

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## OD REDAKCYI.

-- W roku 1885 Kronika Lekarska wydawaną będzie jak dotąd dwa razy na miesiąc z tym samym programem. Na wydawcę obranym został kol. Mączewski.

Adres Redakcyi: Chmielna Nr. 32.

Adres Administracyi: Erywańska Nr. 4a.

### I. Anatomija patologiczna i Patologija ogólna.

395. N. LÜBIMOFF. **Zmiany anatomopatologiczne przy gorączce żółtej** (typhus biliosus). *Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen bei Typhus biliosus.* (*Virchows Archiv Bd.* 98).

Choroba ta została ściślej określoną dopiero przez Griesingera (1850—52), który uważa ją za odmianę duru powrotnego, różniącą się znacznie cięższym przebiegiem, przeważnem zajęciem śledziony i dróg żółciowych, i nie mającą typowych prawidłowych powrotów. W dalszej literaturze panuje niezgodność co do omawianej postaci chorobowej; jedni uważają ją za pokrewną z durem powrotnym, inni zapatrują się na nią, jak na sprawę samodzielną.

Spostrzeżenia autora opierają się na badaniu zwłok 24 osób, zmarłych podczas epidemii gorączki żółtej w Kazaniu w końcu 1879 i początku 1880. Główne zmiany znajdowano zawsze w śledzionie. Organ

ten stale bywał powiększonym, niekiedy nawet bardzo znacznie (długość 25,5 cent. szerokość 15, grubość 8, waga do 1845 gr.) Na przekroju, w pośród wiśniowo zabarwionego mięszu, leżą rozsiane drobne, żółtawe punkciki, zlewające się niekiedy w większe ziarenka. Po nastryknięciu naczyń okazuje się, że ziarenka owe są ciałkami Malpighiego. Mięsz leżący między temi ciałkami składa się z czerwonych ciałek krwi, komórek limfoidalnych, oprócz tego z pierwocin zawierających wewnątrz czerwone ciałka krwi. W małych tętnicach i żyłach uderza napęcznienie śródbłonka i złuszczenie się jego komórek. Obok tego charakterystyczną zmianę stanowią tu zawały (infarct), wielkości od ziarenka grochu do  $\frac{1}{8}$  —  $\frac{1}{4}$  całego narządu. Zawały te—leżą—pod samą otoczką, albo też wgłębi, są ściśle okonturowane, twarde, barwy szaro-żółtej, szaroczerwonej. Ciałek Malpighiego nie znać tu wcale, albo też przedstawiają się tu one jako małe białe, lub żółtawe punkciki.

Przy drobnowidzowem badaniu zawałów znaleziono: drobnodziarnisty rozpad, kryształki hematoïdyny, naczynia pozatykane mikrokokkami i ze zmienionym śródbłonkiem. Niekiedy zawały oddzielone były od sąsiedniego mięszu przez warstwę żółto-zielonej ropy.

W jednym przypadku oprócz tego były ropnie.

Z pozostałych narządów najwięcej zmian wykazywała wątroba. Objętość organu zwykle była nieco powiększoną; mięsz wiotki, barwy glińastej, z zatarłą budową zrazikowatą. Na skrawkach drobnowidzowych uderzało również niewyraźne zarysowywanie się zrazików.

Naczynia były mało zmienione, tem więcej przewody żółciowe, których nabłonek był zmętniały, ziarnisty, częściowo złuszczone—tak, że wypełniał światło.—Komórki wątrobowe przedstawiały mniej lub więcej wyraźne cechy tłuszczowego zwyrodnienia, w niektórych jednak miejscach ulegały zgorzeli krzepnicowej. Naczynka śródzrakowe były uciśnięte, ich śródbłonek zmętniały inapęczniały, światło niekiedy wypełnione mikrokokami.—Dwa razy znaleziono ropnie w wątrobie i wtedy narząd cały był znacznie powiększonym.

W *nerkach* zmiany były dwojakiego rodzaju: obrzmienie mięszone i ostre śródmiąższowe zapalenie z ropniami.

Zmiany w *sercu* odpowiadały rozmaitym stopniom tłuszczowego zwyrodnienia.

W *układzie nerwowym* nie znaleziono żadnych charakterystycznych zmian.

W *mózgu*—były objawy śródmiąższowego zmętnienia, w rdzeniu — zmiany przedstawiały różnorodność: tłuszczowe zwyrodnienie, barwnikowe i hyalinowe. Komórki, odpowiednio do stopnia zmian, przedstawiały mniej lub więcej zachowane kształty. Takie same zmiany widziano w zwojach n. współczulnego.

W *żółtku i przewodzie kiszczowym* zmiany nosiły cechy nieżyty ostrego, raz z charakterem dysenterji.

*Szpic kostny* w miejscach zmienionych był zabarwiony żółto, albo ciemno-czerwono i zawierał w części trzonowej suche, zbite ogniska, wielkości niekiedy grochu, otoczone czerwoną obrączką. Przeszrenie między ogniskami składały się z naczyń krwionośnych, komórek limfoidalnych, tworów, zawierających ciała czerwone, i wielojądrowych komórek. I tu w naczyniach jak i w zewnętrznych warstwach ognisk znajdowano mikrokokki.

Małe ogniska w śledzionie, odpowiadające ciałkom Malpighiego, autor wbrew Pomfickowi, patrzącemu na nie, jak na

zawały tętnicze, uważa za wynik rozrostu limfoidalnych pierwiastków, a więc za lymphoma inflammatorium (Rudneff). Bódcem wywołującym ten rozrost są być może spirylle, które autor znajdował nie tylko we krwi u chorych na żółtą gorączkę, ale i w samych kłębkach Malpighiego.

Co się tyczy zawałów, to nie są one zmianami cechującymi żółtą gorączkę, lecz są wyrazem ropnicowego zakażenia.

Opisane zmiany wystarczają dla wyjaśnienia objawów spostrzeganych za życia w tej chorobie, a mianowicie żółtaczkę, objawów durzycowych, bólów w kończynach.

W końcu autor mówi, że w żaden sposób nie może zgodzić się z Trouseau, który omawianej choroby nie odróżnia od ostrego żółtego zaniku wątroby. Zmiany obserwowane bowiem przezeń bynajmniej nie odpowiadają opisom zmian wątroby przy ostrym zaniku podanym przez Winiwartera, Brodowskiego. Dalej autor sądzi, że zupełne oddzielenie żółtej gorączki od duru powrotnego—jest bezpodstawowem—ponieważ i tu spotykają się spirylle, a ciężkość przebiegu nie jest jeszcze dostatecznym powodem do odróżniania; można najwyżej idąc za Griesingerem uważać żółtą gorączkę za cięższą odmianę duru powrotnego. *O Hewelke.*

396. Dr. BIEDERT (i G. SIGEL). **Przewlekłe zapalenie płuc, suchoty i gruźlica prosowata.** *Chronische Lungenentzündung, Phtise und miliare Tuberculose.* (*Virchow's Archiv Bd. 98, I — str. 91 — 160.*)

Punktem wyjścia dla niniejszej pracy było czysto teoretyczne, nie mające żadnej klinicznej podstawy orzeczenie Kocha, że wniknięcie do *zdrowego* płuca małej liczby gruźliczych laseczników warunkuje powstawanie suchot przewlekłych, a dużej—powstawanie ostrej gruźlicy. Badania autora miały na celu wykazać: 1) w jakim stosunku znajduje się obecność laseczników gruźliczych do danych klinicznych, na podstawie których dotąd roz-

poznawano posuniętą, a zwłaszcza mało rozwiniętą, początkową gruźlicę, a także stosunek ich do innych przewlekłych spraw zapalnych w płucach; 2) określić stosunek obecności i liczby tych tworów do przebiegu choroby w ogóle; 3) zbadać zachowanie się względem laseczników gruźliczych ludzi cierpiących na przewlekłe sprawy w płucach, a przebywających przez długi czas razem z suchotnikami.

Wnioski swe autor wyprowadza ze 100 spostrzeżeń klinicznych i 12 badań pośmiertnych. Głównym punktem wszystkich tych badań było, oczywiście, wykrycie lub skonstatowanie nieobecności laseczników Kocha. Ponieważ przy ostatnim zawsze może się nasunąć myśl, że laseczniki tylko nie zostały wynalezionemi przeto autor szczegółowo opisuje sposoby badania, których tu używał (barwienie głównie według Ehrlicha), badania kontrolujące, szczególnie zaś w ujemnych razach, aby usunąć wszelkie wątpliwości co do otrzymanywnych wyników.

Spostrzegane przypadki autor dzieli na dwie główne grupy: w jednej (49) znajdowano laseczniki, w drugiej (51) badania pod tym względem wypadły ujemnie.— Każda z grup rozpada się na działy: a) zajęcie wierzchołków, b) umiejscowienie sprawy po za obrębem wierzchołków, c) przypadki szczególne. Do ostatniej kategorii w pierwszej grupie należy: prosowata gruźlica, i gruźlica u ssawców, a w drugiej grupie: rzekoma prosówka, zajęcie wyłącznie krtani, cierpienia rzekome gruźlicze u ssawców. Oprócz tego znajduje się w pierwszej grupie 6 przypadków, w których udało się autorowi złowić niejako na gorącym uczynku wniknięcie gruźliczych laseczników do płuc, podległych sprawom przewlekłym, i 3 spostrzeżenia, gdzie chorzy na przewlekłe cierpienia płucne, pomimo ciągłego, długoletniego nawet, przestawania z suchotnikami, nie ulegli zarażeniu.

W zestawieniu tem uderza pewna równoległość w szerzeniu się sprawy płu-

nej, niezależnie od obecności gruźliczych laseczników. Zajęcie wierzchołków z lasecznikami spostrzegano 26 razy, bez 24; przypadków więcej przewlekłych bez zajęcia wierzchołków było w pierwszej grupie 14, w drugiej 11. W ogóle badanie fizykalne i charakter anatomiczny sprawy nie wykazują nic, co by można uważać za cechujące dla cierpienia płuc pasorzytowego lub niepasorzytowego. To samo dotyczy krwiopłucia, gorączki, chociaż ostatnia w przypadkach pasorzytowych bywa częstszą, dłuższą i cięższą.

*Główna różnica pomiędzy cierpieniem płuc pasorzytowym i niepasorzytowym polega na daleko cięższym przebiegu pierwszego.— Ztąd zaś bezpośrednio wypływa znaczenie obecności pasorzytów dla rokowania i rozpoznawania.*

Równoległość, jaka się rzuca woczy przy rozpatrywaniu objawów, przebiegu etc.— tych 2-óch szeregów przypadków, a która, gdyby nie obecność w jednych laseczników Kocha, kazała by je uważać za identyczne, nasuwa autorowi myśl, że w każdym przypadku suchot pasorzytowych mamy dwie sprawy: jedną pierwotną w postaci nacieczeń, i drugą wywoływaną przez obecność laseczników przez pierwszą przygotowywaną. Sprawy te są samodzielne, mogą rozwijać się obok siebie niezależnie i brać przewagę jedna nad drugą, chociaż zwykle góruje już sprawa pasorzytowa. Niestale zachowanie się liczby pasorzytów do przebiegu, resp. natężenia sprawy — zmniejszanie się ich pomimo widocznego pogorszenia — jest dowodem powyższego.

Niezbędność obecności u przednich nacieczeń dla rozwoju pasorzytowej gruźlicy autor opiera na następnych podstawach: nacieczenia sprzyjają osiedlaniu się laseczników, ale i stanowią tamę dla ich dalszego rozwoju, gdyby tak nie było,— dla czego by po wniknięciu ich do uprzednio zdrowego ustroju nie następowało zwykle uogólnianie, jak to ma miejsce

przy zaszczepieniu gruźlicy zdrowym zwierzętom?

Tak zaś sprawa pozostaje umiejscowioną w ognisku zapalnym — i szerzy się dalej dopiero wtedy, gdy laseczniki zdolają się przedostać przez wały, jakie na około ogniska wytwarza zapalenie odczynowe. Dalej, za przypuszczeniem powyższym przemawiają te przypadki, w których przy obecności zmian w płucach nie można było wykryć laseczników, gdzie zaś później wykryć je zdołano. Takich przypadków, gdzie wniknięcie laseczników niejako naocznie spostrzegano, miał autor aż 5. Można by powiedzieć, że nacieczenie to było pierwotnie pasorzytowym — ale dla czego pasorzyty nie przechodziły do obfitej płwociny, jak to zwykle bywa. Przy prosowatej gruźlicy nie ma w płwocinie laseczników, ale też nie ma wprawdzie wtedy w płucach nacieczeń i obfitej wydzieliny. Wreszcie za niezbędną obecnością uprzednich nacieczeń ma przemawiać i to, że osoby nie posiadające ich nie zarażają się gruźlicą pasorzytową, pomimo najbardziej sprzyjających warunków. Tak więc nacieczenia w płucach stanowią usposobienia do gruźlicy.

Z innych warunków sprzyjających autor zaznacza *slabą czynność serca* (tętno niezwykle szybkie, miękkie). Budowa sama gra małą rolę, a zwłaszcza tyle obwinia słaba konstytucja; liczba osobników mocno i słabo zbudowanych prawie taką samą jest w szeregu przypadków sprawy pasorzytowej jak i niepasorzytowej. Zda się za to, że *opilstwo* jest warunkiem sprzyjającym.

Co do drogi przenikania zarazy autor na pierwszym miejscu stawia płuca, przypisując przewodowi pokarmowemu nader małą rolę. W 10 przypadkach u ssawców i małych dzieci nie przemawiało za wyjściem sprawy z tego miejsca, w kilku zaś początek w płucach zdołano wykazać.

Wywody badań pośmiertnych potwierdzają według autora wyżej zaznaczony

dualizm, mianowicie tem, że przy przewlekłych suchotach spotykają się w płucach obszerne nacieczenia i przewlekle zapalne ogniska, które właśnie w swych świeższych częściach nie zawierają laseczników; ostatnie w wielkiej liczbie znajdują się w tych miejscach nacieczenia, gdzie ziarnistość i zatarte kontury komórek świadczą o poczynającym się rozpadzie tkanki. Prócz tego autor przypuszcza możliwość serowatego rozpadu i bez udziału gruźliczych laseczników.

Co się tyczy prosowatej gruźlicy, to autor w powstawaniu jej przyjmuje za Kochem wpływ wniknięcia wielkiej ilości laseczników, chociaż blizkim jest przypuszczenia i tutaj obecności uprzednich małych nacieczeń.

W jednym przypadku wtórnej prosowatej gruźlicy w skrawkach z gruzelków z kiszek autor nie znalazł wcale laseczników, a za to jakieś inne drobnoustroje, które w płucach spotykały się obok laseczników Kocha. Być może, że obok ostatnich istnieją i inne twory, mogące wywoływać podobne sprawy zdanie podobne wygłaszali: Malassez i Vignol, także Ziegler, a pociąga ono ku sobie zwłaszcza tam, gdzie przy znacznie rozwiniętej sprawie gruźliczej b. mało znajdujemy samych gruźliczych laseczników.

Autor kończy, nie uznając suchot za chorobę zakaźną, a nawet zaraźliwą, ponieważ nie sam zarazek, ale od innych warunków (jak więź, warunki życia i inne okoliczności) z zależne zmiany rozstrzygają o możliwości wniknięcia i utrzymania się w ustroju zarazka. Nawet ostra prosowata gruźlica, chociaż więcej przypomina choroby zakaźne, zależy być może od uprzednich zmian, z których dopiero zarazek przedostaje się do krwi.

W obec ogromnego i uznanego wpływu na rozwój suchot więzi, warunków życia i uprzednich zmian w płucach, a zaledwie że istniejącego znaczenia zaraźliwości, — walka z tą plagą ludzkości musi

zaczynać się od *zapobiegania*, które powinno być zadaniem ogólnej higieny.

Co do leczenia (krótko wzmiankowanego), autor nic oryginalnego nie podaje, zaznaczając, że powinno być skierowaniem ku zwiększeniu odporności ustroju pod każdym względem. *O. Hewelke.*

397. Dr. v. JUHL. **Zdolność skóry ludzkiej wchłaniania rozpylonych płynów.** (*Untersuchungen über das Absorptionsvermögen der menschlichen Haut für zerstäubte Flüssigkeiten*). *Deut. Ar. f. kl. Medic. Bd. 30.*

Z nowszych badaczy Röhrig dopuszcza wchłanianie przez skórę rozpylonych płynów, Fleischer zaś i v. Wittich odrzucają stanowczo.

Dla sprawdzenia tego pytania autor przedsięwziął szereg doświadczeń, do których używał ciał dających się łatwo wykazać w moczu, w razie wessania: mianowicie sól żółtą, garbnik, kwas salicylowy i salicylan sodu, jodek potasu, jodową nalewkę. Ciała te w słabych, wodnych, lub wysokowych roztworach rozpylano za pomocą zwykłego pulweryzatora, trzymanego na 10 ctm. od ciała, dbając o to, aby cała powierzchnia skóry była jednostajnie skropioną.

Główną trudnością przy tych doświadczeniach było usunięcie wszelkiej możliwości wchłaniania innymi drogami prócz skóry: mianowicie przez płuca.— W tym celu autor ograniczył się do badania skóry kończyn dolnych, jako dających się łatwiej odosobnić; to zaś wykonywano w ten sposób, że chory, pozostawał w jednym pokoju, a nogi przez umyślnie otwory w drzwiach wysuwał do drugiego. Otwory w drzwiach zaopatrzone były w gumowe ściśle przylegające rękawy, na które prócz tego nakładano bandaże. Wszystkie szpary w drzwiach były również pozakładane gumowymi rurkami, a drzwi mocno zamknięte za pomocą szrub.

Używano rozumie się tylko osob, u których skóra na nogach była całą, bez

wszelkich zadrapań, zaczerwień i t. p. Przed każdym doświadczeniem obmywano skórę dokładnie mydłem, po skończeniu zaś obmywano starannie i wysmarowano wazeliną, by usunąć najmniejsze ślady użytego ciała. Oprócz tego autor przedsięwziął doświadczenia kontrolujące nad przepuszczalnością drzwi, ściany.

Z solą żółtą zrobiono 12 doświadczeń, z garbnikiem 16, z kwasem salicylowym 11, z jodkiem potasu 23, z nalewką jodową 9.

Wyniki tych doświadczeń były dodatnie, wykazujące, że skóra jest przepuszczalną dla rozpylonych roztworów ciał, przytem łatwiej zostają wchłaniane roztwory wysokowe niż wodne.

Co się tyczy pytania, w jaki sposób odbywa się to wchłanianie, t. j. czy przez pośrednictwo gruczołów potowych (Röhrig), czy też przestrzeni między komórkami naskórka, autor skłonny jest do ostatniego przypuszczenia. Przy pociągnięciu skóry kamieniem piekielnym pod drobnowidzem szczeliny międzykomórkowe warstwy nabłonkowej przedstawiają się czarnymi od przenikania w nie lapisu, przy rozpylaniu płynów z pewną siłą wnikanie podobne wydaje się tembardziej możliwem. Dalszych badań w tym kierunku nie przedsięwzięto. *O. Hewelke.*

398. Dr. AUFRECHT. **Dławiec i dyfteryja.** *Croup und Diphtheritis.* (*Allg. Wiener. Med. Ztg. Nr. 45*).

Autor uważa dławiec i dyfteryę za sprawy zupełnie identyczne, opierając się głównie na fakcie, że w obu razach znalezione zostały te same drobnowidzowe ustroje (Hueter i Oertel). Są to mikrokokki, bądź pojedyncze, bądź układające się po dwa albo w dłuższe sznurki i kupki. Zwykle jako na różnicę między omawianymi chorobami wskazują na to, że przy dławcu wysięk zbiera się na powierzchni w postaci błon rzekomych, które oddzielają się bez uszczerbku leżącej pod nimi tkanki, podczas gdy przy dyfteryji mamy wysięk przenikający w głębi

i pociągający za sobą utratę zajętej tkanki. — Różnice te według autora pochodzą ztąd, że porównywane zostają tu dwa różne okresy tej samej sprawy. W gardzieli obserwujemy ją od samego początku, czego nie można uskutecznić w krtani, nie mamy zaś żadnych danych do utrzymywania, że wysięk w krtani z początku nie oddziela się również trudno. Anatomiczne badanie błon w jednym i drugim razie daje też same wyniki: złogi włóknikowe, usiane mikrokokami, z przestrzeniami wypełnionymi białymi ciałkami. Oddzielanie się błon odbywa się w ten sposób, że pomiędzy niemi i powierzchnią tkanki nagromadzają się ciała białe, które podminowują i odrywają błonę rzekomą. Sama tkanka pozostaje zawsze nieuszkodzoną, najwyżej nabłonek pokrywający ją ulega zmętnieniu i stłuszczeniu. Autor sądzi, że głębsze zniszczenia w gardzieli przy dyfteryi pochodzą w skutek łatwiejszego dostępu dla wpływów mechanicznych, pociągających za sobą uszkodzenie tkanki i wniknięcie głębsze szkodliwego pierwiastku, a nawet przedostawanie się do krwi. — Tutaj autor zalicza i wszelkiego rodzaju *miejscowe leczenia*, pędzlowania, przyżegania, przemywania, które zwłaszcza u niespokojnych dzieci, mogą pociągnąć za sobą przypadkowe uszkodzenia zajętych błon śluzowych. Toteż autor stosuje tylko następne leczenie: płókanie chloranem potasu i zimne okłady na szyję, u dzieci nie umiejących płukać daje chloran potasu w małych dawkach do wewnątrz. Od 1880—1883 leczono tym sposobem 225 chorych i zawsze z dobrym skutkiem. Zmarł tylko jeden chory, któremu wbrew zasadom autora przestrzyknięto kilkakrotnie nożem, przyczem miał miejsce nieznaczny krwotok — wskutek zapewne uszkodzenia błony śluzowej; było to już wystarczającym dla przedostania się jadu do krwi i chory ten, nie budzący dotąd żadnej obawy, zginął w ciągu 36 godzin. Nawet przy zajęciu choan i wypływie z nosa au-

tor nie pozwala na żadne miejscowe leczenie, najwyżej na utarcie nosa chustką.  
*O. H ewelke.*

## II. Parazytologia.

399. R. Koch. **O bakteryjach cholerycznych.** (*D. Med. Woch. Nr. 45—1884*).

Koch zbija twierdzenia Lewisa i Finkler-Piora, którzy znajdowali przecinkowe laseczniki i w innych cierpieniach. — Utrzymuje on, że bakteryje często podobne są do siebie ze względu na niektóre własności; jedne posiadają jednakową formę, inne podobne są wskutek jednakowego zachowania się w obec barwników. — Nawet i hodowla rozmaitych bakteryj może być jednakową; lecz dopiero wtedy można wnioskować o identyczności dwóch postaci bakteryj, kiedy wszystkie znane własności są zupełnie jednakowe. Cóż z tego, że laseczniki choleryczne makroskopijnie na kartoflach tworzą taką samą hodowlę, jak i laseczniki nosacizny (*Rotzbacillen*), kiedy wszystkie inne ich własności są różne?

Autor zgadza się z Lewisen, że w ślinie są bakteryje, których forma podobną jest do formy laseczników cholerycznych. Niejednokrotnie jednak poddawał ślinę, zawierającą podobne laseczniki badaniu na odżywczej gelatynie, podobnie jak i laseczniki choleryczne, i spostrzegł, że się one zupełnie inaczej zachowują i nic wspólnego z lasecznikami pręcikowemi nie mają. Lecz już pod mikroskopem okazują się one nieco większe, cieńsze, a na końcach mniej tępe, niż choleryczne. Na obojętnej, lub słabo alkalicznej żelatynie z mięsa i peptonu (*Fleischwasser-Pepton-Gelatin*) laseczniki Lewisa wcale nie rosną, podczas gdy choleryczne Kocha bez wyjątku dobrze się rozwijają.

Co się tyczy Finklera i Piora, którzy utrzymują, że znaleźli laseczniki choleryczne w wypróżnieniach przy choleryce swojskiej, to przedewszystkiem zarzuca

im Koch brak przygotowania i dostatecznej umiejętności w wykonywaniu badań bakteriologicznych. Finkler i Prior otrzymywali swe hodowle na kartoflach, na których, jak utrzymuje Koch, czysta hodowla prawie nigdy się nie udaje; zarzuca im, że nie znają sposobu hodowania na żelatynie i że mało są obeznani z biologią bakteryj. Z hodowli, które Kochowi przestali F. i P. otrzymał on 4-y rodzaj laseczników, z których tylko jeden przedstawiał się nieco podobnym do cholerycznego lasecznika Kocha. Są one zresztą większe i grubsze na żelatynie i na kartoflu rosną prędzej niż laseczniki Kocha, oddzielne kolonije na żelatynie są okrągłe, drobno ziarniste, a żelatyna pod ich wpływem na dalekiej przestrzeni prędko staje się płynną. Laseczniki zaś Kocha tworzą w żelatynie nie jednakowo okrągłe, z białych błyszczących grudek złożone kolonije; rosną powoli, a żelatyna rozplywa się w niewielkiem od nich odaleniu.

Na kartoflach przy temperatur. 17–19° C. laseczniki Kocha wcale nie rosną, a Finklera i Piora bujnie rozrastają się. Posiadają one jeszcze i inne różne własności, powyższe atoli wystarczają do wykazania odrębności laseczników cholerycznych Kocha, z którymi laseczniki Piora i Finklera nic wspólnego nie mają. Koch utrzymuje nawet, że przecinkowe laseczniki, które mu pokazali Finkler i Prior nie pochodzą z wypróżnień stolcowych, a są późniejszą przymieszką. W ostatnich bowiem czasach poszukiwał on bakterji u chorych na niewątpliwą cholere swojską i w wielu innych przypadkach (podczas wykładów dla lekarzy w berlińskim wydziale zdrowia), a laseczników przecinkowych nigdzie nie znalazł. Wskutek tego powtarza, że laseczniki przecinkowe są bakteryje swoistemi, wyłącznie należącemi do cholery azyjatyckiej.

Potwierdza się to doświadczeniami na zwierzętach, wykonywanemi przez Nicati'ego i Rietscha, a w ostatnich czasach i

przez Kocha, który po zastrzyknięciu do dwunastnicy płynu otrzymanego z hodowli, wywoływał anatomiczne zmiany w kiszkiach, podobne do cholerycznych.

*M. Hopfenblum.*

400. Dr. C. v. ERMINGEN. **Poszukiwania nad lasecznikiem przecinkowatym cholery azyjatyckiej.** *Recherches sur le bacille-virgule du choléra asiatique.* (Praca czytana na posiedzeniu Belgijskiego „Societé de Microscopie” 26 paźdz. 1884).

Praca ta jest pierwszą, która stwierdza odkrycie Kocha na podstawie ścisłych metod, podanych przez samego wynalazcę. Autor uprzedza przytoczoną wyżej krytykę Kocha i daje odpawę zarówno Lewisowi, jak i Finklerowi z Priorem.

Główne wnioski tej pracy są następujące:

1) treść kiszki chorych i zmarłych na cholere zawiera zawsze ustroje identyczne z opisanym przez Kocha lasecznikiem-przecinkiem.

2) zakrzywiona postać tych drobno-ustrojów, układanie się w formie litery S i w dłuższe nitki, wyrastanie ich w zlekka wygięte nitki—wszystko to razem daje obraz drobnowidzowy, który pozwala łatwo odróżniać te twory, od wszelkich innych chorobotwórczych ustrojów.

3) w wypróżnieniach (i w zawartości kiszki) cholerycznych liczba tych ustrojów zależy od okresu choroby, w którym przedsiębrano badanie. W dwóch piorunująco przebiegających przypadkach zawartość kiszki przedstawiała się jak czysta hodowla. W przypadku krótkotrwałym, w którym chory zmarł wśród objawów b. wyraźnych oziębienia, laseczników było mało. Znikają one stopniowo w miarę, jak stolce w okresie odczynowym zaczynają nabierać cechy kałowych wypróżnień.

4) badanie drobnowidzowe wypróżnień wystarcza do postawienia rozpoznania cholery azyjatyckiej w tych przypad-

kach, gdzie laseczników przecinkowych jest dużo.

5) gdzie zaś znajduje się ich mało, albo wcale nie, należy przystąpić do hodowli. Charakterystyczny wygląd hodowli daje się rozpoznać i przy słabych powiększeniach (50). Wysokie zalety hodowli z 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> żelatyny na tafelkach szklanych autor uznaje w zupełności. Przy tym sposobie postępowania można w mieszaninie małej ilości czystej hodowli z dużą ilością gnijącej krwi, moczu, kału i t. p. Wykryć typowe kolonie laseczników cholerycznych obok mnóstwa innych rozmaitych kolonij.

6) badanie morfologicznego charakteru omawianych laseczników w rozmaitych okresach ich rozwoju i w rozmaitych gruntach rozplodowych, a zwłaszcza w buljonie kurzym i w płynnej surowicy krwi, pokazuje, że zbliżają się one do istotnych krętowłósk (spirillae).

7) pomimo możliwe urozmaicenia warunków hodowli, gruntu rozplodowego i ciepłoty nie udało się wykryć w lasecznikach — tworzenia się zarodników (spora). Nie wytrzymałość ich w obec wysychania przemawia również za tem, że nie tworzą one trwałych zarodków.

8) hodowane na żelatynie laseczniki, tracą zdolność dalszego rozwoju po 6—7 tygodniach, w hodowlach z Agar-Agar jeszcze po upływie 8—9 tygodni znajdują się żywe ustroje.

9) najbardziej sprzyja rozwojowi laseczników ciepłota między 25<sup>0</sup> 27<sup>0</sup>. Niżej 16<sup>0</sup> (8<sup>0</sup>—15<sup>0</sup>) rosną one wprawdzie, ale bardzo nędznie.

10) autorowi udało się wywołać cholereę przez zaszczepienie czystych hodowli u psów, królików i świnek morskich. Postępowano według Nicati i Rietscha, zastrzykując chodowlę do dwunastnicy.

11) chorobotwórcze działanie kultur polega zapewne na powstawaniu ciała zymatycznego (une zymase)—białkanu złożonego, łatwo rozpadającego się.

12) wykrycie laseczników cholery-

cznych ma ogromne znaczenie przy rozpoznawaniu w przypadkach wątpliwych, w początkach epidemii cholery, a zarazem i w kwestyjach przedsięwzięcia środków zapobiegawczych; a to tem bardziej, że przy wczesnem rozpoznaniu środka te mogą być zastosowane we właściwym czasie.

13) przeprowadzenie badania na laseczniki choleryczne z punktu widzenia praktycznego nie przedstawia szczególnych trudności; było by przeto do życzenia, aby, w obec grożącego niebezpieczeństwa przeniknięcia cholery (do Belgii), lekarze czynni w służbie zdrowia zapoznali się ze sposobami badania. O.

401. Watson CHEYNE. **O stosunku mikrokokków do ran, ropni i spraw septycznych.** *Report on micrococci in relation to wounds, abscesses, and septic processes.* (*British Medical Journal*—Nr. 1238, 1239 i 1240—r. 1884).

Teoryja pasorzytowa zdobywa sobie coraz więcej zwolenników i coraz pewniejsze podstawy. Zawdzięcza to ona głównie chirurgii, której wzamian doniosłe oddaje usługi.

Mikrokokki zawsze znaleźć można w ranach, nieleczonych środkami przeciwnilnemi, a nawet w ranach, mających zupełnie aseptyczny przebieg; oprócz tego dowiedziono, że ropnica i inne zakaźne choroby zależą od mikrokokków.

Najbardziej interesującym jest fakt, że mikrokokki znajdują się w ropniach przed ich przecięciem. Fakt ten od dawna już był znany Billroth'owi i autorowi. Ogston utrzymuje nawet, że wszystkie ostre ropnie zależą od mikrokokków. Powiada on, że do tworzenia się ropni prowadzą tylko te zapalenia, które zależą od mikrokokków. Mimochodem wspomnieć należy, że zdaniem Ogston'a, te same mikrokokki wywołać mogą gnilne zapalenie, posocznicę, ropnicę, różę, zgorzel i t. d.

Autor, w celu zbadania wpływu i sto-



sunku mikrokokków do ropni, ran i t. d., wykonał bardzo liczne doświadczenia. Polegały one na wstrzykiwaniu w żyły królików i innych zwierząt mikrokokków, zebranych z ran, ropni i t. d.; następnie zabijał on poddawane doświadczeniom zwierzęta (jeżeli te nie zdechły same), i badał drobiazgowo zmiany, znajduwane w organach wewnętrznych.

Doświadczenia te pozwalają autorowi wypowiedzieć następujące wnioski:

1) w ranach aseptycznych znaleźć można rozmaite gatunki mikrokokków, które najlepiej się hodują przy ciepłocie ciała.

2) mikrokokki, napotymane przy powyższych doświadczeniach, szybko się rozwijają przy obfitym dopływie tlenu,—słabo przy braku tlenu.

3) działanie mikrokokków na zwierzęta nie zmienia się od tego, czy one były hodowane przy dopływie, lub też przy braku tlenu.

4) wpływ mikrokokków na królika i człowieka nie jest jednakowym. Najszkodliwsze gatunki dla królików nie wywołują żadnych chorobowych zmian w ranach człowieka.

5) nerki są najważniejszym wydzielniczym organem dla mikrokokków.

6) organizmy niezdolne do wzrostu i rozwoju we krwi, mogą jednak wywołać bardzo poważne następstwa, rozwijając się w organach wydzielniczych. Fakt ten może wyjaśnić niektóre przypadki pyelitydis.

7) jeżeli ustrój zwierzęcy jest zdrowy, to dla wywołania pewnych chorobowych zmian należy wprowadzić znaczną ilość mikrokokków.

8) nie każde ropienie zależy od mikrokokków, (zdanie niezgodne ze zdaniem Ogston'a); ropienie zależy także może i od innych przyczyn, jak np. działanie ol. crotonis).

9) mikrokokki zawsze się znajdują w ostrych ropniach, których są przyczyną.

10) w niektórych razach mikrokokki są pierwotną przyczyną zapalenia i ropienia; ropnica zależy od mikrokokków. Zwykle jednak naprzód powstaje zapalenie; mikrokokki zaś wnikają dopiero później w miejsca zapaleniu uległe.

11) zapalenie powodować również może uraz, zimno, chemicznie drażniące ciała.

12) przy ropieniu znaleźć można rozmaite gatunki mikrokokków.

13) mikrokokki wytwarzają chemicznie drażniącą istotę, która, dostawszy się do tkanek w stanie stężonym wywołuje ich zgorzel,—w stanie zaś bardziej płynnym istota ta wywołuje zapalenie i ropienie.

14) istnienie tak zwanego „przeciwgnilnego ropienia” zdaje się nie ulegać wątpliwości.

15) nateżenie (tensio) może również wywołać zapalenie, szczególnie wtedy, jeżeli przeniknęły w tkankę mikrokokki, choćby nawet niewinne.

16) mikro-organizmy posocznicy, ropnicy i róży różnią się i od siebie i od mikrokoków, znajduwanych przy ostrych ropniach. Przy róży mikrokokki rosną w naczyniach chłonnych,—przy ropnicy we krwi. Przy posocznicy mogą one rozwijać się miejscowo, objawy zaś posocznicy zależą od wessania ich ptomainów do krwi.

17) nie ma dowodów stwierdzających, jakoby jedne i te same mikrokokki mogły wywołać rozmaite choroby. Doświadczenia, które miały na celu przemianę form nieszkodliwych na szkodliwe i vice versa, nie udały się.

*Henryk Goldblum.*

### III. Chirurgija.

402. GUYON. **O !krwawem moczeniu po zatrzymaniu moczu.** (Lekcja kliniczna prof. Guyon zebrana przez D-ra Guiard'a.—*Des hématuries dans les rétentions d'urine.* (*Annales des maladies*

*des organes Génito-urinaires* Nr. 1 — Janvier 1884).

Prof. Guyon, demonstrując chorego w podeszłym wieku, cierpiącego na długotrwałe zatrzymanie moczu, u którego po opróżnieniu pęcherza nastąpiło krwawe moczenie, zastanawia się nad przyczynami krwawienia i nad sposobami uniknięcia takowego.

Dla powstania krwawienia potrzebne są trzy warunki: podeszły wiek, długie trwanie choroby (przynajmniej kilka tygodni) i wysoki stopień rozciągnięcia pęcherza.

Jako przyczyny krwawego moczenia w omawianym przypadku G. uważa bogactwo sieci naczyniowych, szczególnie żylnych w ścianach pęcherza i wpływ jaki wywiera rozciągnięcie pęcherza moczem na zwiększenie napływu krwi do tych sieci naczyniowych.

Przekrwienie w tym wypadku jest dwojakie: tętnicze, występujące, jako skutek zwiększonej pracy ścianek pęcherza, usiłujących wypchnąć moczu, i żylnie wskutek przeszkód w odpływie krwi żyłnej spowodowanych obecnością nadmiernej ilości moczu, który rozciągając pęcherz przyciska przednią ściankę (szyjki do spojenia łonowego i przeto tamuje odpływ krwi żyłnej. Oprócz tego przy rozciąganiu ścianek pęcherza naczynia się wydłużają, co też wpływa na powiększenie ilości krwi w nich zawartej. Jeżeli, przy takim stanie ścianek pęcherza i ich naczyń, nastąpi raptowne opróżnienie pęcherza nic dziwnego, iż muszą nastąpić wynacynienia *ex vacuo*.

Że tylko przekrwienie ścianek pęcherza jest przyczyną krwawienia dowodzą zarówno spostrzeżenia kliniczne, jak i badania anatomiczne.

Guyon obserwował dwa wypadki zatrzymania moczu z następczemi krwawieniami, w których pośmiertne badanie wykazało w ściankach pęcherza tylko przekrwienie i małe wynacynienia w błonie

śluzowej, bez śladu rozerwania jakiegoś większego naczynia lub zapalenia.

G. bardzo wielkie znaczenie przypisuje przekrwieniom, które następują przy zatrzymaniu moczu, gdyż samo przekrwienie, chociażby nawet nie wywołało krwawienia, już jest szkodliwym, stanowi bowiem pierwszy okres zapalenia, a rozciąga się nietylko na ściany pęcherza, ale i na nerkę. Okoliczność ta tembardziej jest ważną, że zatrzymaniu moczu z rozciągnięciem następczem pęcherza podlegają przeważnie ludzie starzy, u których i tak działalność organów wydzielających jest upośledzoną. Mówiliśmy tu ciągle o wypadkach zaniedbanych, w których długo nie wypuszczano moczu cewnikiem, czyli o tak zwanem *pięrowotnym moczeniu krwawem*; lecz jak objaśnić krwawienie przytrafiające się podczas metodycznego wypuszczania moczu, tak zwane przez G. *wtórne moczenie krwawe*?

Guyon jest zdania, iż powstaje ono z mocno unaczynionych błon fałszywych, rozwijających się w pęcherzu pod wpływem długotrwałego chronicznego zapalenia, będącego następstwem zatrzymania moczu. Krwawienie w takich razach następuje wskutek rozerwania naczynia. — Na poparcie tego twierdzenia G. pokazywał pęcherz pokryty takimi błonami fałszywymi.

Z tych wskazówek G. wyprowadza pravidła postępowania przy leczeniu chorych w podeszłym wieku, cierpiących na długotrwałe zatrzymanie moczu. Radzi mianowicie metodyczne opróżnianie pęcherza, polegające na tem, aby nie wypuszczać od razu całej ilości zawartego w pęcherzu moczu, ale najwyżej połowę, powtóre, odpływ moczu regulować; nie pozwalać mu odpływać zbyt gwałtownie. — Na tę ostatnią okoliczność G. kładzie główny nacisk. Chociażbyśmy bowiem wypuścili tylko część moczu, ale pozwolili mu prędko i wielkim strumieniem wypływać, zawsze utworzyłaby się próżnia w pęcherzu, bo ściany jego długo rozcią-

gnięte, nie zdążyłyby się skurczyć i nastąpiłoby krwawienie ex vacuo. Wskutek tego G. radzi przy długotrwałych zatrzymaniach moczu wprowadzać cewniki o mniejszej średnicy, lub, w braku takowych, przy użyciu grubego kateteru, palcem regulować odpływ moczu.

G. zwraca jeszcze uwagę na konieczność starania się o zmniejszenie fermentacyi moczu, która może nastąpić w pęcherzu wskutek takiego niezupełnego wypuszczenia.

W tym celu radzi do pozostawionej w pęcherzu części moczu domięszać około 150 cent. sześciennych 4% roztworu kwasu bornego. Tak metodycznie opróżniając pęcherz, coraz mniej pozostawiając w nim moczu, a rozcieńczając takowy płynem przeciwnilnym, możemy nareszcie przyzwyczaić pęcherz do opróżniania się zupełnego i zapobiedz krwawemu moczeniu, a co ważniejsza usunąć ciągle przekrwienia organów wydzielających.

Garbowski.

#### IV. Farmakologija.

##### Cocainum muriaticum.

403. FAUVEL. (*Gazette des Hôpitaux* Nr. 134).

ANREP. (*Wracz* Nr. 46). *Kokain kak sredstvo miestno anjestezirujuszczieje.*

SCHENKEL, GANGHOFER. (*Bericht des Vereins deut. Aerzte in Prag. Pr. Med. Woch. Nr. 48*).

PANAS. (*Posiedzenie Ac. de Médecine. — 18 list. Nr. 44*).

KOLLER, JELINEK. (*Odczyty w Tow. Lek. Wied. według spraw. W. Med. Bl. 43, 44*).

BETTELHEIM. (*W. Med. Presse* Nr. 45).

ZAUFAL. (*Prager Med. Woch. Nr. 47. Verwendung des Cocains in der Ohrenheilkunde.*

*Por. też Koenigstein — Kron. Lek. Nr. 21*).

Kokaina jest alkaloidem, otrzymywanym z liści rośliny *Erytroxylon Coca*, ro-

snącej w Peru, gdzie cieszy się wielkiem zachowaniem, jako używka na podobieństwo herbaty, i środek leczniczy, pobudzający. 1 kilogramm tych liści daje około 2 grm. alkaloidu. W czystej postaci kokainę otrzymał Neumann (1860); przedstawia się ona w postaci graniastosłupów, przezroczystych lub biało żółtawych, i jest prawie nierozpuszczalną w wodzie. — Wzór jej =  $C_{17}H_{21}NO_4$ . Ogrzewana do 100° w zalutowanej rurze szklanej ze stężonym kwasem solnym rozpada się na kwas będzwinowy, alkohol metylowy i alkaloid, któremu Woelher nadał nazwę ekgoniny. Kokaina będąca w użyciu lekarskiem jest chlorkiem kokainy, przedstawia się w postaci białego proszku, bardzo łatwo rozpuszczającego się w wodzie (nawet 2 na 1), o smaku mocno gorzkim.

Działanie fizjologiczne kokainy zbadaniem zostało przez Schroffa, Anrepa, Rossbacha, zarówno miejscowe jak i ogólne. Na to ostatnie zwrócono główną uwagę. Doświadczenia na psach pokazują, że przy zatruciu tym środkiem w stosunku 1/6 gr. na kilogram wagi ciała występują objawy silnego pobudzenia z uczuciem przyjemnem; przy mocniejszym zatruciu z początku przeważają objawy trwogi, stopniowo jednak znowu wraca poprzedni obraz. Przy jeszcze większych dawkach występują silne drgawki, a po nich śpiączka. U człowieka spostrzegano raczej objawy odurzenia i przygnębienia niż pobudzenia. Uciepłokrwestych śmierć przy zatruciu następuje wskutek porażenia oddychania (serce kurczy się jeszcze dalej).

Z miejscowego działania znano wpływ znieczulający przy zastrzyknięciu, przy pędzlowaniu błon śluzowych, jak również zdolność rozszerzania źrenicy (Anrep). Wiadomości te jednak nie przekraczały w zastosowaniu swem progu gabinetów doświadczalnych, tak, że dopiero w ostatnim czasie kokaina przeszła do klinik, została niejako na nowo odkrytą. Można to powiedzieć z tem większą racyją, że obecnie po-

zostawiono na stronie jej ogólne działanie, a zwrócono się wyłącznie do miejscowo znieczulającego, o stopniu którego, pierwsi badacze, zajmujący się kokainą, nie mieli dokładnego pojęcia. Wprawdzie Anrep i Fauvel ogłaszają obecnie, że od dawna używali w praktyce w najrozmaitszych przypadkach kokainy, jako środka miejscowo znieczulającego, jednak ogólną uwagę na jej wielką doniosłość zwrócili dopiero wiedeńscy lekarze, okuliści: Koller, Koenigstein, dalej laryngolog Jelinek. Obecnie zjawilo się już mnóstwo spostrzeżeń z najrozmaitszych gałęzi medycyny, oprócz bowiem dwóch wspomnianych specjalności stosowano już kokainę przy chorobach usznych, skórnych, a nawet w gynecologii, dentystyce.

Kokaina stosuje się w wodnych roztworach od 2 do 20 procentowych — w postaci wkraplań, wstrzykiwań, lub pędzlowań.

Koller podaje, że w minutę lub dwie po wkropleniu dwuprocentowego roztworu chlorku kokainy do worka łącznicy — rogówka i łącznica tracą zupełnie swoją wrażliwość, tak dalece, że można jech wytać szczypczykami. Stan ten trwa około 7—10 minut. W kwadrans zjawia się rozszerzenie źrenicy, trwające przeszło godzinę; źrenica zachowuje jednak zupełnie swój odczyn. Przy dłuższem wkraplaniu znieczulenie trwa dłużej. Nigdy nie zauważono zjawisk podrażnienia. Przy użyciu pięcioprocentowego roztworu znieczulenie jest tak zupełne, że K. wykonywał mógł z powodzeniem — operację zaćmy, wycięcia tęczęwki, wyjmował ciała obce, tkwiące w rogówce i t. p. Pr. Reuss zrobił podobne spostrzeżenia, prócz tego przokonał się, że kokaina nie wpływa zupełnie na działanie ezeryny, podczas gdy przeciwnie ezeryna łatwo znosi wpływ kokainy.

Na tej podstawie widzi R. możliwość używania kokainy przy jaskrze.

Panas (komunikat Acad. de Médecine de Paris), przyszedł do podobnego

wniosku nad działaniem kokainy. Wykonywał on iridektomije, iridotomiję, strabotomiję z jak najlepszym rezultatem. — Tylko tęczęwka okazywała się czułą, ale w znacznie mniejszym stopniu. Paul zwraca uwagę, że przy badaniu wzornikiem w celach dyagnostycznych należy się uciekać do kokainy, której wpływ nie jest tak długotrwałym, jak atropiny.

Schenkel (docent z Pragi) mówi, że znieczulenie oka przy użyciu (2—5% roztworu kokainy jest tak zupełnem, że przy małych operacjach, jak wyjmowanie ciała obcych można się obyć bez unieruchomienia gałki ocznej. Dobry skutek otrzymywał też przy bolesnych zapaleniach łącznicy, przy iritis, iridocyclitis — (wkraplania co 1/2 godziny). Przy większych operacjach nie otrzymał zadawalniających rezultatów wskutek niedostatecznego znieczulenia warstw głębszych, np. przy wyłuszczeniu gałki ocznej.

Anrep wreszcie chwali kokainę przy światłowstręcie (photophobia). Ponieważ jednokrotne wkroplenie nie wywiera długotrwałego wpływu, przeto radzi używać oczne kąpielki ze słabych (0,2 — 0,1%) roztworów. Oprócz uśmierzania bólu następuje tu rozszerzenie źrenicy i zmniejszenie łzawienia.

W laryngologii pierwszy użył kokainy Ed. Jelinek. Dotąd miejscowe znieczulanie krtani odbywało się w ten sposób, że pędzlowano krtani roztworami morfiny, albo też, aby ułatwić wsysanie tego środka, drażniono błonę śluzową krtani chlороformem i później, kiedy nastąpiło przekrwienie, pędzlowano morfiną. Sposób ten był nietylko uciążliwym dla chorego i niepewnym, ale pociągał często za sobą groźne zaburzenia. Jelinek pędzluje gardziel dziesięcio albo dwudziesto-procentowym roztworem chlorku kokainy zapomocą pędzla z szarpji, krtani zapomocą zwykłego miękkiego włosianego pędzla i otrzymuje zupełne znieczulenie tych narządów. Pędzel powinien dotknąć i zmoczyć całą powierzchnię błony śluzowej,

jeżeli bowiem jakaś cząstka nie zostanie znieczuloną, to przy dotknięciu instrumentem — może nastąpić niepożądany odruch. Przed przystąpieniem do operacji należy przeto zbadać wrażliwość zapomocą zgłębnika, i w razie potrzeby powtórzyć pędzlowanie. Znieczulenie trwa 5—10 minut, — co wystarcza do wykonania małych operacji, w razie przedłużenia się operacji — trzeba jeszcze raz pędzlować.

Jako środek uśmierzający ból, kokaina okazuje nader dobroczynny wpływ przy owrzodzeniach gruźliczych, utrudniających połykanie. Przy ostrem zapaleniu u takich chorych po starannem wypędzowaniu omawianym środkiem już po 1—1½ minuty przyjmowanie pokarmów może odbywać się zupełnie swobodnie.

Oprócz tego kokaina zmniejsza obrzmienie błon śluzowych działa więc ograniczająco na wydzielaniu. Ubocznych ogólnych, ani też miejscowych wpływów nie zauważono ani razu.

Prof. Schrötter potwierdza powyższe sprostowanie i dodaje, że przy ostrem zapaleniu gardła zapędzlowanie migdałów i łuku języko-podniebieniowego zupełnie zniosło bolesność, która nawet i później już nie dosięgała poprzedniego stopnia. Prof. Ganghoper robił doświadczenia nad wpływem kokainy u 6 chorych z rozmaitemi cierpieniami krtani (pomiędzy nimi 2 przypadki paralysis recurrens). Zbadawszy uprzednio, że u wszystkich krtani była nadzwyczaj wrażliwą i bolesną — użył 15—20% procentowego roztworu, przy tem w 3 przypadkach otrzymał zupełne znieczulenie, w trzech pozostałych tylko znaczne zmniejszenie wrażliwości. Zwykle wystarcza 4—5-krotne zapędzlowanie, aby otrzymać pożądaną skutek, trwający 3—5 minut. U jednego z tych chorych G. wykonał z powodzeniem galwanokaustyczną operację — znieczulenie było zupełne.

Prof. Zaufal stosował kokainę (10%) przy badaniach rynoskopijnych — wogóle

z jaknajlepszym skutkiem. Badanie jamy nosa odbyło się wybornie, (jedyn tylko chłopiec okazywał się bardzo odpornym na działanie kokainy). Zaufal dla znieczulenia jamy nosowej i gardzielonosowej proponuje spray.

Bradhut (Med. Record. — listopad) —, obserwując działanie kokainy na bł. śluzową nosa zauważył, że kurczy się ona tak znacznie, iż przylega bardzo ściśle do kości, odrysowując wszystkie zarysy szkieletu. Z tego powodu uważa za wskazane użycie K. przy stanach, gdzie kauteryzacja i środki ściągające okazują się niedostatecznymi, np. przy przerostach błony śluzowej nosa, przy katarach przewlekłych wogóle.

Zaufal widzi szerokie pole dla zastosowania kokainy w otijatrii, przy cierpieniach wszystkich części ucha, nie zdołał jednak przeprowadzić tak rozległych badań.

Użycie kokainy w przewodzie słuchowym zewnętrznym i na błonie bębenkowej a priori nie pozwala się spodziewać tak świetnych rezultatów, jak na błonach śluzowych, a to z powodu grubej warstwy naskórki i obfitości pokrywającego go tłuszczu, co przeszkadza wsysaniu się omawianego środka. Autor wkraplał słabe 2% roztwory i chorzy uczuwaliby początku swędzenie, dzwonienie w uchu, po 20—30 minutach następowało znieczulenie. Chorzy nie uczuwaliby bólu przy dotknięciu zgłębnikiem do błony bębenkowej, a tylko wywołane przy tem tarcie. Oprócz tego autor zauważył zblednięcie błony bębenkowej. W trzech przypadkach wynik był zupełnie dobry, w trzech nie było żadnego rezultatu.

Lepsze rezultaty otrzymano przy znieczuleniu jamy bębenkowej, zwłaszcza w przypadkach znaczniejszych stopni przedziurawienia błony bębenkowej. — W dwóch razach po wstrzyknięciu 2% roztworu kokainy autor zauważył początku zwiększenie się wrażliwości, która

dopiero po użyciu 5% roztworu ustąpiło miejsca znieczuleniu.

Co się tyczy stosowania kokainy na innych błonach śluzowych (org. moczopłciowe, narząd trawienia etc.), to mamy dotąd tylko pojedyncze spostrzeżenia.

Anrep podaje, że przy ostrych zapaleniach cewki moczowej z bólami przy moczeniu, otrzymywał przy wstrzyknięciu do cewki 8—10 sz. c. 0,4%—0,9% roztworu kokainy zupełne uspokojenie się bolesności i parcia na moc.

Betelheim stosował kokainę w czopkach (3 centigramy na raz) przez odbytnicę w przypadku ciągłego parcia na stolec i urynę u starego mężczyzny, u którego środki narkotyczne nie wywierały żadnego wpływu. Skutek był wyborny i utrzymywał się przez cały następny dzień.— Używanie przez [dłuższy czas nie pociągnęło za sobą żadnych złych następstw, pomimo że chory ten mający lat 74 cierpiał na wysoki stopień zwyrodnienia naczyń sercowych i napady duszniczy bolesnej.

Prof. Kahler opisuje przypadek hysterii z wymiotami, których żadnym sposobem nie umiano powstrzymać. Przy próbie wiania zaledwie kilku kropel płynu do jamy ustnej następowały gwałtowne ruchy wymiotne. Autor po 3 tygodniach bezowocownych prób użył kokainy w ten sposób, że zapędzował 10% roztworem całą gardziel i język. W następstwie tego chora mogła przełknąć nieco płynu— a po powtórzeniu pędzlowania—i stałych pokarmów. Odtąd przed przyjmowaniem pokarmów przez chorą uciekano się do kokainy—bez tego bowiem wymioty powracały.

Co się tyczy stosowania kokainy na skórze, to mamy już dwie wzmianki: prof. Pick używał jej przy endermatycznych wcieraniach przy wilku; nawet bardzo gryzące ciała wcierane razem z kokainą nie wywoływały prawie wcale bólu. Za to próby znieczulenia przez stosowanie ko-

kainy wprost na skórę pozostały bez skutku. — Anrep — stosował kokainę w proszku przy owrzodzeniach powierzchownych na skórze razem z ciałami obojętnymi i w 3 przypadkach otrzymał pomyślne wyniki.

Wreszcie próbowano stosować omawiany środek i w ginekologii. Pierwsze wzmianki spotykamy w gazetach amerykańskich (Polk, w Med. Record.—przy rozzerwaniach szyjki macicy) — dotąd spostrzeżeń jest jeszcze ograniczona liczba (patrz referat w tym przedmiocie w dziale ginekologii tego numeru).

O. Hewelke.

## V. Ginekologija i Pediatryja.

404. Dr. FISCHEL Wilhelm (Praga).  
**O peptonach w moczu podczas położu.**  
*Ueber puerperale Peptonurie.* (Doniesienie tymczasowe. *Centralblatt f. Gynäkologie* 1884 Nr. 46).

Autor śledząc sprawy chemiczne, zachodzące w macicy podczas przemiany wstecznej położowej (involutio uteri puerperalis), wpadł na myśl badania moczu położnic na pepton, przypuszczając, że na tej drodze uda mu się wykryć zmiany, od których zależy znikanie tkanki macicznej, a więc i zmniejszanie się macicy.

W 151 przedsięwziętych próbach moczu 56-ciu położnic znalazł pepton 86 razy. Między temi było 40 przypadków położów prawidłowych. Raz także miał sposobność badać mocz położnicy, na której wykonano operację Porro i w przypadku tym peptonu nie znalazł. Tak więc zaraz na początku przekonał się, że peptonuria jest zjawiskiem prawidłowem, fizjologicznem podczas położu, i, że jest w zależności od inwolucyi macicy.

Wiadomo, że u ludzi zdrowych peptonu w moczu nie ma. Według Hofmeister'a peptonuria zależy od spraw zapalnych i ropnych, przy których następuje rozpad ciałek białych, zawierających pe-

pton<sup>1)</sup>. Czy więc i peptonuryii połogowej nie można postawić w zależności od spraw zapalnych i ropnych, zachodzących w macicy podczas położu? Aby się o tem przekonać, F. badał odchody połogowe (lochia). Często znajdował w nich pepton, lecz przekonał się zarazem, że między zawartością w nich peptonu, a peptonuryją nie ma żadnej zależności; kiedy mianowicie 2-go i 3-go dnia położu w odchodach połogowych nie ma jeszcze peptonu, mocz podówczas zawsze pepton zawiera. Tak więc pepton moczu nie pochodzi z odchodów połogowych. Przypuszczenie, że pepton w moczu pochodzi z ciałek białych, zawartych w macicy podczas położu, jest również błędem.— Ciałek tych jest mało, a zresztą nie ulegają one rozpadowi (jak to ma np. miejsce przy zapaleniu płuc), lecz służą do odnowy macicy.

Autorowi udało się wykryć pepton w tkance macicy zaraz po porodzie, a mianowicie prawie wyłącznie w samym jej mięśniu (myometrium). W endometrium raz tylko znalazł pepton. Następnie znalazł go także w mięśniakach maci i w tkankach macicy rozrosłej wskutek guzów.

Wskutek tego F. stawia przypuszczenie, że skurcze macicy przy pewnych warunkach powodują zwyrodnienie włókien mięsnych, przy którym białko mięśni zamienia się na pepton. Pepton ten nie należy pożytywać za produkt gnicia.

W moczu ciężarnych F. znalazł także pepton i przypuszcza, że peptonuryja ta zależy od skurczów macicy podczas ciąży.

*M. Zweigbaum.*

405. KÜSTNER Otto. **Pepton w moczku po pęknięciu torbiela jajnika.** *Peptonurie bei geborstener Ovarialcyste. Centralblatt f. Gyn. 1884 — Nr. 47).*

Po pęknięciu lewostronnego torbiela

jajnika do jamy brzusznej (co nastąpiło podczas badania chorej), znaleziono w moczu ślady peptonu, którego ilość dnia trzeciego nieco się zwiększyła. Po ośmiu dniach wykonano operację wycięcia torbiela, który w ciągu tego czasu zdołał na nowo się napełnić. Przytem z jamy otrzewnej wysunięto znaczną ilość cieczy torbielowej, która tam od chwili pęknięcia torbiela pozostawała, ulegając nieznamacznemu zaledwie wessaniu. Po operacji już więcej peptonu w moczu nie wykrywano.

Przypadek ten zdaje się jasno wykazywać, że przez nienaruszone ściany torbiela, pepton nie ulega wessaniu. Skoro zaś torbiel pęka i zawartość jego wylewa się do jamy otrzewnej, to wtedy dopiero rozpoczyna się wchłanianie peptonu do naczyń. Skoro pewna ilość dostała się już do krwi, wtedy pojawia się peptonuryja.

Ilość peptonu w moczu jest zwykle w prostym stosunku do szybkości, z jaką ciecz pepton zawierająca ulega wessaniu. Ponieważ w danym przypadku wessanie cieczy torbielowej było bardzo powolne, więc i ilość peptonu w moczu była nieznamaczną.

*M. Zweigbaum.*

406. MIROPOLSKA. **O przechodzeniu ciał stałych ze krwi matki do krwi płodu.** (*Wracz Nr. 46—1884).*

Autorka dokonała znaczną ilość doświadczeń mających na celu rozstrzygnięcie tej kwestyi, dotychczas spornej w literaturze. Badając początkowo tkanki płodu pod mikroskopem przysła do przekonania, że na tej drodze pewnych rezultatów nie osiągnie, mianowicie dla tego, że ciała sproszkowane, zwykle do doświadczeń używane, jak cynober, tusz i inne za mało posiadają cech charakterystycznych, by można ich obecność na pewno stwierdzić. Z tego powodu autorka starała się wykazać cynober w tkankach za pomocą elektrolizy. — Zachowując wszelkie ostrożności, by rtęć nie dostała się z zewnątrz, i używając odczynników

1) Bliższe szczegóły znajdzie czytelnik w pracy D-ra Pacanowskiego „Obecny stan nauki o peptoanach w moczu” *Kronika lek. 1888 Nr. 23 i 24.*

(Przyp. spraw.)

chemicznie czystych, otrzymała autorka rezultaty niejednakowe. W jednym szeregu doświadczeń rezultat był ujemny, w drugim dodatni. Badając bliżej przyczynę tej różnicy znalazła, że kwas siarczany użyty do drugiego szeregu doświadczeń, a uważany za chemicznie czysty, zawierał rtęć. Po usunięciu tej niedokładności rezultaty również okazały się ujemnymi. Na zasadzie tego przysłała autorka do wniosku, że ciała stałe nie przechodzą ze krwi matki do krwi płodu. Pytania zaś, czy i drobnowidzowe organizmy również nie mogą przechodzić w ten sposób, autorka nie może jeszcze rozstrzygnąć.

W. M.

407. Dr. FRÄNKEL Ernest (Wrocław').

**Kokaina jako środek znieczulający błonę śluzową narządów płciowych.**

(*Ueber Cocain als Mittel zur Anästhesirung der Genitalschleimhaut*). *Centr. f. Gynäk.* 1884 Nr. 49.

Idąc za przykładem Koller'a i Jelinka, którzy zastosowali kokainę miejscowo w celu znieczulenia oka, gardzieli i krtani autor postanowił wypróbować działanie jej na błonę śluzową sromu, pochwy i macicy, aby się przekonać czy i na tych miejscach alkaloid ten zachowuje się podobnie, t. j. czy i tu paraliżuje zakończenie nerwów czuciowych i błony śluzowej i zmniejsza jej pobudliwość odruchową.

Próby z 5% roztworem kokainy nie doprowadziły do żadnego rezultatu, zaczął więc stosować 20% roztwór wyskokowy (Coc. muriat. 1,0 Aquae destill. 3,0, Spir. vini rectific. 2,0. Bez dodania kwasu i bez precedzania), i to w ten sposób, że pędzłował nim energicznie w przestankach 1½—2—3 minutowych starannie osuszoną błonę śluzową, powtarzając ten rękoczyn 3 do 4 razy. Do jamy macicy wprowadzał zgłębnik Plaifayr'a, owinięty w watę, zmoczoną w roztwornie kokainy.

Doświadczenia swe robił autor na osobach nadzwyczaj na bóle wrażliwych. Klując dość głęboko błonę śluzową w miejscach rozmaitych, przyżegając ją

lapisem i żelazem rozpalonem, skrobiąc łyżeczką wewnątrz macicy, odpychając ku przodowi część pochwową w przypadku przyrostu szyi macicznej ku tyłowi, będącego następstwem parametritidis post. chron., autor przekonał się, zapędzłowski uprzednio części badane roztwornem kokainy, że:

1) uczucie bólu zmniejsza się znacznie nie tylko w powierzchownych, lecz do pewnego stopnia i w głębszych warstwach błony śluzowej.

2) kokaina i na znajdującą się w stanie zapalnym błonę śluzową działa znieczulająco (Vulvitis et Colpitis blenorrhoica acuta).

3) pobudliwość odruchowa wejścia do pochwy także się zmniejsza (Vaginitismus).

Autor stawia tymczasowo następujące wskazania dla miejscowego stosowania kokainy na błonę śluzową narządów płciowych.

1) w celu znieczulenia:

a) przed silnem przyżeganiem błony śluzowej, sromu i pochwy lapisem lub mocnym roztwornem sublimatu npr. przy vulvitis i colpitis gonorrhoeica acuta et subacuta.

b) przy usuwaniu małych, powierzchownie siedzących narośli sromu, npr. lepieży ostrych, albo caruncularum urethrae i przy przyżeganiu ich podstawy.

c) u osób bardzo wrażliwych przy odciąganiu krwi z części pochwovej albo przy jej przyżeganiu, a być może, że i przy wyskrobywaniu jamy macicy za pomocą łyżeczki.

2) w celu zmniejszenia pobudliwości odruchowej:

a) przy czasowej pochwicy (vaginitismus) przed badaniem resp. wprowadzeniem rozszerzadeł pochwowych, ewentualnie, przed spółkowaniem (?).

b) przy kurczu kiszki stolcowej wskutek szczeliny otworu stolcowego, w celu



jej operowania bez odurzenia, a być może i jako analgeticum przed oddawaniem stolca.

*M. Zweigbaum.*

408. A. STRÜMPELL. **Ostre zapalenie mózgu u dzieci.** *Ueber die acute Encephalitis der Kinder. (Poliencephalitis acuta, cerebrale Kinderlähmung).* (*D. Med. Woch. Nr. 44—1884.*)

Chociaż choroba powyższa nie należy do rzadkości, nie ma jednakże jej opisu w żadnym nowym podręczniku chorób nerwowych i dzieciennych. Encephalitis acuta dzieci jest analogiczną chorobą z rdzeniowem porażeniem dzieciennem (poliomyelitis acuta), które zależy od sprawy zapalnej, ostro przebiegającej w przednich pęczkach szarej istoty rdzenia kręgowego. Zanikowe porażenie, występujące po ostrym okresie tej choroby, odpowiada pozostałym po sprawie zapalnej defektom, t. j. bliznie w rdzeniu kręgowym.

Ostre zapalenie mózgu zdarza się przeważnie u dzieci w wieku od 4 tygodni do 6 lat i wyżej, przedtem zdrowych, silnych i dobrze rozwiniętych. Przyczyny tej choroby są zupełnie nieznane, w jednym przypadku wystąpiła po odrze, a raz po szkarlatynie. Najczęściej zaczyna się nagle gorączką, wymiotami i drgawkami.—Wymioty są takie, jakie bywają przy porażeniu dzieciennem, rdzeniowem i przy gruźliczem zapaleniu opon. Niekiedy z wymiotami łączy się nieznaczna biegunka.

Drgawki należą do najstalszych objawów początkowych; często są one bardzo mocne, zajmują całe ciało, chociaż w niektórych przypadkach ograniczają się tylko do jednej strony, później porażonej.—Po większej części podczas drgawek dziecko bywa nieprzytomne. Choroba czasami rozwija się bez początkowego okresu, lub zaczyna się lekką tylko gorączką; w innych razach okres początkowy trwa 2—3 dni, a niekiedy do 2 tygodni i nawet miesięcy. W ostatnich przypadkach powtarzają się częste napady drgawkowe,

zależne od ogniska zapalnego w mózgu; są one więc prędzej następującymi objawami, niż początkowymi. Po okresie początkowym spostrzega się zupełne porażenie jednej połowy ciała, które występuje najczęściej nagle, rzadziej rozwija się postępowo, lecz dość prędko. Dzieci stają się wówczas weselszemi i gorączka ustępuje. Na pytanie, czy śmierć może nastąpić w początkowym okresie, autor nie daje odpowiedzi, ponieważ przypadki tej choroby spostrzegał najczęściej dopiero w okresie porażenia. Porażenie zwykle po pewnym czasie nieco zmniejsza się; dzieci zaczynają trochę chodzić, chociaż nierówno, ponieważ w nodze pozostaje zawsze lekkie porażenie, niekiedy zaś i przykurczenia. Ramię pozostaje więcej porażonem, tak, że nie można ręką wykonywać żadnych delikatniejszych czynności. Rzadko występuje porażenie dolnej części n. twarzowego, a częściej—zezowatość. Porażenia monoplegiczne zdarzają się również nierzadko po ostrem zapaleniu mózgu u dzieci: szczególnie monoplegia brachio facialis lub cruralis. W niektórych przypadkach nie jest to właściwe porażenie, lecz pozostaje rodzaj bezładu (ataxia), niezręczność w wykonywaniu wszystkich ruchów.

Porażone kończyny okazują często mniejszą objętość, niż kończyny drugiej strony. Nie spotyka się jednak właściwego zaniku mięśni, ani odczynu zwyrodnienia, a zawsze występuje zatrzymanie wzrostu tych kończyn, wskutek czego powstaje skrócenie rąk, niekiedy do 5—6 ctm. i więcej. Ruchy bierne porażonych kończyn przedstawiają pewien opór (przy poliomyelitis—zupełne zwolnienie mięśni), niekiedy bywają mocniejsze przykurczenia. Odruchy ścięgniste prawie zawsze są zwiększone na stronie porażonej, zarówno jak i na zdrowej.

Często pozostają u chorych na długo pewne ruchowe objawy rozdrażnienia: niektórzy chorzy stają się epileptykami; napady epileptyczne występują tylko

w kończynach porażonych bez utraty przytomności, chociaż bywają i zupełnie rozwinięte napady. Jest to padaczka objawowa; jako wynik obrażeń mózgowych (blizny, ucisk przez odłamki czaszki i t. p.). Częściej pozostaje w porażonych kończynach, szczególnie w ręku—athetosis: są to dość powolne ruchy: zgięcia, wyprostowania i t. p. palców. Ustają czasami, jeżeli ręka zostaje w spokoju; występują silniej przy ruchach czynnych.—Charakterystyczne są również częste ruchy towarzyszące (Mitbewegungen) w porażonej kończynie podczas chodzenia i biegania.

Jeżeli porażenie bywa w prawych kończynach, to może łączyć się z zaburzeniem mowy. Dzieci zaczynają mówić późno i niewyraźnie. Zdolności intelektualne pozostają przy tem często nienaruszone; w niektórych zaś razach są one upośledzone, do tego przylączają się pewne zбочzenia moralne: upór, nieposłuszeństwo, kłamstwo, skrytość i t. p. Czuć porażonej strony nie jest zniesionem, nie bywa także zбочzeń zmysłu mięśniowego.

Objawy powyższe wykazają wyraźną analogię z objawami poliomyelitis acutae. Różnice zależą od umiejscowienia cierpienia: poliomyelitis w ruchowej szarej istocie rdzenia (przednie pęczki), a encephalitis w korze mózgowej. Przy sekcji we wszystkich tutaj należących przypadkach znajdują się braki porencefaliczne w sferze ruchowej kory mózgowej, t. j. w obrębie zwojów centralnych. Porencephalia przytem nie bywa wrodzoną, lecz przedstawia wyraźne ślady zapalnego pochodzenia, a mianowicie blizny.

Autor skłania się do przyjęcia wspólnego pochodzenia obu powyższych chorób, t. j. poliomyelitis i encephalitis acuta; przypuszcza nawet, że istnieje może jakiś czynnik zakaźny, umiejscawiający się to w rdzeniu kręgowym, to w mózgu i wnosi wprowadzenie dla ostrego zapalenia mózgu nowej nazwy, — poliencephalitis

acuta, aby uwidocznic pokrewienstwo obu cierpień.

*M. Hopfenblum.*

409. SILBERMANN. **O zapaleniu płuc septycznem u nowonarodzonych i ssawców.** (*Ueber septische Pneumonie der Neugeborenen und Säuglinge*). *D. Arch. f. kl. Med.*

Już w 20 i 30 latach naszego stulecia zwrócono uwagę na znaczną śmiertelność nowonarodzonych dzieci podczas panujących epidemii chorób puerperalnych, lecz dopiero Schindler w 1845 r., zależność zachorowań dzieci od spraw połogowych u matek należycie ocenił, co następnie Bednar i inni stwierdzili i szczegółowo opisali.

Zarażenie nastąpić może albo przed, albo podczas, albo po urodzeniu się dziecka, mianowicie: albo przez krew matki (placenta), albo przez zetknięcie się dziecka z septycznemi przetworami matki w kanale porodowym albo na zewnątrz niego. Dwa te ostatnie sposoby zakażenia zdarzają się najczęściej. Miejscem wnikania zarazka najczęściej bywa pępowa, chociaż zdarzają się i inne drogi, jak zadrażnięta skóra, genitalia i t. d. W ostatnich latach dopiero poznano nową drogę, mianowicie organa oddechowe.—Podczas porodu bowiem przez wdech wody płodowej i wydzieliny organów rodnych, zakażenie bywa częstszem, aniżeli się to przyjmuje. Literatura tego przedmiotu dotychczas jest bardzo ubogą, autor przytacza 9 przypadków obcych autorów i 4 spostrzegane przez siebie.

Z opisu tych 12 przypadków (jeden z powodu niedokładnego opisu należy wykluczyć) następujące dają się ustawić dane: z 12 matek zachorowało 10, mianowicie 3 przed i 7 po porodzie, z tych zmarło 6. Z 12 dzieci 1 urodziło się nieżywym, 5 zachorowało 1 dnia po urodzeniu, tyleż drugiego, 1 piątego dnia. Z tych 11 jedno umarło pierwszego dnia, 1—drugiego, 4 trzeciego, 3 czwartego, po jednym piątego i siódmego.

Na zapalenie płuc zachorowało 4, na

zapalenie płuc i opłucnej 7. Tylko w 4-ch przypadkach była żółtaczką. Choroba rozpoczynała się od zapalenia tchawicy i oskrzeli potem występowała duszność i gorączka. Stłumienia odgłosu wypukowego nie zawsze można było wykazać, inne organy rzadko ulegały sprawom chorobowym.

Objawy anatomo-patologiczne różnią się stosownie do tego, czy zakażenie nastąpiło wskutek bezpośredniego wniknięcia mass septycznych do organów oddechowych, czy też powstało wskutek ogólnego zakażenia przez pępek. W pierwszego rodzaju przypadkach oględziny pośmiertne wykazały zapalenie płuc nieżyłowe, mikroskop wykazał wypełnienie pęcherzyków płucnych białymi i czerwonymi ciałkami krwi i massą komórek złuszczonego nabłonka. Tkanka łączna międzypęcherzykowa przedstawia się prawidłowo. Zupełnie inny obraz mamy przy septycznym zakażeniu przez pępek.

W tego rodzaju przypadkach ulega procesowi chorobowemu tkanka łączna międzypęcherzykowa i opłucna, która pokrywa się lepkiem ciągnącym się wysiękiem. Pęcherzyki wolne są od wysięku, za to tkanka łączna międzypęcherzykowa nacieczoną jest ciałkami ropnymi, ulegającymi rozpadowi. Płuca w miejscach zajętych nie zawierają powietrza, są na dotyk miększe, z powierzchni przecięcia spływa mętna ciecz, zawierająca pierwociny tkanki w stanie rozpadu.

Klinicznie również różnią się te formy. Pierwsza rozpoczyna się zawsze jako zapalenie tchawicy i oskrzeli (tracheo-bronchitis), które szybko powoduje duszność, do tego zawsze przyłącza się gorączka i w krótkim czasie mamy wszelkie objawy zapalenia oskrzelo-płucnego (Bronchopneumonia).

Druga postać nie przedstawia się równie charakterystycznie; i przy niej występuje także duszność i gorączka, lecz bez znaków fizykalnych, mogących wyjaśnić rozpoznanie, przytem forma ta przebiega

zwykle z zapaleniem otrzewnej, respective błon mózgowych, co jeszcze bardziej utrudnia rozpoznanie.

Autor badał krew dzieci chorych na zapalenie płuc septyczne i doszedł do następujących wyników: krew zawiera:

1) znaczną ilość białych ciałek.  
2) w krwi wypuszczonej powstawanie rulonów z ciałek czerwonych nie ma miejsca.

3) istnieje nieznaczna tylko ilość dobrze zachowanych czerwonych ciałek, natomiast wiele resztek rozmaitej postaci, pozostałych z rozpadu tychże ciałek.

Częstość zachorowywania na septyczne zapalenie płuc dzieci przy sprawach połogowych matki zależy najpierw od blizkiego zetknięcia się dziecka z organizmem matki podczas porodu i porożdzie. Dalej sprzyja mu to, że po urodzeniu wszystkie narządy dziecka znajdują się w wzmoczonej działalności i przemiana materii szybko się w nich odbywa. I tak czynność skóry i nerek jest bardzo żywą, błony śluzowe są zaczerwienione i nabrzmiałe, i nabłonek ulega szybkiej przemianie, tak w jamie, jak kanale pokarmowym i w organach oddechowych, co znakomicie ułatwia szybkie rozprzestrzenianie się zakażenia. Zresztą słabo rozwinięte unerwienie polyku i krtani u noworodków, wskutek którego nagłośnia niedokładnie zamyka wejście do krtani, ułatwia dostawanie się septycznych mass do płuc, czemu pomaga krótkość tchawicy i głównych oskrzeli. Z drugiej strony słabe rozwinięcie mięśni oddechowych sprawia, że massy te z wielką tylko trudnością mogą być wydalane na zewnątrz.

Wł. Mączewski.

## VI. Hygijena.

410: **Rozbiór biologiczny wody do picia.** *Appréciation de la valeur des eaux potables à l'aide de la culture dans la gélatine, par PROUST. L'analyse biologique des*

*eaux potables, par le Dr. VALLIN. (Révue d'hygiène. Novembre 1884).*

*Einfache Methoden zur Trinkwasser-Untersuchung von Dr. BRESLAUER. (Deut. Med. Ztg. 97—1884).*

Zaznaczając fakt, że rozbiór chemiczny sam przez się nie wystarcza do oceny wartości wody do picia, autorowie widzą w udoskonaleniu metody biologicznej świetną przyszłość w tej mierze.

Woda służy jako grunt dla rozwoju drobnoustrojów, które nie będąc same przez się szkodliwymi giną w rozmaitych okresach rozwoju i służą znowu jako grunt zarodkom gnicia, od którego zaczyna się psucie się wody, wyrażające się temi lub owemi znanymi cechami. Dla zbadania ustrojów tych nie tylko służy mikroskop, ale i sposób hodowania za pomocą żelatyny, wprowadzony przez Kocha, sposób pozwalający dokładnie rozpoznać przynajmniej obecność mikroorganizmów.

Proust używa następującego sposobu hodowli bardzo mało różniącego się od metody Kocha: 5 gramów żelatyny rozpuszcza się w 100 gramach wody i dodaje się 2 gramy fosforanu sody. Skoro żelatyna zupełnie się rozpuszcza, a ciepłota płynu nie przenosi się, dodaje się czwarta część białka z jajamieszana świeżo z trzema objętościami wody. Zmieszawszy dobrze białko to z żelatyną pozostawia się płyn w wodnej kąpeli na dwie godziny w spokoju, przyczem białko ścina się, unosząc wszelkie nieczystości na powierzchnię płynu, który następnie precedza się szybko przez watę zmoczoną w wodzie.— Wówczas żelatyna gotową już jest do użytku i dopóki jest jeszcze gorącą, należy pipetą 10-centymetrową zbierać płyn i umieszczać w epruwetki, które zatykają się korkiem posiadającym otwór i rurkę szklaną w takowy wstawioną, a mającą 3 centymetry długości; w rurkę tę zakłada się nieco waty. Po wlaniu żelatyny i zakorkowaniu epruwetek, takowe pozo-

stawić trzeba pionowo w jakimkolwiek naczyniu z pokrywką, zawierającym 7—8 centymetrów wody na dzień. Ta woda zagotowuje się, podczas gdy naczynie pozostaje zamkniętem, i ciepłotę 100° utrzymuje się w ciągu 20—25 minut. W ten sposób epruwetki zostają sterylizowane i mogą być przechowane przez 2—3 miesiące. Chcąc zaszczerpić drobnoustroje do tak przyrządzonej żelatyny, epruwetka wstawia się w wodę 30° ciepłoty mającą i za pomocą pipetki wpuszcza się  $\frac{1}{10}$  centymetru sześciennego wody przeznaczonej do badania; przy wpuszczaniu korek jak najlżej musi być wyciągnięty, a epruwetka pochylona być winna; w końcu skłócić należy płyn, tak lekko wszakże, aby się nie tworzyły pęcherzyki powietrza. Po upływie 2—3 minut (w ciągu których płyn skłóca się lekko bez przerwy), należy za pomocą tejże (steryllizowanej) pipety wylać  $\frac{1}{10}$  cent. zaszczerpionej żelatyny na szkiełko podzielone na kwadraciki po 2 milimetry długości i szerokości mające.— Żelatyna pokrywać powinna prostokąt mający 2 cent. długości i cent., szerokości. Szkiełko takie z żelatyną pozostawiają się pod kloszem wilgotnym w pokoju ogrzany do 15—20°; po upływie 60 godzin kolonije już są gotowe i przedstawiają się pod postacią stałych punktów białych, które zliczyć należy przy pomocy mocnej lupy; ilość kolonij pomnożona przez 1000 przedstawia liczbę takowych w 1 cent. sześć. Metodą tą wykrył autor, iż woda z Vanne zawiera 11000, woda z kanału Qurcq—8000, woda z Sekwany w St. Ouen—20,000, a w Clichy (poniżej kolektora)—244,000 kolonij w 1 cent. sz. Co 24 godzin należy obserwować, czy żelatyna nie rozrzedziła się; w bardzo czystej wodzie zjawisko to następuje 10-go—12-go dnia; w czystej wodzie—8-go dnia, w złej—4-go, a w zakażonej—3-go. Rezultaty kontrolują się na drodze chemicznej za pomocą nadmanganianu potażu; tabelka przedstawia się w takiej postaci naprzykład:

Woda.	Substancje organiczne jako kwas szczawiowy.	Stopień twardości hydro-timetryczny.	Ilość kolonij na 1 cc. wody.	Początek rozrzedzenia żelatyny dnia:
Vanne . . . . .	0,004	20,5	11000	10
W szp. Lariboisiere	0,075	25	9000	4
Sekwana (Clichy)	0,176	22,5	242000	2

Widzimy więc, że trzy te metody dopełniają się wzajemnie.

Vallin poleca przede wszystkim metodę opracowaną przez Miquel'a (Annuaire de l'Observatoire de Montsouris 1880, p. 493). Puste balony szklane o cenniejszyjce ogrzewają się początkowo do 200—300° i zalutują się przy tej ciepłocie, poczem pogrążają się w wodę i za pomocą odłamania szyjki napełniają się do  $\frac{2}{3}$  objętości, poczem znowu szyjka się zalutowywa. Jeżeli woda zawiera dużo bakteryj, to należy ją rozcieńczyć, dodając na przykład do 20,40 etc. centymetrów wody, sterylizowanej przy 110°, kroplę wody do badania przeznaczonej, jeżeli zaś woda jest stosunkowo czystą wówczas rozcieńczać jej nie trzeba, a kroplę odrazu wpuścić pipetą do buljonu przyrządzonego z wyciągu Liebig'a, Woda z kanałów badana natychmiast po zaszczepieniu zawiera 20,000 mikrobów, a po upływie 24 godzin—40 milionów w 1 centymetrze (milionowa część kropli wystarcza do zaszczepienia); woda deszczowa zawiera natychmiast po zaszczepieniu 35,2, woda z Vanne—62,0, a woda Sekwany—1200 bakteryj.

Woda:	Rezultat po upływie 3-ch dni:		Po upływie 10-iu dni		Po upływie 23-ch dni	
	kolbek czystych	kolbek mętnych	kolbek czystych	kolbek mętnych	kolbek czystych	kolbek mętnych
z Rodanu	21	4	11	14	10	15
z jeziora	22	3	20	5	13	12

Ilość bakteryj wypada nieco odmiennie niż przy użyciu metody Miquel'a.

Vallin wreszcie zwraca uwagę na ważność rozpoznawania gatunków bakteryj; dyagnostyka pozostawia wprawdzie wiele jeszcze do życzenia pod tym względem; przede wszystkim poleca autor pracę Certes (sur l'analyse micrographique des eaux. Association pour l'avancement des sciences, Congrès de la Rochelle en 1882

Fol i Dunant udoskonalił powyższą metodę w sposób następujący: kilogram chudego mięsa wołowego gotuje się przez 5 godz. w 4 litrach wody; odszumowawszy buljon odstawia się go do dnia następnego, poczem odłuszczonego zostaje i zubożniony za pomocą sody gryzącej; następnie filtruje się wlewa się do garnka Papina i gotuje się przez 4 — 6 godzin przy 110°, przyczem tworzą się peptony niezmiernie sprzyjające rozwojowi bakteryj; garnek; Papina zawiera termometr (wpuszczony weń jak w suszarni), łączy się rurką szklaną dwa razy zgiętą pod kątem prostym z kolbą poprzednio sterylizowaną przy 200°. Wszystko urządzone jest w ten sposób, że rozdział buljonu na pojedyncze porcyje odbywa się łatwo i przy zupełnej sterylizacji. Po zaszczepieniu kolbki znajdują się w obserwacji przez cztery tygodnie; większość ich okazuje zmętnienie już w pierwszych dniach, od 15-go zaś dnia począwszy nowe zjawiska już bardzo rzadko się napotyka.

Według analizy Fol'a pokazało się co następuje:

p. 777) i pracę Maggi'ego w *Révue scientifique*, 27 maja 1882 r.).

Dr. Breslauer referując pracę prof. Cohna we Wrocławiu oraz prof. Hirt'a (obydwie drukowane w *Zeitschrift für Biologie*, t. XV) podaje następujące wskazówki co do mikroskopijnego badania wody:

Woda do badania przeznaczona wlewa się w kolbki około 200 gramów pojem-

ności mające, które zatykają się watą; wkrótce po napełnieniu takowych badają się krople wody; po upływie 26 dni bada się osad i błonka tworząca się na powierzchni (powiększenie 400—1000), przyczem zrobić należy 30—40 preparatów. Hirt odróżnia:

1) wodę zupełnie dobrą, w której po upływie 3—5 dni żadnych organizmów się nie spostrzeżę.

2) wodę podejrzaną, w której znajdują się zbliżone do produktów gnilnych saprophytae (grzybki: sphaerodelus natans, leptotrix, Autophyta Mülleri).

3) wreszcie wodę gnijącą zawierającą mnóstwo bakteryj.

*J. Polak.*

## MISCELLANEA.

411 Dr. HANSEN (Bergen) na kongresie w Kopenhadze zwrócił uwagę na **różnicę trądu gruźliczego i niegruźliczego**. Pierwszy prowadzi do śmierci w 9—10 lat, drugi jest uleczalny. Zanik skóry i znieczulenia są wynikiem sprawy odnawiającej, a zgorzel bywa skutkiem traumatyzmu. Porażenia są zawsze miejscowe; nie ma obrażeń rdzeniowych. H. nie wierzy w dziedziczność choroby. Laseczniki, które Abning znalazł w znieczulonych nerwach, szczepione zwierzętom, wywołują rozwój guziczków trądowych.

412 JAKSCH, robiąc doświadczenia z solami chinoliny otrzymał nowe ciało — tetrahydroparachinanol, które wywiera znakomite **działanie antypryetyczne**. Sole tegoż są lekko rozpuszczalne w wodzie, oddziałują kwaśno, a z roztworem półtorochlorku żelaza i z utleniającymi się substancjami tworzą zielone sole. Skraup i Jaksch nadali ciału temu nazwę **thallin**. W 86 rozmaitych przypadkach chorób gorączkowych używał Jaksch soli tego środka (siarczan, chlorek i tlenek) w dawkach  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$  do  $\frac{3}{4}$  gramma i otrzymał znaczne obniżenie ciepłoty ciała bez objawów ubocznych

413 **Zboczenia w układzie nerwowym wewnątrzsercowym w chorobach serca.** (The Medic. Records. Lipiec 1883).

Dr. PUTJATIN na zasadzie badania serc, uległych przerosłowi i cierpieniom zastawek utrzymuje, że:

1) w chronicznych cierpieniach serca zwoje nerwowe są w stanie zapalnym;

2) w przypadkach nieznaczego cierpienia zmiany ograniczają się do przekrwienia i zwyrodnienia ziarnistego. W chronicznych zaś bywa w nich zapalenie śródmiąższowe z wytworzeniem tkanki zbitej,

podczas gdy komórki zwojowe ulegają zwyrodnieniu barwnikowemu i tłuszczowemu.

3) powyższe zmiany wywierają wpływ i na czynność fizjologiczną serca. Mogą więc one często wytlómaczyć zboczenia czynnościowe serca, a nawet i przypadki anginae pectoris.

414 **Epidemija zabójcza krwawej biegunki** wybuchła w niektórych miejscowościach stanu Virginia i przyległego Kentukki, jak należy się domyślać z powodu posuchy, a mianowicie braku wody w studniach głębokich. Rozwój epidemii ma być o tyle gwałtowny, że kilka całych rodzin wymarło; ogółem 600—800 ludzi do chwili sprawozdania telegraficznego. W ogólności śmiertelność wynosi 60—80%.

(The Brit. Med. Journ.—1884).

415 **Wycięcie guza z mózgu** dokonaniem zostało przed kilku dniami w szpitalu dla epileptyków i paralityków w Londynie. Przypadek znajduje się w kuracyi u Hughes'a Bennett'a, który rozpoznawszy nowotwór ograniczonych rozmiarów umiejscowiony w górnej części szpary Rolanda, zawezwał chirurga do trepanacyi (Rickman Godlee), poczem wydaloną z szarej istoty górnej części wstępującego zwoju czolowego gliomata wielkości orzecha włoskiego. Do chwili sprawozdania, a więc w ciągu pierwszych czterech dni, stan chorego poprawiał się pod każdym względem.

The Brit. Med. Journ. 29 listopada).

416 **Woda studzienna szpitali warszawskich.** PP. Nencki i Rakowski zajmowali się rozbiorem wody studziennej wszystkich szpitali warszawskich—z wyjątkiem szpitala Dzieciątka Jezus, który wody nie nadesłał; wyniki rozbiorów wraz z innymi uwagami podał Dr. Nencki na ostatnim posiedzeniu biologicznem—warszawskiego towarzystwa lekarskiego. Z odczytu tego drukowanego w Nr. 45 „Gazety lekarskiej” następujące czerpiemy dane:

Woda studzienna wielkich miast w ogólności zanieczyszczoną bywa przez produkta gnilne. Według Pettenkofer'a z ogólnej liczby odchodów w Monachium wsiąka w ziemię 0,9 części, według Reich'a w Berlinie przed wprowadzeniem kanalizacyi wsiąkało 0,7 części ogólnej ilości. Według Wolf'a i Lehmann'a 100,000 mieszkańców oddają przeciętnie rocznie 46 milionów kilogramów moczu i kału. Gdyby w Warszawie tylko 0,5 części odchodu wsiąkało, wówczas ilość produktów gruntu zanieczyszczających wyniosłaby jeszcze 950,000 kilogramów. Z ogólnej liczby 4,300 domów warszawskich w 2500 używane są aparaty Berger'a, wychodków z urządzeniem na gnojno jest 1500, a z urządzeniem kanałowym—300. Przyjąwszy za normę wychodek szpitala św. Ducha, w którym autor rozbioru gazu dokazał, wypadłoby dziennie na wszystkie ustępy 909 milionów litrów gazów kłocznych. Zdolność ziemi do spalania produktów gnicia na o-

stateczne związki (wodę, kwas azotny i kwas węglowy) posiada oczywiście granice i w końcu z powodu niewystarczającej ilości tlenu azotowe produkty gnicia przechodzą w amoniak, którego część utleniając się wytwarza kwas azotowy, z tego zaś przez udział grzybków tworzy się kwas azotawy, a tlen oswobodzony utlenia węglowodany, zamieniając je

	szpital św. Ducha		szpital na Pradze		szpital św. Łazarza		szpital Jana Boż.		szpital św. Wolski		szpital of. szp. Ewan- Żydowski		
			I II		I II		I II		I II		I II III		
Chloru . . . .	20,8	38,6	15,4	17	36	15,8	18,8	16,4	21,0	39,2	26,8	19,2	27,2
Kw. azotnego	20,0	1,6	2,66	11,83	16,6	6,0	10,0	11,0	17,33	22,0	27,2	19,46	41,66
Części organicznych wyrażonych jako kwas													
szczawiniowy	5,2	26,4	4,15	5,16	8,25	3,8	8,56	6,3	7,15	35,5	16,29	9,95	22,23
Amoniak . . . .	—	—			zn. ślady	—	—	—	—	—	znaczące ślady		
Kw. azotawego	zn. ślady	—	znaczące ślady	„	zn. ślady	ślady	—	—	„	„	„	„	„

Badanie drobnowidzowe wykryło w wodach, zawierających kwas azotawy i amoniak, organizmy należące do gatunku Infusoria flagellata, a więc organizmy świadczące równie jak rozbiór o znacznym zanieczyszczeniu wody.—Dr. Nencki porównywa rezultaty te z normą przez Fischera podaną i przychodzi oczywiście do przekonania, że woda ta ze stanowiska higienicznego—niezdana jest do użycia; mnie ma więc, że tylko zakładanie nowych studzien w czystym gruncie na odpowiedniej głębokości przy należytem ocembrowaniu może dostarczyć dobrej wody studziennej.

## Wiadomości bieżące.

— **Jubileusz prof. Hoyer'a** odbędzie się w d. 20 b. m., o czym komunikujemy czytelnikom za przykładem „Gazety lekarskiej” w nadziei, że wielu z tej wiadomości skorzysta, aby przyjąć udział w uroczystości. Prof. Hoyer należy do działaczy uniwersyteckich którzy mają dzielnie godności tej odpowiedzialności, a praca jego dla rozwoju medycyny krajowej jest również znaną powszechnie. Złożenie mu więc hołdu jest z tego względu obowiązkiem naszego ogółu lekarskiego.

— **Służba lekarska na wypadek epidemii cholery** ma być uorganizowaną wcześniej, i p. prezydent odniósł się w tej mierze do warszawskiego towarzystwa lekarskiego z prośbą o wskazanie kandydatów. Lekarze ci nie będą mieli żadnego udziału w sprawach sanitarnych, a przedmiotem ich działalności będzie obsługa i statystyka wypadków cholery. Zdaje nam się, że sprawy higieniczne dąby daleko korzystniejsze pole pod tym względem; wpływ zaś towarzystwa lekarskiego na dobór lekarzy do obsługi cholerycznych może mieć tylko bardzo ograniczone znaczenie.

— **Przyczynki do zapobieżenia zaccadze-**

nia kwasu węglowego i wodę, lub też na materyje humusowe Wpływ szkodliwy wody nasyconej rozmaitemi produktami gnicia, tłómaczy się odejmowaniem tlenu czerwonym ciałkom krwi.

Po tych uwagach przedwstępnych przychodzi autor do kweszyi głównej i podaje następujące wyniki swych analiz:

**niom.** Widzieliśmy piec dla biednej klasy zbudowany przez p. Manowskiego, budowniczego, w mieszkaniu stróża, a przeznaczony do zapobieżenia zaccadzeniom z zachowaniem możliwej ilości ciepła, które jako drogo okupione, biedni ludzie starają się zatrzymać, nawet niepomni na niebezpieczeństwo.—Piec ten zastąpić nad kuchnię angielską w której zasuwanie szybra najczęstszą bywa przyczyną nieszczęśliwych wypadków, i zbudowany jest w ten sposób, iż oprócz dwóch drzwiczek hermetycznych, odpowiadających zwyktemu urządzeniu pieca hermetycznego w pokojach, posiada trzecie drzwiczki hermetyczne po nad ogniskiem, prowadzące do pieca, bezpośrednio nad ogniskiem umieszczonego i posiadającego płyty jak w kuchni angielskiej. Gotują się tam potrawy przy drzwiczkach zamkniętych, otwieranych tylko gdy trzeba zajrzeć do potraw.—Od tego przedziału rura wychodzi na zewnątrz ściany odprowadzając parę z jedzenia, od ogniska zaś rozchoczą się kanały po całym piecu, rozprowadzające ogień i dym i następnie otwierające się do komina innym otworem. W ten sposób niebezpieczeństwo zaccadzenia usuwa się przy zachowaniu ciepła, a nado pozostawienie chwilowe dzieci samych w mieszkaniu nie połączone jest z niebezpieczeństwem, jak przy zwykłych piecykach u biednych.

— **Sława jakiegoś młodego lekarza polaka z Warszawy**, nie zatrzymując się oczywiście ani na chwilę w samem mieście naszym, dostała się do Ameryki.—W n-rze 19 pisma „The medical Record” pod datą 8-go b. m., znajdujemy wzmiankę o tym lekarzu, który miał ofiarować się jako przedmiot eksperymentu w kwestyi cholery.

— **Smutny fakt.** Z prawdziwą przykrością dowiedzieliśmy się z gazet codziennych o projekcie Dr. W. pomocy lekarskiej *bezpłatnej* dla członków stowarzyszenia subjektów handlowych. Nam się zdaje, że instytucja nie dobroczynna, lecz głównie

w celach czysto towarzyskich działająca, podobnej ofiary ze strony lekarzy nie potrzebuje. Czyżby członkowie jej dla tego, zasługiwali na pomoc bezpłatną, że się zbierają na pogawędkę, zabawy w drogo opłacanym lokalu, gdzie jednak jadła i napoju darmo nie dostają, a i na pokarm duchowy składki opłacają

Dlaczego więc tylko praca lekarska ma być udzielana bezpłatnie. Czyż ona mniej warta, aniżeli buterszyni, lub kufel piwa. Jeśli zarząd dba rzeczywiście o zdrowie swych członków, to powinien zakontraktować lekarzy, którzyby w razie potrzeby obowiązani byli udzielać pomocy stowarzyszonym.— Tak się dzieje w fabrykach, na kolejach, gdzie też sami pracownicy składki na to łożą.

Nie dziwny cię wcale, że stowarzyszenia subiektów handlowych, projekt ten oklaskiem przyjęło i lekarzy, w ten sposób się narzucających, członkami „honorowymi” zamianowało. Od przybytku przecie głowa nie zaboli, zwłaszcza gdy przybytkiem tym są lekarze. Ale dziwny się lekarzowi, który z podobnym projektem się narzucił.

— **Jeszcze jeden smutny fakt.** Olbrzymie literami wydrukowane ogłoszenie jednego ze znanych lekarzy o zmianie mieszkania wisi już od bardzo dawna w jednym ze sklepów bardzo uczęszczanych.— Wkrótce może będziemy spotykali ogłoszenia podobne na banhofach, w salach publicznych i będziemy konkurowali na tem polu z reklamistami amerykańskimi.

— **Lekarz Szekspira.** Na cmentarzu w Fredericksburg znajduje się pomnik, na którym widoczne są następujące wyrazy:

„Tu leżą zwłoki  
Edwarda Heldon'a,

Praktyka w fizyce i chirurgii. Był współczesnym i towarzyszem Williama Shakespeare'a z Avon. Po krótkiej chorobie ducha wyzionął w roku pańskim 1618 w wieku lat 76.

(*Medicale Record*, 22 listop. r. b.).

— **Pół tonny płynu z worka otrzewnej** wypuszczono pewnemu marynarzowi Nicholas G. (w wieku lat 28), który dotknięty rozszerzeniem serca, cierpiał na ascites. Przebiecie ścianek brzusznych uskutecznił na nim w ciągu siedemnastu miesięcy 69 razy i ogółem wytoczono 944 pint (kwart) płynu.

(*Medical Rec.* 22 listop. r. b.).

— **Wielkie wydawnictwo zbiorowe** p. t. „Reference Handbook of the Medical Sciences” wychodzi w Ameryce. Przeszło 100 współpracowników należy doń (tylko amerykańskich). Encyklopedia ta obejmować będzie w 8-iu tomach, o 800 stron każdej, wszystkie działy medycyny, a cena jej wynosić będzie (drogą prenumeraty tylko) od 80—100 rubli za-

leżnie od okładki. Adres: William Wood and Comp. New-York.

— **Czasopisma jako przedmiot komfortu** szpitalnego. W Anglii debatują energicznie nad sprawą wysyłania żołnierzom chorym czasopism do Egiptu, wychodząc z zasady, że przykutym na czas dłuższy do łóżka żołnierz ranny lub chory cierpi ustawicznie z powodu bezsenności i myśli ponurych, przeciwko którym wiadomości z kraju bardzo korzystnie działają, usuwając tęsknotę i jakoby zmniejszając odległość od rodzinnej ziemi. Inicyjatywa należy do kapelana wojsk Stewarta Patterson'a.

— **Bajka o szarlatanizmie lekarskim.**— „Boston Med and Surg. Journ.” podaje w postaci żarcika następującą powiastkę medyczną: „Pewien biedny, ale litościwy lekarz jadąc ciemnym lasem spostrzegł wynędzniałego i zdychającego psa. Tknięty litością wsiada z powozu głośnie biedne stworzenie i podaje mu jadła i napoju, gdy nagle pies wstaje i przemienia się w piękność niewieściami, która proponuje doktorowi, aby żądał od niej jakiej pragnie sobie nagrody. Lekarz odpowiedział: „Jestem biednym a chciałbym być bogatym”. „Oto” powiada zjawisko „jest przepis na niezawodny środek przeciwko wysieniu Świat cały należy teraz do Pana”. Obyśmy jak najdłużej byli wolni od kolegów, do których bajeczka ta stosować się może!

— Powszechnie utrzymują, że Schweniger obrażony na Du-Bois Reymond'a za nieprzyjęcie wizyty wyzwał go na pojedynek, znakomity fizyolog atoli nie przyjął wyzwania z powodu, iż Schweninger nie posiada według niego dostatecznych warunków moralnych.

(*Wiener Allg. med. Zeit.* 4 listopana).

— **Dyzenteryja ze szczególnym upływem krwi.** Dwaj lekarze wojskowi w Wiedniu pokłóciwszy się o ortografię słowa *dyzenteryja* pojedynkowali się przed dwoma niespełna tygodniami i obaj dość ciężkie odnieśli rany.

(*Wiener Med. Presse* 9 listop. r. b.).

„**Wszechświat**“ Nr. 48 z dn. 30 listopada 1884 r. Treść: Torf i torfowiska, skreślił Józef Siemiradzki — Mowa przy otwarciu zjazdu wygotzona przez lorda Rayleigha, przetoczył J. J. Boguski, (ciąg dalszy).—O powinowactwie chemicznem, skreślił Maksymilian Flaum, (ciąg dalszy).—Lampy elektryczne przenośne.—Ostatni rok podróży po Ekwadorze, przez Jana Sztolmana (ciąg dalszy).—Korespondencyja *Wszechświat*.—Kronika naukowa.—Kalendarzyk bijograficzny.—Ogłoszenia.

— **Do niniejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratów prospekt „Wędrowca” na rok 1885.**