osobnika.

Zauważono jednak, że nawet przy polepszeniu ogólnem sam szmer nie ulegał nigdy jakiegokolwiek zmianie.

O. Hewelke.

## II. Farmakologija.

124. Dr. ANDEER. **Zastosowanie rezorcyny przy chorobach błon śluzowych.** *Das Resorcin in seiner Anwendung bei den Krankheiten der Schleimhäute.* (*Wiener med. Presse* Nr. 6, 7, 9).

Rezorcyna, oprócz własności przeciwnie, wywiera swoisty wpływ na błony śluzowe: drażniąc takowe nie boleśnie, działa ściągająco, przeistacza nadmierną wydzielinę śluzu i ropy, jako też przyczynia się do wytwarzania się nabłonka i ziarnicy. W skutek tego może być z korzyścią stosowaną w razach, gdzie używa się zazwyczaj azotanu srebra lub innych środków ściągających. Przy chorobach błony śluzowej jamy ust, trąbki Eustachiusza przewodów łzowych i usznych, etc., środki drażniące lub ściągające działają albo zbyt energicznie, albo też za powolnie, przez co choroba się przewleka, lub też tworzą się blizny, powodujące zwężenia, które wpływają szkodliwie na czynność narządów. — Następstw tych unika się, stosując rezorcynę w formie kryształów, maści lub roztworu.

Autor przytacza w krótkości wyniki

sposprzeżeń, czynionych wspólnie z dentystami, iż rezorcyna jako środek przeciwnie, drażniący, ściągający i znieczulający, powinna znaleźć znakomite zastosowanie w dentystyce. W samej też rzeczy, jak potwierdzają dotychczasowe obserwacje, może ona zastąpić w zupełności kwas arsenowy, jodoform, fenol, nadtol etc.

Przy chorobach dziąseł oddaje dobre usługi pasta przyrządzona z równych części rezorcyny i waseliny z dodatkiem gliceryny.

Autor nie czynił dotychczas sproszeń nad przewodem pokarm. i oddechowym przytacza tylko obserwację jednego technika, który został radykalnie wyleczony z przewlekłej choroby płuc, którą uważano za gruźlicę (?), od czasu gdy zaczął pracować w fabryce rezorcyny.

Dalej autor wspomina o przeszło 200 przypadkach błonicy różnych błon śluzowych, wyleczonej za pomocą omawianego środka, i kończy swoją pracę przypuszczeniem, iż błonica najczęściej rozpoczyna się, jako choroba miejscowa, która dopiero następnie staje się ogólną, jak to ma miejsce przy ukąszeniu żmii, zakażeniu jadem trupim etc.

W końcu autor poleca jako środek przeciwnie maść rezorcynową do smarowania narzędzi, służących do rękoczynów chirurgicznych i wewnętrznego badania.

C. Stiche.

## III. Chirurgija.

125. I. W. TROICKIJ. **Matierjały k uczeniu ob epidiemiczieskom periparotitie.** *Diss. St. Petersburg* 1883 str. 167.

Przeważną część rozprawy autora (150 str.) stanowi staranne zestawienie prac obcych co do natury tej choroby, jej objawów, przebiegu, powikłań etc., i dla tego jest trudną do streszczenia. Ograniczymy się zatem na skreśleniu pod-



ług kompilacji autora treściwego obrazu tej choroby.

*Periparotitis epidemica*, jak ją nazywa T. (pomimo licznych jej nazw), jest to choroba zakaźna, zaraźliwa, pojawiająca się przeważnie w strefach umiarkowanych i chłodnych obu półkul i atakująca głównie dzieci (pomiędzy 5—15 rok.), przeważnie płci męskiej, i żołnierzy młodych. Monin zwraca uwagę, że chorobie tej podlega zwykle młodzież w okresie dojrzałości płciowej. Co do pory roku, to na zimę i wiosnę przypada  $\frac{2}{3}$  wszystkich spostrzeganych epidemii, na jesień  $\frac{1}{16}$ , lato  $\frac{1}{27}$ ; najwięcej epidemii spostrzegano podczas zimy chłodnej i wilgotnej.

Do charakterystycznych własności epidemii należy i ta, że panuje nieraz w bardzo ciasnym kole, w pewnym gmachu (Jacob, Juloux, Gérard) wybiera za siedlisko jedno piętro lub pokój.

W ślinie i krwi chorych badacze znaleźli szczególne mikroby (Capitan, Charin, Vèdrènes, Bouchard). Calmette zwraca uwagę na antagonizm pomiędzy ospą a zarazkiem periparotitidis; ciężkie formy ostatniej z lokalizacją w jądrach spostrzegano u tych żołnierzy, których przed epidemiją nie poddano rewakcytacji i przeciwnie; u osobników, którzy przebyli ciężką postać periparotitidis, rewakcytacji nie udawała się. Jednorazowo przebyta, periparotitis, podług większości autorów ochrania od powtórnego zachorowania.

Okres inkubacji trwa średnio 12—14 dni. W okresie zwiastunowym (1—2 dni) dorośli uskarżają się na rozstrój ogólny i uczucie niemiłe w okolicy ślinianki przyusznej, dzieci zaś, lekko gorączkując, doznają w niej bolesności, bólu przy poruszaniu szczęki dolnej, a nieraz ulegają niezbytowi kiszek i żołądka z wysoką gorączką. Bezpośrednio za tym okresem wybuchu choroba często w ciągu jednej nocy w postaci obrzmienia w okolicy ślinianki przyusznej, które następnie rozszerza się, dochodząc do oka, kąta ust i do obojczyka; stopniowo obrzmiewa także okoli-

ca podszczękowa z udziałem gruczołu podszczękowego i podjęzykowego. Silne napięcie i obrzmienie otokowe zależy od położenia anatomicznego ślinianki, samo obrzmienie uciska część boczną gardzieli, krtani, sprowadzając zwężenie (w rzadkich wypadkach śmiertelne), wytłacza migdałki, ścieśniając paszczę (isthmus faucium).

Ztąd to poruszanie szczęki, polykanie, oddech, stają się nadzwyczaj utrudnionymi i bolesnymi. Objawy te, rozumie się, są o wiele groźniejsze, jeżeli proces jest obustronnym; rzadko jednak bywa takim z samego początku, zwykle zaś obrzmienie z drugiej strony występuje dopiero po 2—3 dniach. Stosunek jednostronnych do obustronnych zapaleń ślinianki ma się jak 1:1.8. Wydzielanie śliny częściej zmniejsza się lub zupełnie ustaje; pod tym względem zresztą zdania autorów są różne, co Pinet objaśnia zmiennością tej czynności w rozmaitych okresach choroby. Stale towarzyszy chorobie gorączka, pojawiająca się już w okresie zwiastunowym; wzrastając, utrzymuje się do chwili, kiedy obrzmienie przestaje powiększać się (3—5 dnia) i znika jeszcze przed ukończeniem sprawy chorobowej, po 5—7 dn.; ciepłota z eksacerbacjami wieczornymi zwykle nie przechodzi 39°, chociaż w cięższych postaciach dosięga 40°. Po 4—7 dn. przy poacie krytycznym obrzmienie stopniowo znika wraz z innymi objawami. W b. rzadkich atoli przypadkach tworzy się ropień.

Bardzo często (35,4%) jest umiejscowienie choroby w jądrach osobników płciowo dojrzałych; występuje ono nieraz wcześniej, niż w śliniance, ale najczęściej podczas zajęcia ostatniej, 6—8 dnia, lub w okresie znikania obrzmienia. Bywają też epidemie wyłącznie orchitidis periparotidaeae.

W razie orchitidis obustronnej po zajęciu jednego jądra, w 2—4 dni obrzmiewa drugie. Gorączka (febris testicularis — Morton) ma tu ten sam przebieg, co wyżej.



Po 5—6 dniach obrzmienie znika bez śladu, ale często (w większej części wypadków), następuje zanik miększu jądra wraz z upadkiem siły płciowej i rozwojem kobiecości (feminismus). Zanik tego gruczołu Jourdan objaśnia uciskiem, jaki wywiera przekrwienie w okresie obrzmienia na mięsz, chociaż przypuścić można, że sam czynnik chorobotwórczy bezpośrednio działa na tkanki jądra.

Umiejscowienie w jajnikach spostrzegano rzadziej, być może wskutek trudności zbadania ich u dziewczyc; oprócz bólu w okolicy jajników i ich obrzmienia, obserwowano w różnych postaciach nieprawidłowości miesiączkowania u kobiet, mających periparotitis epidem. Częściej widziano lokalizację w pochwie i wargach wielkich w postaci szybko rozwijającego się obrzmienia jedno—lub obustronnego, znikającego po kilku dniach. Lokalizacja w gruczołach mlecznych u kobiet płciowo dojrzałych zdarza się również często, jak w jądrach u mężczyzn; spostrzegano ją także u chłopców (Rizet, Lemarchand), a Merlini opisał u chłopca 16-letniego mastite d'emblée bez udziału gr. przyusznego. Oprócz tego, choroba sadowi się także w cewce (urethritis periparotidea), przyprąciu (prostatitis).

Z powikłań wymienić wypada: zapalenie migdałków, gardzieli, zacem w dalszym ciągu idzie zapalenie trąbki Eustachijusza i ucha średniego, sprowadzające wyciek z ucha i utratę słuchu; dalej udział gruczołów podszczękowych i podjęzykowych, zaburzenia żołądkowe w okresie bezgorączkowym, zapalenie oskrzeli i płuc, zapalenie nerek z białkomoczem i wodną puchliną, jak przy płonicy, rozlane zapalenie łącznicy. Nieraz spostrzegano podczas choroby objawy durzycowe, mianowicie po zniknięciu obrzmienia w okolicy gruczołu przyusznego, lub też przed ukazaniem się ostatniego, albo przy lokalizacji w jądrach; w innych przypadkach, szczególnie u dzieci, widziano objawy za-

palenia mózgu, lub jego opon—w wyjątkowych razach z zejściem śmiertelnem.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych, to na zasadzie charakteru obrzmienia (ciastowatość, skłonność do rozszerzania się daleko po zagranice parotidis), obrazu klinicznego i oględzin pośmiertnych wnioskować można, że sprawa chorobowa — mianowicie otok ostry tkanki, b. rzadko dochodzący do ropienia, ogniskuje się prawie wyłącznie w tkance, otaczającej sliniankę; ostatnia zaś przyjmuje tylko udział bierny, chociaż nie można w zupełności zaprzeczyć możliwości jej współdziałania czynnego (Bégin). Przy zapaleniu jądra zaś sam mięsz tego gruczołu zostaje zajęty z szybko następującym stwardnieniem (Réclus, Malassez), ale dotychczas nie znany jest w zupełności charakter sprawy anatomo-patologicznej.

Rokowanie quoad vitam b. pomyślne. W przypadkach nader rzadkich następuje śmierć wskutek uduszenia, powikłań i umiejscowienia w narządach ważnych lub krwotoku (z ust, nosa, ucha—Lonyer—Villermay); quoad valetudinem completam nader niepomyślne dla osób płciowo dojrzałych ze względu na zanik jąder, dla dzieci choroba ta nie jest groźną i ochrania od recydywy w okresie dojrzałości płciowej.

Leczenie zapobiegawcze: oddzielenie chorych od zdrowych powinno być wykonywane również energicznie jak przy innych chorobach zaraźliwych. Ze środków przeciw parotitis wymienić należy: okład z waty z tłuszczem; w razie bólu okład ciepły, wcierania maści z makowcem, szalejem (belladonna), oliwy z chloroformem (aa). Setterkorn stosuje zewnątrznie Jodoform collodium, autor nalewkę jodową; dla przyspieszenia rozdzielania Leweran radzi wcieranie szaruchy. Jako specifica podane: są Vin. sem. colchici, do 25 kr. na dawkę (Eisenmann), pilokarpina do wewnątrz (Ewermann), napar jaborandi: 2,0—4,0 na 100,0, pół szklanki



co kwadrans (Emery—Desbrausses, Czernicky, Testa, Isham).

Autor kończy swą pracę nader sumiennym opisem 4-ch epidemij periparotitis, które spostrzegal 1880—81 r. w gub. czernigowskiej, jako też epidemji pośród pensjonarek szkoły narodowej w Petersburgu, w 1883 r. (podała Miercałowa-Rogowska). Z przebiegu tych epidemii widocznem jest zarażanie się zdrowych (sąsiadów, towarzyszy, krewnych) od chorych. W końcu autor dodaje topografie miejscowości, w których epidemje spostrzegal, i tablice do przeglądu historycznego epidemii w ciągu 18 i 19 stulecia.

*D. Wasserzug.*

126. VINCENT. **Artrotomija za pomocą żegadła i ogrzewanie (Chaufrage) stawów, połączone z opatrunkiem przeciwgnilnym jodoformowym i unieruchomieniem stawu, przy zapaleniach grzybowatych błony maziowej i końców stawowych.** *De L'arthrotomie ignée et du Chauffage Articulairé combinés avec le pansement antiseptique jodoformé et de l'immobilisation dans les synovites et osteo-synovites fongueuses.* (*Revue de Chirurgie* Nr. 1—1884).

Autor zastrzega, że praca jego nie ma na celu podania nowego sposobu leczenia wyżej wzmiankowanych cierpień, gdyż i kauteryzacja zewnętrzna, ignipunktura, opatrunek przeciwgnilny i unieruchomienie są to rzeczy dawno znane. Autor postanowił sobie za zadanie stworzenie systematycznej metody postępowania przy grzybowatym zapaleniu stawów.

Obecnie zazwyczaj leczenie rozpoczynano od stawiania pryszczycydek, albo od powierzchownego przyżegania rozpaleniem żelazem z następnym unieruchomieniem stawu; leczenie takie rzadko tylko prowadzi do pożądanego rezultatu, najczęściej złogi ziarninowe przechodzą w ropienie, a wtedy jedynym ratunkiem jest rezekcyja albo amputacyja.

Przekonawszy się o nieskuteczności przyżegań zewnętrznych, zaczęto używać

ignipunktury; przypalano więc za pomocą ostrego żegadła same masy grzybowate, aby wywołać ich sklerozę. Metoda ta, według autora, dobrą jest w zasadzie, ale wykonanie operacyi jest wadliwe. Nareszcie zamiast ignipunktury poczęto wykrobywać masy grzybowate ostrą łyżeczką. (Volkman, Schede, Letiévant, Molière, Boeckel i inni). Środek ten jednak bywa albo zaenergiczny, albo jest niedostatecznym. Zaenergicznym bywa on z tego względu, że zapomocą łyżeczki usuwamy nietylko masy grzybowate, ale i wiele młodej tkanki łącznej, która, jak tego dowiódł przez swoje rezekcyje Ollier, nie ulega sprawie gruźliczej, a powstaje tylko skutek drażniącego wpływu laseczników, i może przeto (po usunięciu ognisk gruźliczych) powrócić jeszcze do stanu normalnego i służyć jako materiał do zapełnienia braków w stawie, wynikłych skutkiem zapalenia, a przez to pomódz do powrotu fizjologicznych funkcji stawu. Powiedzieliśmy też, że wyskrobanie może być środkiem niewystarczającym, mianowicie wtenczas, jeżeli nietylko błona maziowa i miękkie części otaczające staw są zajęte sprawą gruźliczą, ale i kości przyjmują udział w cierpieniu. Wtenczas wyskrobanie nie może być dokładnem, bo trudno a nawet niepodobna łyżeczką usunąć wszystkie chore części.— Autor przyjmuje, iż przy zapaleniu grzybowatym stawów z zajęciem powierzchni stawowych, najodpowiedniejszym środkiem leczniczym jest rezekcyja.

Obecnie zaś podaje autor opis sposobu, którym leczył tylko wypadki zajęcia części miękkich staw otaczających, lub błony maziowej stawu, dla nich też tylko swój sposób proponuje.

Poniżej podajemy metodę postępowania autora:

po 1-sze. Przygotowanie do operacyi polega na dokładnem zdezinfekowaniu chorego przez ogólną kąpiel i oczyszczeniu pola operacyi.

po 2-gie. Samą operacyję dzieli autor



na dwie części: pierwsza polega na otworzeniu stawu przez rozcięcie grzybowato zwyrodniałych części miękkich; druga na ogrzaniu (Chauffage) powierzchni stawowych i tworów grzybowatych.

1) *Artrotomia*. Autor radzi za pomocą nożowego żegadła termokautera Paquelin'a, albo za pomocą noża zdezinfekowanego we wrzącej oliwie lub przepalonego w ogniu, porobić nacięcia w wypukłościach chorego stawu, odpowiadających największemu nagromadzeniu tworów grzybowatych. Nacięcia te powinny być równoległe do osi kończyny, przechodzić po za granice wypukłości a przenikać skórę, tkankę podskórną i grzybowate twory aż do stawu. Autor robił nacięcia 8—9 ctm. długie i nacinał w ten sposób wszystkie wypukłości; w przestrzeniach zaś między cięciami na skórze robił powierzchowne przypalania. Krwawienie, jeżeli jest (przy użyciu noża), tamuje się za pomocą żegadła.

Jeżeli znajdujemy w tworach grzybowatych miejsca zropiałe i owrzodzenia, nie należy się wtenczas lękać wypalić te miejsca za pomocą grubego żegadła.— Autor radzi nawet podnieść rzepkę za pomocą haczyków przez boczne cięcia przeprowadzonych i przesunąć kauter do czerwoności rozpalony po ściankach wewnętrznych stawu.

Autor dodaje, że w pewnych ciężkich przypadkach, w których wytwarzają się wypukłości boczne i tylne, nie bałby się otworzyć stawu szerzej przez dodanie do bocznych cięć jeszcze cięcia poprzecznego, przechodzącego pod rzepką, co by razem utworzyło cięcie podobne do litery H, używane przy rezekcyjach, a to dla tego, aby łatwiej się zorientować, i albo zrobić rezekcję, albo, jeśli zachowanie stawu jeszcze jest możebnem, mózdz lepiej i dokładniej wypalić wszystkie twory grzybowate. W przypadkach jednak operowanych dotąd przez autora dostatecznymi zawsze były boczne nacięcia.

W przypadkach, w których proces

przeszedł już na powierzchowne warstwy kości, nacięcia powinny dochodzić aż do nich, ale wtenczas termokauter Paquelin'a nie jest dostatecznym, lecz należy uciec się do pomocy dawnego grubego i zaostrego żegadła i podziurawić niem lejkowato powierzchnię chorej kości.— Głębokość tych dziur w kości będzie zależała od stopnia porażenia takowej, ale zawsze u młodych osobników może być daleko większa niż u starych. Krótkie kości i powierzchnie stawowe kości długich można w ten sposób podrenować („tunneliser”, jak się wyraża Ollier).

Żelazo rozpalone ma według autora b. zbawienny wpływ na kości chore. Kości ogrzewają się łatwo gdyż istota zbita w kościach długich i przegrody w kościach krótkich są dobremi przewodnikami ciepła; wysoka zaś temperatura nie tylko działa jako rewulsyja, jako środek podniecający, ale jeszcze niszczy laseczniki i inne drobnoustroje, mogące być przyczyną choroby.

2) *Ogrzewanie* (Chauffage) stawu i części grzybowato przerodzonych. Ta część operacyi, oparta na doświadczeniach Pasteur'a i Chauveau, polega na tem, iż Vincent za pomocą żegadła wielkich rozmiarów, rozpalonego na węglach, wysusza ścianki rany, utworzonej przez wyżej wspomniane nacięcia grzybowato przerodzonych miękkich części stawu.— Części te i staw cały, po krótkim ogrzewaniu, dochodzą do ciepłoty dosyć wysokiej, aby zabić laseczniki.

Po dokonaniu operacyi, autor radzi cały staw przemyć mocnym roztworem kwasu karbolowego.

Opatrunek używany przez autora jest następujący: najprzód ściany ran przenikających do stawu posypać należy jodoformem, następnie całe kolano obwija się watą boraksową, zmoczoną w mocnym roztwornie kw. karbolowego na to kładzie się gazę karbolową, a i obwija jeszcze pokładami waty salicylowej. Na to wszystko dopiero przychodzi makintosh i ban-



darz. Ten przeciwny opatrunek pokrywa nogę od połowy uda do połowy goleni. Nareszcie całą nogę obwija autor wata zwyczajną, zakłada boczne szyny kartonowe, albo łubki i przymocowuje bandażami zmoczonemi w szkle wodnym.

Reakcyja po tej operacji bywa prawie żadna, raz tylko u pewnego młodego człowieka podniesienie ciepłoty trwało parę dni, przyczem jednak chory zachował apetyt i nie cierpiał. Tak, iż autor przypuszcza, że w tym wypadku miał do czynienia, albo z zatruciem jodoformem, lub też z tak zwaną gorączką „aseptyczną”.

Rezultaty otrzymane przez autora przy pomocy tej nowej metody są zachęcające. Po 15-tu bowiem dniach albo najdalej 3-ch tygodniach, zdejmując pierwszy raz opatrunek, znajdujemy rany pokryte dobrą ziarniną, staw niebolesny i nieruchomy. Dopiero jednak po zdjęciu drugiego opatrunku, co ma miejsce mniej więcej po miesiącu, spostrzegać się daje zmniejszenie objętości stawu.

Chorzy mogą chodzić po sali już w 5 tygodni po operacji, kilku nawet chorych wstało, bez wiedzy autora, we dwa tygodnie po operacji, tak mało im dolegał staw chory. Dalsze wyniki i spostrzeżenia autor obiecuje wkrótce ogłosić.

*Garbowski.*

#### IV. Oftalmologija i Choroby uszne.

127. H. PAGENSTECHEK. **Przyczynnik do powstawania i leczenia zapalenia komórkowej tkanki oczodołu.** (*Arch. für Augenheilkunde Knappa i Schweigera* T. 13 Z. 2 i 3).

Zapalenie tkanki komórkowej oczodołu może się rozwijać na podstawie obrażeń i przerzutowej, jako też przez rozszerzenie się zapal. z sąsiednich tkanek. Podręczniki opisują też samoistne powstawanie tego zapalenia, mające zjawiać

się w następstwie przeziębienia. Pagenstecher nie uznaje tej samoistnej postaci, twierdząc, że przypadki takie powstały także przez rozszerzenie się zapalenia, którego pierwotne siedlisko zostało przeoczonym, a twierdzenie to opiera na spostrzeżeniach swoich i przypadku opisanym w podręczniku Wedla „patologia zębów”. Ze swoich spostrzeżeń przytacza autor dwa przypadki. U 9-letniego chłopczyka powstało gwałtowne zapalenie tkanki komórkowej oczodołu, pozornie bez żadnej przyczyny. Dopiero po szczegółowem wywiadywaniu okazało się, że chory na kilka dni przed zachorowaniem uskarżał się na ból trzonowego zęba, który przy obejrzeniu okazał się wprawdzie całym, nacisk jednak nań wywarł wywoływał bolesność; ponieważ, pomimo energicznego leczenia, objawy zapalne oczodołu nie ustępowały, przeto Pagenstecher, nie zważając na opór lekarza dentysty, twierdzącego, że ząb jest zdrowym, postanowił wyrwać go. Po wyrwaniu okazało się nieznaczne zapalenie okostnej wszystkich trzech korzeni zęba. Zaraz następnego dnia objawy zapalne oczodołu ustąpiły, a po otwarciu wytworzonego ograniczonego ropnia oczodołu, wkrótce nastąpiło zupełne wyleczenie. I w drugim podobnym też przypadku uporczywe i nieustępujące leczeniu zapalenie oczodołowe zupełnie zniknęło po wyjęciu obolalego i spróchniałego zęba trzonowego. We wspomnianym przypadku Wedla jednocześnie z bólem zębów pojawiło się zapalenie tkanki komórkowej oczodołu, które przeszło w ropień. Pomimo otworzenia takowego, objawy zapalne przeciągały się. Dopiero po wyjęciu zębów przekonano się o próchnieniu znacznej części górnej kości szczękowej, przechodzącą na dolną i wewnętrzną ścianę oczodołu; analogiczne też są wypadki podane przez Pollacka i Williamsa. Na zasadzie tych spostrzeżeń autor zaleca w każdym przypadku zapalenia oczodołu dokładne zbadanie stanu zębów i błony śluzowej jamy ust-



nej, która także może być punktem wyjścia zapalenia.

*Hoene.*

128. LANDESBURG. **W sprawie wyciągania nerwu ocznego.** (*Archiv für Ophthalm von Al. v. Graefe* T. 29 z. IV).

We wstępnych uwagach autor zastanawia się nad znaczeniem tej operacji, stanowiącej ostateczną ucieczkę nieszczęśliwych, dotkniętych zanikiem nerwu ocznego, i dochodzi do przekonania, że obecnie nie możemy jeszcze sformułować ani właściwych wskazań, ani też dokładnej metody operacyjnej, przez co wartość jej praktyczna zupełnie się redukuje, a robione próby posiadają tylko charakter czysto naukowy. Trudność określania jej wartości leczniczej polega przedewszystkiem na małym materjale, w jakim dawałaby się stosować, albowiem w przypadkach zupełnej utraty wzroku, w których nerw wzrokowy uległ zupełnemu zanikowi, wyciąganie i mechaniczne drażnienie nie może odżywić obumarłych włókien nerwowych. W takich zaś przypadkach, w których wzrok jest jeszcze częściowo utrzymanym, stosowanie wyciągania nerwu ocznego byłoby nazbyt ryzykownym krokiem, tak ze strony lekarza jako też i chorego, narażającym bowiem na zupełną utratę wzroku a także i wzmoczenie się stanów zapalnych, co mogło by nawet spowodować zejście śmiertelne. Pod wpływem świetnych wyników wyciągania nerwów przy tabes, otrzymanych przez Langenbecka, jako też spostrzeżeń Weckera, autor, przekonawszy się uprzednio, że ostrożne wyciąganie nerwu ocznego nie pociąga za sobą złych następstw dla błon mózgowych, zastosował takowe w 21 przypadkach zaniku n. ocznego, w których pozostawała jeszcze jakaś cząstka wzroku. W 16 przypadkach stosował autor sposób Weckera, polegający na przecięciu mięśnia prostego wewnętrznego, przy czem część ścięgna pozostawała przy białkównce. Utwierdziwszy następnie nitką przecięty mięsień, nacinał błonę Tenona, a oddzieliw-

szy tkankę łączną i odciągnąwszy gałkę oczną ku zewnątrz, wprowadzonym w głąb rany haczykiem, chwycił od góry nerw oczny i wyciągał go z lekka 3 do 4 razy. Przecięty mięsień zszywano podobnie jak ranę łącznicy, poczem nakładano zwykłą opaskę naciskową. W pozostałych 5 przypadkach użyto sposobu Kümel'a, zasadzającego się na przecięciu łącznicy poniżej zewnętrznego dolnego brzegu rogówki i wejściu w głąb haczykiem pomiędzy mięśniami zewnętrznym i dolnym dla uchwycenia n. ocznego od góry. Według autora sposób Kümel'a, pomimo uproszczenia, znacznie utrudnia uchwycenie nerwu ocznego.

Landsberg opisuje następnie wszystkie operowane przypadki. Oto niektóre z nich, gdzie operacja wywoływała pewien widoczny skutek.

Przyp. 1 i 2. Chora po przebytem Erysipelas faciei et capitis utraciła wzrok. Na prawem oku pozostaje jakościowe wrażenie światła, na lewem odróżnia poruszenia ręki bezpośrednio przed okiem. Płomień świecy rozpoznaje w odległości 1 stopy. Tarcze n. wzrokowego białe z niebieskawym odcieniem—tętnice zciemnione, w kierunku żółtej plamy nitkowate.—Bezpośrednio po operacji badanie wykazało zaróżowienie tarczy i rozszerzenie naczyń żylnych. Po 26 godzinach chora twierdzi, że lepiej rozoznaje światło prawem okiem. Lewe oko widzi poruszenia ręki w odległości 1½ stopy i odróżnia kształt palcy, lecz zliczyć ich nie może. Płomień świecy rozpoznaje w odległości 3 stóp. Badanie w 10 miesięcy po operacji okazało: prawe oko rozpoznaje światło wątpliwie, lewe oko poruszenia ręki w odległości 1 stopy — płomień świecy 2 do 2½ stóp.

Przyp. 6. Od 7 miesięcy powolna utrata wzroku. Ac. dext. 20/200+6 Jaeger Nr. 9. Pole widzenia znacznie zwężone od góry i wewnątrz. Ac. sin.—palce w odległości 8 stóp. Tarcze n. wzrokowego żółtawe, zmętnione, brzegi niejasno od-



graniczone, od wewnątrz otoczone barwnikiem, tętnice zcieńczone. Zwykle leczenie poprawia wzrok ac d. 20/40 ac sin. 15/100.—Po 8 miesiącach lewe oko rozróżnia palce tylko w najbliższej odległości, płomień świecy 3 stóp. Na drugi dzień po wyciąganiu n. wzrokowego chory liczył palce w odległości 3 stóp, płomień świecy—7 do 8 stóp.

Przypadek 7 i 8. Zanik n. ocznego po tyfusie brzuszny. Tarcze białawe od wewnątrz z niebieskawym odcieniem, tętnice zcieńczone. Chory odróżnia światło od ciemności, umiejscawiać nie może, rozpoznaje płomień świecy w odległości 6 cali. Bezpośrednio po operacji tarcza okazuje się lekko zaczerwienioną. Po 24 godzinach prawe oko odróżnia płomień świecy na 2 stopy—lewe na 1½ do 2 st., umiejscowianie dokładniejsze. Po 2-ch dniach płomień w odległości 4 stóp, umiejscowianie dokładne od wewnątrz, dołu i zewnątrz. Chory twierdzi, że przy dobrem oświetlaniu rozpoznaje białe przedmioty (fartuch żony, kołnierzyk, mankiety), w odległości 10 stóp. Trzeciego dnia dokładne umiejscowianie we wszystkich kierunkach, poruszenia ręki w odległości 1 stopy, dobrze też rozpoznaje kolor żółty. W tydzień po operacji osiąga się maximum poprawy wzroku t. j. palce w odległości 3 stóp, płomień świecy na 8 stóp, odgaduje też przedmioty świecące, trzymane przed oczami.—Stan ten utrzymuje się przez półtora miesiąca—odkąd powolna utrata wzroku.

Przyp. 10. Prawe oko liczy palce w odległości 1 stopy, znaczne ścieśnienie pola widzenia. Ac. sin. 5/70—ścieśnienie górnej połowy i nie rozeznawanie barw. Tarcze dokładnie odgraniczone, od skroni z niebieskim odcieniem. Na lewem oku nastąpiła poprawa 5/30. Operacji dokonano na prawem oku—w 27 godzin liczy palce w odległości 4 stóp—następnych dni dochodzi do 11 stóp.—Stan ten ulega pogorszeniu.

Przyp. 11 i 12. Nagły upadek wzroku,

wszelkie leczenie bezskuteczne. Chory zaledwie rozróżnia światło. Tarcze białe, płaskie, otoczone zanikowym pierścieniem, tętnice znacznie zwężone. Po operacji w 26 godzin ac. dext. palce na 5 stóp. ac. sin.—3 stopy. Następnego dnia ac. dext.—7 stóp, ac. sinistra 5 stóp—nieruchome dotąd źrenice oddziałują na światło. We 4 dni po operacji prawe oko liczy palce na 11 stóp, lewe na 9 stóp. Wzrok ten utrzymuje się stale do śmierci chorego, która nastąpiła w 7 miesięcy po operacji.

Przyp. 16 i 17. Na prawem oku jakościowe wrażenie światła—operacja bezskuteczna. Lewem okiem liczy palce na 3 stopy. Drugiego dnia po operacji rozpoznaje palce na 5 stóp, a po tygodniu na 7 stóp. Poczem następuje понижение wzroku, tak, że w 4 miesiące rozpoznaje palce na 3½ do 4 stóp.

Przyp. 18 i 19. Tabes dorsalis u 51-letniego mężczyzny. Na prawem oku operacja bezskuteczna. Na lewem chwilowe polepszenie. Palce liczone przy obwodowym patrzeniu przed operacją w odległości 1 do 1½ stopy, trzeciego dnia po operacji rozróżnia na 5 stóp—poczem powolna utrata wzroku.

Przypadek 20 i 21. Tabes dorsalis.—W lewem oku zupełna utrata wzroku.—Prawe oko liczy palce na 4 stopy. Tarcza płaska, w skroniowej części błyszcząca, od strony nosa matowo biała. Tętnice nie zmienione. 27/8 1882 r. wyciąganie prawego n. ocznego. Na drugi dzień palce w odległości 15—ta siła wzroku utrzymuje się do 17/11, poczem następuje понижение wzroku tak, że 15/12 rozróżnia palce w odległości 1 stopy. Ponowienie operacji sprowadza chwilową poprawę (2½ do 3 stóp), następnie zupełna utrata wzroku.

Hoene.

129. KIRCHNER. **O zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych i znaczeniu takowego dla ucha.** *Ueber Meningitis cerebrospinalis und deren Bedeutung für das*



*Gehörorgan.* (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 5—84 r.).

Zapalenie opon mózgo-rdzeniowych występuje jako choroba sporadyczna lub też epidemiczna i bardzo często w złączy sposób oddziałuje na ucho; chorzy, którzy szczęśliwie przeżyli takie zapalenie opon mózgowych, b. często ulegają zupełnej głuchocie. W zakładach dla głuchoniemych widzimy często chorych nie tylko głuchych, lecz zarazem i niemych, ci przechodzili zapalenie opon mózgo-rdzeniowych w dzieciństwie, kiedy jeszcze nie wiele, lub też zupełnie nie mówili. Nietylko zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, lecz i zwykle zapalenie opon mózgowych i inne przewlekłe choroby mózgu w podobny sposób oddziałują na organ słuchu. W nowszych czasach starano się objaśnić niektóre przypadki, przebiegające pod postacią zapalenia opon mózgo-rdzeniowych i kończące się głuchotą, sprawą chorobową, umiejscowioną w zakończeniach nerwowych błędniaka. Voltolini opisał chorobę ucha wewnętrznego (*Otitis labyrinthica*) właściwą wiekowi dzieciństwu, pojawiającą się nagle z bólem głowy, wymiotami, wysoką gorączką, a czasem i z drgawkami. Stan taki trwa kilka dni i kończy się zupełnym wyzdrowieniem, pozostawiając jedynie zmiany w uchu, mianowicie zupełną głuchotę. Zapalenie ucha wewnętrznego i zapalenie opon mózgo-rdzeniowych posiadają niektóre objawy wspólne, które zwykle nazywamy objawami mózgowymi.

Voltolini sądzi, że jeżeli choroba występuje sporadycznie, li tylko u dzieci i w kilka dni kończy się głuchotą, to w takim razie mamy do czynienia z zapaleniem ucha wewnętrznego. Za zapaleniem zaś opon mózgo-rdzeniowych podług V., przemawia występowanie epidemiczne, zarówno u dzieci jak i u dorosłych, rzadkie zajęcie obu uszu i częsta poprawa słuchu i w końcu długie zdrowienie. Herpes labialis często się zdarza przy zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, nadzwyczaj

rzadko przy zapaleniu ucha wewnętrznego, wymioty zaś mają stanowić rzadki objaw przy zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych, zawsze zaś występują przy zapaleniu ucha wewn. W każdym razie rozpoznanie różniczkowe obu tych procesów chorobowych nie jest tak łatwym.— Autor obserwował kilka epidemij zapalenia opon mózgo-rdzeniowych i zauważył, że pozostawiały one prawie zawsze znaczne przytępienie słuchu, lub też zupełną głuchotę. Przedmiotowo nie można było zauważyć żadnych zmian w uchu, nie wrażliwość na dźwięki i tony stanowiła jedyny objaw. Kamertonu chorzy nie słyszeli przez kości czaszkowe. K. zauważył przy badaniu takich chorych pewne stopniowanie u różnych osobników, co do natężenia głuchoty i wrażliwości na kamertonu rozmaitej wysokości. Niektórzy chorzy, z zupełną głuchotą na dźwięki i głośną mowę, bardzo wyraźnie słyszeli różne szmery (np. skrobanie papieru i t. p.).

Przy zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych słuch zostaje upośledzonym w różnym stopniu zależnie od umiejscowienia procesu zapalnego t. j. czy tylko części ucha średniego będą nim zajęte, lub też czy sprawa zapalna przejdzie i na zakończenia nerwu słuchowego. Jeżeli proces zapalny ograniczy się li tylko do zakończenia nerwu słuchowego w błędniku, wtedy słuch w bardzo krótkim czasie zostanie zniszczonym. Badanie pośmiertne w podobnych przypadkach wykazuje zmiany chorobowe w przedsiönku, ślimaku i kanałach półkolistych (krew i ropę), wybroczyny, zgrubienie części błoniastych błędniaka, wywołujące bezwątpienia zanik zakończeń nerwowych. Lecz nietylko zmiany chorobowe w zakończeniach nerwowych błędniaka powodują silne przytępienie słuchu i głuchotę, zmiany bowiem w uchu średnim, jak ropienia i procesy zapalne, prowadzące do ankylozy kosteczek słuchowych, taki sam złączy wpływ wywierają na słuch. Takie zajęcie ucha



średniego, ze wszelkimi jego następstwami, stanowi dość częste powikłanie zapalenia opon mózgowych i mózgo-rdzeniowych.

Zmiany chorobowe w jamie bębnekowej łatwiej możemy rozpoznać i daleko są przystępniejsze dla leczenia; mogą one występować zaraz w początkach choroby mózgowej, lub też rozwijają się w następstwie podczas zdrowienia. Zmiany anatomiczno-patologiczne w błędniku nie dają się w prawdzie kliniczne ściśle oznaczyć, lecz sekcje podobnych przypadków jasno wykazują, iż mamy tu do czynienia z różnymi procesami chorobowymi błędnika, a mianowicie z zapaleniem wysiękowym, ropnym i krwotocznym. Zmiany słuchu po zapaleniu opon mózgo-rdz. otjatra dopiero może obserwować po skończonej chorobie, przypadki bowiem takie rzadko się dostają do specjalisty, w początkach zapalenia opon mózgo. rdz. K. obserwował podobny przypadek i podaje szczegółowy opis choroby.

W przypadku tym z samego początku choroby spostrzeżono zajęcie ucha. Nie mogło ono jednak polegać na silnem zajęciu zakończeń nerwowych błędnika (jak wysięku i t. p.), ponieważ słuch w bardzo krótkim czasie znacznie się poprawił.— W drugim okresie choroby przewlekłe zapalenie opon mózgowych musiało jednak wywierać szkodliwy wpływ na sąsiednie części ucha. W ostatnich bowiem tygodniach choroby oprócz zajęcia błędnika można także było zauważyć i zmiany w jamie bębnekowej, polegające na silnem przekrwieniu, nalaniu naczyń wzdłuż rękojeści młotka, wciągnięciu błony bębnekowej i rozlanem jej zaczerwienieniu. Stan taki trwał jeszcze w przeciągu kilku tygodni po wypisaniu się chorego ze szpitala.— Oprócz tego obserwował K. jeszcze 14 innych przypadków zapalenia opon mózgordzeniowych z łagodnym przebiegiem. Wszystkie kończyły się przytępieniem słuchu, zależnem nie tylko od zmian w błędniku, lecz i od

zmian, chociaż nieznacznych, w jamie bębnekowej.

W dalszym ciągu swej pracy K. zastanawia się nad leczeniem podobnych przypadków. Voltolini radzi przy zapaleniu ucha wewnętrznego (Otitis labyrinthica) jak najwcześniej podawać kalomel, digitalis, akonit i zewnętrznie stosować maść z naparstnicy i jodu na ostrzyżoną głowę. Po pewnym czasie przyszczydło na głowę. Francuzi zalecają opium. Od stosowania zimna Voltolini dotąd nie widział dobrych skutków. Te same środki powinniśmy stosować i przy głuchocie po menin. cereb. spinalis. Ponieważ jednak środki zalecane przez Voltoliniego rzadko bardzo dają dobre wyniki, sądzi więc autor, iż najstosowniej będzie w danych przypadkach zachowywać się wyczekująco i stosować leczenie objawowe, w początkach zaś choroby próbować zimna w postaci lodu, lub też przyrządu oziębiającego Leitera. Jeżeli choroba dłuższy czas trwać będzie, radzi K. próbować elektryczności (strumień stały 0,5–6 elementach), jod i jodek potasu stosowany do wewnątrz i zewnętrznie. Rzadko jednak interwencyja lekarza może coś pomódz w przypadkach zupełnej głuchoty po zapaleniu opon mózgo-rdz. Zawsze bowiem w tych razach mamy do czynienia z głębokiem zniszczeniem błędnika, jak to liczne sekcje stwierdziły, i nie możemy oczekiwać żadnej poprawy ani od elektryczności, ani też od żadnych środków zadawanych do wewnątrz. Warunki są daleko pomyślniejsze, jeżeli w danym przypadku proces chorobowy ograniczy się głównie na uchu średnim. Chociaż bowiem w początkach choroby wszystko wskazywać będzie na głębokie zajęcie ucha, to w każdym razie rokowanie będzie lepszem, jeżeli przy badaniu uda nam się skonstatować zmiany w uchu średnim, lub też nawet wydzielinę śluzową i ropną. W takim razie można mieć nadzieję, iż słuch znacznie się poprawi, jeżeli, naturalnie, chory podda się stosownemu lecze-



niu. Rzadko się to jednak zdarza, gdyż u publiczności trwa jeszcze dotąd przesąd, iż ropienie z ucha wywiera dobry wpływ na chorobę wewnętrzną i chory, a szczególnie dzieci, zjawiają się do specjalisty dopiero wtedy, kiedy nastąpiło już zniszczenie błony lub wytworzyły się polipy i t. p., następstwa długo trwałego ropienia. Naturalnie, że takie zniszczenia i w najpomyślniejszym razie pozostawiają znaczne przytępienie słuchu. Oprócz procesów zapalnych, kończących się w podobny sposób, widzimy często, iż przy chorobach mózgowych następuje zajęcie ucha średniego, polegające na nieznanym wysięku i obrzmieniu błony śluzowej jamy bębnekowej, kończące się zrośnięciem błony bębnekowej ze ścianą wewnętrzną jamy bębnekowej, przez co szereg kosteczek słuchowych nie może się swobodnie poruszać. Operacyjne leczenie podobnych zrostów zwykle nie prowadzi do celu, gdyż jeżeli nawet uda nam się częściowo oddzielić zrosty, części te w następstwie znów przylegają do siebie i wytwarzają się nowe zrosty, silniejsze od poprzednich. Zmiany takie wprawdzie są częściej wynikiem pierwotnych chorób usznych (jamy bębnekowej, trąbki Eustachijusza, jamy nośno-gardzielowej), lecz u dzieci najczęstszą ich przyczyną jest zapalenie opon mózgowych i mózgodzeniowych. U głuchoniemych, którzy w dzieciństwie przechodzili choroby mózgowe, często widzimy takie zrosty pomiędzy błoną bębnekową i jamą bębnekową, które bezwątpienia są następstwem tych procesów zapalnych. U dzieci z łatwością możemy zapobiedz podobnym następstwom. Powinniśmy tylko w początkach choroby przeszkodzić zetknięciu się błony bębnekowej z jamą bębnekową, zajętą procesem zapalnym. Niepotrzebujemy w tych razach uciekać się do zgłębników, częste wdmuchiwanie powietrza sposobem Politzera wystarcza bowiem zupełnie. Można w tych razach stosować nalewkę jodową w okolicy wyrostku sutko-

wego, co znacznie pomaga leczeniu.—Nieżyt nosogardzielowy powinien w podobnych przypadkach być uwzględnionym, i leczenie takowego zapobiega zarośnięciu otworu gardzielowego trąbki Eustachijusza; zapobiega to rozrzedzeniu się powietrza w jamie bębnekowej, a tem samem wytwarzaniu się przewyżki ciśnienia powietrza atmosferycznego na błonę bębnekową, które wywierałoby za silny ucisk na błonę bębnekową, co by niekorzystnie oddziaływało na odżywianie samej błony. Dobrze bardzo działają wlewania zapomocą łyżeczki 1—2 1/6 roztworów soli kuchennej lub boraksu do nosa i gardzieli, co z łatwością kilka razy dziennie nawet i u bardzo małych dzieci da się uskutecznić.

U dzieci, które przebyły chorobę mózgową, zawsze jest obawa, iż zmiany w błędniku spowodują zupełną głuchotę, gdy przeciwnie stosunkowo proste leczenie może wstrzymać zmiany chorobowe w jamie bębnekowej i nie dopuścić do głuchoty, naturalnie, jeżeli będzie stosowanem w samych początkach choroby. W każdym razie byłoby pożądanem, żeby takie dzieci i po zniknięciu groźnych objawów, często były poddawane badaniu ucha, aby można stosować odpowiednie leczenie.

*Guranowski.*

## MISCELLANEA.

130 **O nowym sposobie przyrządzania środków lekarskich.** P. Mutniański, aptekarz, który niedawno miał odczyt w towarzystwie lekarskiem o tak zwanych proszkach prasowanych, pisze list w tymże przedmiocie do „Gazety lekarskiej”.

Tabletki albo prasowane leki (tabula albo tabella), zajmują środek pomiędzy proszkami a pigułkami; przygotowywane są z proszków zupełnie suchych, które w prasie ściskane do możliwie małej objętości przybierają kształt pastylki 9—15 milimetrów średnicy mającej i dają się wygodnie używać bez opłatków.—P. Mutniański zaznacza wyższość tej formy nad innymi i jako dowód przytacza rozwój fabrykacji odnośnej, mianowicie w Ameryce (np. fabryka Wyeth and Brothers w Filadelfii zatrudnia 200 ludzi). Na uznanie zasługują proszki z tego względu, iż wolne są od obcych zapraw wszelkich.



Z drugiej—strony zdaje nam się że nazbyt silnie ściśnięte nie zawsze łatwo strawione być mogą, jak to obserwował w istocie jeden ze znanych nam kolegów, którego pacjent oddał ze stolcem całkowitą tabletkę.

Sposób przepisywania:

Rp. Amonii muriat gr. V.  
Pulv. Ipecacuannae  
Sulfur aur. ant. aa. gr. 1/4.  
M. Comprimendo ut. f. tabula,  
d. t. d. N.

(*Gaz. lek.* II—1884).

**131 Termometr do mierzenia miejscowych zmian ciepłoty** przedstawił S. Pauli na posiedzeniu paryżkiej akademii medycznej 12 lutego b. r. Rezerwoar rtęciowy tego przyrządu umocowywa się przy skórze za pomocą balonu kauczukowego (naksztalt bańki). Postać ciepłomierzy bywa prosta (pionowa lub pozioma) i zgięta. Termometry te mogą być zastosowane we wszystkich pozbawionych włosów okolicach skóry.

(*L'union médicale, le progrès médical,*  
16-go lutego *Gaz. hōbdonead.*)

**132 Amputację nogi** u 90-letniej kobiety wykonał z pomyślnym skutkiem Dr. Orłów w borowickim szpitalu ziemskim. Był to przypadek złożonego złamania nogi w okolicy stawu goleniostopowego, z następczą zgorzelą. Operację wykonano dopiero w dwa tygodnie po wystąpieniu zgorzeli.

(*Wracc* 8—1884).

## Wiadomości bieżące.

— **Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.** Od czasu wystąpienia przez niżej podpisanego wiadomości o czynnościach Wydziału gospodarczego, podwoił Wydział swe prace mające na celu przygotowanie Zjazdu, starając się głównie o zjednanie jak największej liczby odczytów i zachęcenie polskiego świata naukowego do wzięcia udziału w Zjeździe.

Dotychczasowe zabiegi pozwalają nam wróżyć, że nie tylko pod względem liczby uczestników ale i pod względem treści naukowej Zjazd się uda. Ze wszech dochodzą nas zapewnienia szczerzej sympatii i życzenia, aby przyszły Zjazd się powiódł. Mijemy nadzieję, że i ci Panowie, którzy dotychczas, mimo wszelkich uprawnionych do nich pretensyj, zawsze jeszcze stoją w obec Zjazdu na uboczu i na ponowne wezwanie i zaproszenie do wzięcia udziału w Zjeździe dotychczas nie objawili swych zamiarów, choć w ostatniej chwili pośpieszą dołożyć cegiełkę naukową do gmachu wiedzy narodowej.

Po wysłaniu bardzo wielu zaproszeń osobistych wystosował Wydział także zaproszenia do licznych Towarzystw lekarskich i przyrodniczych, tak pol-

skich jako też czeskich, a nadto do Towarzystw agronomicznych i przemysłowych.

Do ogłoszonych już w przeszłym liście 31 zapowiedzi wykładów dodać możemy 19 nowych, tak, że ogólna ich liczba wynosi chwilowo 50, a z przyjemnością prawdziwą nadmieniamy, że i pobratymcy nasi, przez D-ra Chodounskiego w Pradze, zapowiedzieli nam przybycie i odczyty. Oto treść wykładów i nazwiska szanownych prelegentów:

32. Dr. Tadeusz Żuliński (Lwów): O przecięciu naukowem w szkołach.

33. Dr. Reichmann (Warszawa): Rozpoznawanie chorób żołądka.

34. Tenże: Drobnowidzowa morfologija kału.

35. Prof. Dr. Janowsky (Praga): 1) Poznamky k'endoskopii.

36. Tenże: 2) Wykład z dziedziny dermatologii (temat ściślejszy później będzie oznaczony).

37. Prof. Dr. Maixner (Praga): Wykład z medycyny wewnętrznej.

38. Doc. Dr. Schwing (Praga) wygłosi wykład z dziedziny położnictwa.

39. Doc. Dr. Thomayer (Praga) wygłosi wykład z medycyny zewnętrznej.

40. Dr. J. Czarda (Praga) wygłosi wykład z dziedziny otologii.

41. D. rowie Edward i Władysław Natansonowie (z Petersburga): O równaniu zlnika (rozprawa z dziedziny dynamiki).

42. Dr. Nawroczyński Roman, zawiadujący rządowym szpitalem górniczym w Dąbrowie: O tępcu przewlekłym.

43. Dr. A. Szczepkowski (Siedlce): O naturze tyfusu wysypkowego.

44. Tenże: O leczeniu zapalenia płuc.

45. Tenże: Opis 36 przypadków padaczki, które następowały jeden po drugim w ciągu 48-miu godzin.

46. Dr. Malcz (z Warszawy) poda tytuł wykładu później.

47. Prof. Dr. Adamkiewicz (z Krakowa) przybiecuje wykład i demonstrację z neuropatologii.

48. Dr. Kopff (z Krakowa): Spostrzeżenia nad działaniem kąpieli stonych w leczeniu wypocin uorganizowanych.

Prócz tego podano do wiadomości biura dwa temata dla sekcji przyrodniczo-rolniczej, a mianowicie:

49. Pan Pauli, dyr. stacji doświad. w Żabikowie, mówić zamierza: O konserwowaniu paszy.

50. Pan Potworowski Henryk (z Sielca) podjął się referatu do tematu: O nawozach sztucznych.—Koreferentem będzie p. Pauli.

Może początek ten, zrobiony dla sekcji przyrodniczo-rolniczej, zachęci i naszych rolników z innych zaborów do przygotowania odczytów treści naukowo-praktycznej z dziedziny rolnictwa i nauk zastosowanych.



Prócz powyższych wymienionych Panów wielu innych zapewniło nas o swem przybyciu bez zapowiedzi odczytów.

Aby mózdz dość wcześniej uporządkować materiały naukowe, a ustanowiwszy porządek dzienny przysłego Zjazdu wystać ostateczne zaproszenie już z gotowym programem, pożądaną byłoby nam rzecz, aby dalsze zgłoszenia z wykładami nastąpiły wcześniej, a najpóźniej do 15-go kwietnia r. b. Doświadczenie na Zjazdach zrobione poucza, że nie jeden uczestnik Zjazdu przyjeżdża z niezapowiedzianym wykładem. Wszelako w interesie samych Panów prelegentów pożądaną byłoby rzecz, aby o ile możliwości szanowni ci Panowie Wydział gospodarczy poprzednio o treści wykładu powiadomić zechcieli.

Jak już dawniej donosiliśmy, zniżyła Dyrekcyjja dróg żelaznych warszewsko-wiedeńskiej i warszawsko-bydgoskiej opłatę przewozową o 50% w stosunku do zwykłej taryfy dla osób udających się do Poznania na Zjazd i legitymujących się odpowiednią kartą. Kolej zaś galicyjska Karola Ludwika obiecuje także stosowne obniżenie opłaty na swej linii przy używaniu II-iej klasy. Bliższych szczegółów udzieli nam Dyrekcyjja tejże kolei później. Kolejje Pruskie czynią obniżenie opłaty przewozowej na ten Zjazd zależnem od poparcia Naczelnego Prezesa W. Księstwa Poznańskiego, w którym to celu Wydział gospodarczy odniósł się do najwyższej władzy prowincjonalnej, która niezawodnie, ze względu na cele naukowe Zjazdu, nie odmówi nam swego poparcia.

Karty uczestnictwa uprawniające do brania udziału bezpłatnie na wszystkich posiedzeniach, odczytach, wycieczkach i zabawach, jako też do odbioru bezpłatnego druków i informacji już są gotowe i mogą za przesłaniem 20 marek być odbierane u skarbnika p. D-ra Jarnatowskiego (Plac Piotra Nr. 1).

Z powodu często, mimo ponownych ogłoszeń, dochodzących nas zapytań o termin Zjazdu, zwracamy raz jeszcze na to uwagę, że Zjazd rozpocznie się od powitania uczestników dnia 2 czerwca, czynności nankowe zaś odbędą się w dniach 3, 4 i 5 czerwca r. b., poczem nastąpią wycieczki.

Wszystkie pisma lekarskie i przyrodnicze polskie uprasza o łaskawe powtórzenie powyższych wiadomości

*Dr. Wicherkiewicz*

Przewodu. Wydz. gosp. IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

— **Międzynarodowa wystawa higieniczna w Londynie.** Program wystawy tej nadesłany przez konsulat brytyjski warszawskiemu towarzystwu jest następujący:

Wystawa składa się z dwóch oddziałów:

- 1) zdrowie, i
- 2) wychowanie.

Oddziały podzielone są na grupy (ogółem grup sześć), grupy zaś—na klasy (ogółem—56).

Grupa pierwsza wystawy obejmuje pokarmy: istoty pokarmowe w stanie surowym używane w rozmaitych krajach, zwierzęta wypchane, modele, rysunki, pokarmy przyrządzone, marynowane, solone, wędzone; konserwy, owoce, chleb, ciasta, rozmaite gatunki biszkoptów, kawa, herbata, kakao, czekolada, pokarmy dla dzieci, dla chorych, pokarmy koncentrowane, okazy sztuki kucharskiej, kuchnie tanie, kuchnie dla robotników, piekarnie, kawiarnie, chemiczne i fizjologiczne własności pokarmów, dyjetykę, odnośnie do pokarmów, przyrządy do konserwowania, marynowania pokarmów i t. p.

W drugiej grupie figuruje odzież: historyja odzieży, kostjumy narodowe, okazy odzieży nieprzemakalnej i ogniotrwałej, futer, skór, odzieży do sportu, do ratowania, statystykę, diagramy, modele.

W grupie trzeciej umieszczono okazy budownictwa domów mieszkalnych i mieszkań, wodociągi, filtry, zbiorniki, wychodki, drenowanie domów, użytkowanie nieczystości, klozety, pisoary, środki dezynfekcyjne, urządzenia odnoszące się do opalania i przewietrzania mieszkań, stosunki przestrzeni takowych, przyrządy elektryczne, gaz i inne materyjały do oświetlenia, lampy, świece, przyrządy zabezpieczające od ognia, pokosty nieprzemakalne, cementy, farby i obicia niezawierające substancyj szkodliwych, wskazówki pielęgnowania chorych, pomoc w nagłych wypadkach, wanny, lektyki, literatura i rysunki odnośnie i t. p.

W piątej grupie znajdować się mają okazy budownictwa warstatów, odzież i przyrządy ochronne maski, okulary zabezpieczające.

W szóstej wreszcie grupie wypełniającej cały dział drugi wystawy znajdować się będą okazy z dziedziny pedagogiki: modele gier i ogródków dziecinnych; roboty wykonywane w szkołkach elementarnych, szkołach technicznych, szkołach dla dziewcząt, modele, plany, statystykę i literaturę przedmiotu i t. p.

Wystawa rozporządzać będzie znaczną liczbą nagród, których część już wymienioną została w dziennikach medycznych.

Według dotychczasowych wiadomości, jakie głównie z „British med. journ.” czerpiemy zapowiada się wystawa świetnie. Największe przedsiębiorstwa sanitarne z Londynu, Glasgow i z całej zresztą Anglii przyjęły w niej udział, podobnie jak i inne kraje. W liczbie tych dość wielkie pawilony zajęły Chiny, Japonja i Indje. Król Humbert zapowiedział w rozmowie z wydawcą „Brit. med. journ.”, że postara się sam ażeby Włochy były godnie reprezentowane. Czyżbyśmy my tylko mieli się schować, podczas gdy w pierwszej, drugiej i szóstej grupie, bądźco bądź mamy pole popisu.



### — Sztuczne zapłodnienie jako przedmiot procesu sądowego.

Pewien lekarz w Bordeaux, wezwany w celu wykonania sztucznego zapłodnienia, uskutecznił takowe z dobrym skutkiem. Do porodu nie doszło ponieważ nastąpiło poronienie wywołane umyślnie.— Z przyczyny niewypłacenia umówionego honorarium (1500 fr.), lekarz zmuszony był udać się na drogę sądową.

Sąd odrzucił skargę lekarza na podstawie, iż spór w podobnym przedmiocie nie może być przedmiotem rozpraw sądowych, z jednej strony dla braku dowodów w nauce, iż zapłodnienie sztuczne może mieć miejsce, z drugiej zaś — dla niemoralności faktu mieszania się trzeciej osoby do aktu, jakim jest płodzenie potomstwa. Nadto podobnego rodzaju zapłodnienie nienaturalne może być niebezpiecznym w stosunkach społecznych. Przytem prokurator robił surowe zarzuty lekarzowi z powodu zdradzenia powierzonego mu sekretu.

Dr. Leblond podając fakt ten w „Ann. de Gyn. Dec. 1883” czyni zarzuty sądowi, iż w ręku lekarza uczciwego zapłodnienie sztuczne nie mniej mogło być pożytecznym, jak i wykonywane w tymże celu operacje na szyi macicy. Wszyscy zresztą autorowie, którzy wykonywali zapłodnienie sztuczne, posługiwali się nasieniem męża, nie zaś trzeciej osoby.

Sama operacja, według przepisu prof. Pajot'a wykonywa się w ten sposób, iż spółkowanie małżeńskie odbywa się w oznaczonej przez lekarza chwili; w godzinę zaś potem ukazuje się lekarz, wprowadza do pochwy kobiety strzykawkę, wciąga kilka kropel nasienia i wstrzykuje je w jamę macicy.

W dyskusji nad tym przedmiotem uznano wprawdzie zapłodnienie sztuczne jako środek legalny, zgodzono się jednak na zasadę, że przyzwoity lekarz nie powinien nigdy proponować sztucznego zapłodnienia, lubo nie ma powodu uchylać się od wykonania tegoż jeżeli przez obydwie strony jest o to proszony. (*Deut. Med. Zeit.* 16—1884).

— W towarzystwie lekarskiem krakowskim, miało miejsce 5 marca posiedzenie o nader ciekawym pożądku dziennym. Kol. Kopernicki przedstawił cechy rasowe czaszek murzyńskich na dwóch okazach otrzymanych od Rogozińskiego z Afryki środkowej. Kol. Pieniążek przedstawił sposób leczenia cieśni kraniowej za pomocą wprowadzania baloników elastycznych. Kol. Balicki opisał serce czterech samobójców, którzy zginęli wskutek zastrzelenia, a kol. Walentowicz — ciało pochodzące z macicy kobylej, co do istoty którego zdać sprawę ma na przyszłym posiedzeniu towarzystwa (*Przegląd lekarski.* 10—1884).

— Sprawozdanie z czynności wydziału lekarskiego Tow. Nauk. Akad. Pol. w Berlinie

wyказuje, iż w ubiegłym półroczu Wydział lekarski liczył 15-tu członków, posiedzeń było ogółem 7. Biblioteka powiększyła się nieco. Do zarządu należeli: kol. M. Witczak (prezes), kol. F. Kożuszkiewicz (skarbnik) i kol. A. Neyman (pisarz); na półroczu letnie r. b. obrano: na prezesa kol. J. Krzywińskiego, skarbnik i pisarz pozostali ciż sami.

(*Przegląd lekarski.* 11—1884).

— Komisya sanitarna krakowska. Na posiedzeniu rzeczonyj komisji odbytem 11-go b. m. Dr. Buszek przedstawił cyfry, które zdają się dowodzić, iż szczepienie ospy w Krakowie wydaje nader pomyślne rezultaty, że mianowicie umierają prawie wyłącznie osoby nieszczepione. Komisya jednomyślnie wydała wniosek na korzyść przymusowego szczepienia. Na temże posiedzeniu uznano potrzebę ustawy nakazującej przenoszenie do szpitali ludzi dotkniętych chorobami zakaźnymi, jeżeli w domu nie mogą być należycie odosobnieni.

Stan sanitarny Krakowa w roku zeszłym był, według sprawozdania D-ra Buszka, względnie pomyślny. (*Przegląd lek.* 11—1884).

— Prof. Mikulicz otrzymał zaproszenie od prełożonego sekcji ginekologicznej i położniczej 8-go zjazdu międzynarodowego w Kopenhadze, aby w sekcji wspomnianej zagaił rozprawy nad antyseptyką w obec laporatomii.

— Towarzystwo polskie w Monachium mające na celu niesienie pomocy wzajemnej, celem kształcenia się w sztuce i naukach, uprasza autorów i wydawców o nadsyłanie do jego biblioteki po jednym egzemplarzu dzieł przez siebie ogłaszanych. Adres towarzystwa: Landwetrstrasse Nr. 15.

(*Medycyna* 12—1884).

— Sprawy zdrowotne. Ze źródeł poważnych dowiadujemy się, że celem wyjazdu p. prezydenta do Petersburga było dalsze postanowienie odnoszące się do budowy nowych wodociągów w Warszawie.

Stary wodociąg obecnie mocno szwankuje. Ciśnienie w nim częstokroć zaledwie zero przewyższa, a wyżej od trzech atmosfer nigdy nie sięga, a i do tej wyjątkowo rzadko dochodzi.

— Dom podrzutek w Warszawie. W bieżącym już kwartale zaprowadzoną zostaje nader ważna i pożądana zmiana w układzie administracyjnym domu podrzutek. Wiadomo, że znaczną część ogólnej ilości niemowląt oddaje się z domu podrzutek na wychowanie kobietom, pragnącym się tem zająć, przeważnie właściankom. Ponieważ różnica śmiertelności podrzutek oddanych na wychowanie i pozostających w zakładzie jest b. wielką, przeto najkorzystniejszy zachodzi stosunek, jeżeli jak największa liczba dzieci oddaną zostaje na wieś. Zaptata jednak za utrzymanie dziecka na wsi była dotychczas tak małą, że kobiety zmuszone były częstokroć zwracać dzieci z powodu braku środków utrzymania takowych. Mianowicie zaś



karmiące piersią otrzymywały za ledwie 18 rubli rocznie, inne po 10 rubli rocznie. Obecnie pierwszym podniesiono płacę o 25<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, drugim jeszcze więcej, bo prawie o 33<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Jakkolwiek i to jeszcze nie jest bynajmniej wysoką zapłatą, fakt ten przedstawia nie poslední postęp w sprawie podrzutek.

— **Inspektorem wojenno-lekarskim warszawskiego okręgu** zostaje dr. Żukowski, były pomocnik inspektora wileńskiego.

(*Russkaja Medicyna* Nr. 8 1884).

— **Nowe wydawnictwo.** Pierwszy zeszyt „Wiestnika Oftalmologii” ukazał się ostatnimi czasy, pod redakcją prof. Chodina. W liczbie współpracowników wymienieni są prawie wszyscy bardziej znani oftalmolodzy rosyjscy.

(*Wracz* Nr. 6 — 1884).

— **Nakładem wydawnictwa dzieł lekarskich polskich** w Krakowie wyjdzie na początku bieżącego miesiąca Hydroterapia napisana przez D-ra Smoleńskiego i obejmująca 12 ark. druku.

(*Przeg. lek.* II—1884).

— **Olbrzymia śmiertelność noworodków** w zakładzie „Bethlehem Home” w Ottawie. Zawszyda nawet śmiertelność w naszym domu podrzutek, dochodząc do 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Komisja złożona z sześciu lekarzy uznała jako przyczynę, podobnie jak to bywa wszędzie, nieodpowiednie warunki lokalu i wadliwy system karmienia. Postanowiono zamknąć instytut. (*The Brit. med. Journ.*—1884).

— **Liczba ułomnych w Prusach.** Według spisu ludności z 1-go grudnia r. 1880, Prusy posiadały 22677 ślepech, 27794 głuchoniemych i 66345 obłąkanych. Na 10000 ludności przypadało więc: 8,3 ślepych, 10,2 głuchoniemych i 24,3 obłąkanych. Cyfry te zbliżone są do otrzymanych w r. 1871 przez Mayr'a—dla 19 niemieckich państw związkowych (na 10000 ludności 8,9 ślepych, 9,6 głuchoniemych i 23 obłąkanych. Na 100 chorych umysłowo w Prusach, tylko 21,4 znajdowało się w r. 1871 w zakładach dla obłąkanych, w r. zaś 1880 liczba ta urosła już do 28,5. (*Der practische Arzt* 2—1884).

— **Przybytek trądu** przedstawia wioska Machay pod Taszkientem, której ludność składa się wyłącznie z dotkniętych trądem: 72 mężczyzn i 42 kobiet. Są to ludzie wypędzeni z wsi i miast całego kraju; utrzymują się oni z jatmużny.

(*Wracz* 8—1884).

— **Epidemija włośniowa** obserwowaną była niedawno w stancyi Kamińskiej pod Nowoczerkaskiem. Źródłem epidemii była szynka, którą lekarz miejscowy K. kupił w Nowoczerkasku. Chorych było tylko 8; najciężej cierpiał sam Dr. K.; zresztą ani jeden przypadek nie zakończył się śmiercią.

(*Wracz* 8—1884).

— **Bil o polepszenie warunków praktyki lekarskiej w Anglii** będzie wkrótce wniesiony do parlamentu (*Brit. med. Journ.* i *Lancet*—1884).

— „**Wszechświat**” nr. 12 z d. 23-go marca 1884. Treść: Elektryczność ziemi i tony zmierzcho-we. Z czasopisma „Der Naturforscher” Nr. 10 z r. 1884 podał B. R. — Welwitschia mirabilis, napisał Wład Majchrowski (z drzewor.)—Podróże naukowe okrętów francuskich „Travailleur” i „Talisman”, dokonane pod przewodnictwem prof. A. Milne-Edwardsa, podał A. W. II. O działaniu tytoniu, makowca i konopi, przez G. P.—Sprawozdanie.—Kronika naukowa.—Kalendarzyk bijograficzny.—Odpowiedzi Redakcyi.—Ogłoszenia.

## Odpowiedzi Redakcyi.

— **D-rowsi J. S.**—Żądane numera „Kroniki” zostały już wysłane.

— **Praktykowi w M.**

W obec coraz więcej zyskującej podstaw (i zwolenników teorii) zaraźliwości gruźlicy i zależności jej od swoistych laseczników—wykrywanie ostatnich staje się rzeczywiście sposobem rozpoznawczym, którego znajomość i umiejętność wykonywania będzie również konieczną dla lekarza—(nawet dla praktyka—Sz. kolego,—i zwłaszcza na prowincyi, zdala od specjalistów), jak i określanie białka lub cukru w moczu.

Możność stanowczego postawienia diagnozy w tak ciężkich i trudnych—niezad do określenia przypadkach—jak ostra prosowata gruźlica, gruźlicze cierpienia dróg moczowych, możność rozróżnienia natury wątpliwych owrzodzeń krtani i t. p., powinna być chyba dostatecznym bodźcem do użycia omawianego sposobu, który, zresztą nie jest tak trudnym do wykonania, jak się zdaje.

Co się tyczy znaczenia praktycznego drobnoustrojów przy zapaleniu płuc — to jest ono dzisiaj niewątpliwie mniejszem: 1) trudność rozpoznania zapalenia włóknikowego płuc zdarza się tylko w wyjątkowych razach, 2) swoiste dlań diplokoki—nie dają się tak łatwo rozpoznać—a zwłaszcza charakterystyczna ich otoczka wymaga bardzo wprawno oka i znacznego powiększenia. Wreszcie twory te obecne są tylko w pierwszym okresie zapalenia i badać je należy w płynie wyciągniętym z płuc, co w praktyce prywatnej w samej rzeczy może napotkać na trudności.

Dopiero w ostatnich czasach Ziehl z Heidelbergu ogłosił sposób wykrywania diplokoków zapalenia płuc—w płwocinie,—o czem w następnym numerze „Kroniki” podamy bliższe szczegóły