

MEDYCINA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. **Rozprawy.** Nowe zakłady publiczne (przytułki) dla biednych rodzących w Warszawie. Opisał dr. J. Rogowicz. (Ciąg dalszy). Dławiec i błonica podług prof. A. Montiego. Podał dr. A. Poznański. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 95. Dławiec i błonica. 96. Przypadek diagonalnego pęknięcia podstawy czaszki. 97. Nowe badania w kwestyi leczenia tasiemca. — **Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

NOWE ZAKŁADY PUBLICZNE (PRZYTUŁKI) dla biednych rodzących w Warszawie.

Opisał dr. **J. Rogowicz**, Viceprezes Tow. lek. Warsz.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 36).

I.

Przytułek Nr. 1.

Pozostaje on w zawiadywaniu kol. BIEGAŃSKIEGO i znajduje się przy ulicy Leszno Nr. 66 blisko ul. Żelaznej. Mieści się zaś w domu jednopiętrowym, zbudowanym w kształcie prostokąta, którego jeden bok od ulicy nie jest zabudowany. Na przytułek zajęto mieszkanie na 1-em piętrze w pawilonie równoległym do ulicy, składające się: z 3-ch pokoiów, których okna są zwrócone na ogród z tyłu domu się znajdujący, z kuchni z oknami na dziedziniec frontowy, z jednego pokoju w jednej linii prostej z kuchnią i z pokoju zapasowego na dole w bocznym pawilonie lewym się znajdującego; wejście do mieszkania piętrowego znajduje się przy zbiegu pawilonu prawego z pawilonem równoległym do ulicy. Tym sposobem chcąc się dostać z mieszkania frontowego do owego pokoju odosobnionego, trzeba zejść na dół i przebiec całą szerokość dziedzińca frontowego od prawego do lewego pawilonu. Ten pokój całkiem odosobniony od reszty mieszkania, dopiero w 2-gim roku istnienia przytułku został przybrany i ma służyć dla położnic gorączkujących, o ile zajdzie tego potrzeba. Zwykle jest on pusty, albowiem każdej ciężko chorej położnicy, przytułek jak najspieszniej się pozbywa, przez odesłanie jej do najbliższego szpitala za rogatką Wolską, lub też do szpitala Ś-go Ducha, jak tego zresztą wymaga instrukcyja, lekarzy ordynujących w przytułkach obowiązująca. Jeżeli nadto dodamy, że pokój ten jest wtedy tylko ogrzewany, gdy jest zajęty, to nic dziwnego, że zwiedzając przytułek w późnej jesieni r. z. znaleźliśmy w tej izbie powietrze wilgotne i wonią stęchlizny przepełnio-

ne. Jak sobie radzi przytułek z obsługą położnicy w tym pokoju umieszczonej, posiadając jedną posługaczkę, to zaiste pojąć niełatwo. Z tych przeto względów przeznaczenie tego pokoju zapasowego uważamy za całkiem chybione, a tem samem i wydatek na opłatę komornego za nieuzasadniony ani rzeczywistą potrzebą ani pożytkiem.

Wymienione mieszkanie piętrowe z 4-ch pokoiów i kuchni złożone następujący przedstawia rozkład: Z sieni wchodzi się do małego pokoju o jednym oknie i jednym łóżku; jest to pokoiik dla rodzących. Z tego wchodzi się do większego pokoju o 3-ch łóżkach, z którego w dalszym ciągu prowadzą drzwi do pokoju zajmowanego przez akuszerkę. Czwarty zaś i ostatni pokój o jednym łóżku znajduje się w przedłużeniu kuchni, a dostać się do niego można albo przez kuchnię, która posiada oddzielne wejście z tejże samej sieni, albo też przez mieszkanie akuszerki; jest to zatem pokój przechodni, oddzielający kuchnię od pokoju akuszerki. Gdyby tylko to było do zarzucenia, że przez ten pokój bardzo często przechodzi kucharka i posługaczka do akuszerki i nawzajem ta ostatnia do kuchni, byłoby to jeszcze znośnem, lecz gdy dodamy, że ciepłota i powietrze w nim są także same jak w kuchni, to istotnie dziwić się wypada, że i ten pokój dla chorych przeznaczono. Że tak jest w rzeczy samej i że nawet najczęściej to łóżko bywa zajęte,—zapewne ze względu na wielkie ułatwienie w obsłudze położnicy,—dowodzi ta okoliczność, że wszystkie inne łóżka były puste, a to jedno jedyne zastaliśmy zajęte.

Z tego cośmy na miejscu widzieli i wyżej podali, wyprowadzamy ten wniosek, że mieszkanie zajmowane przez ten przytułek tak wiele pozostawia do życzenia, że należałoby go przenieść do innego domu. Dokonanie zmiany mieszkania jest tem pilniejszym raz dla tego, że przytułek ten jest jak dotąd najwięcej uczęszczany przez szukające w nim pomocy i schronienia biedne rodzące, jako też i z tego powodu, że mieszkanie żadnego z pozostałych 4-ch przytułków, jak to zaraz zobaczymy, nie przedstawia podobnych wadliwości.

Przytułek Nr. 2 (uprzywilejowany).

Jest on w zawiadywaniu p. TOMASZEWICZ-DOBRSKIEJ, a pod opieką pani KRONENBERG. Znajduje się przy ulicy Prostej Nr. 2 tuż przy ul. Twardej i mieści się w mieszkaniu frontowym na I-em piętrze, z 5-ciu pokoiów, przedpokoiu i kuchni złożonem. Z przedpokoiu wchodzi się do małego pokoju, stanowiącego kancelaryę; z tej prowadzą drzwi do większego nieco pokoju dla rodzących, a w dalszym ciągu jest wejście do kuchni, mającej wyjście na oddzielne wschody; wszystko to zajmuje stronę podwórzową tego mieszkania. Z pokoju dla rodzących prowadzą nadto drzwi do obszernego saloniku frontowego z 3-ma łóżkami, w dalszym ciągu którego znajdują się: mały pokoiik przechodni z jednym łóżkiem i ostatni pokój frontowy, tak obszerny jak salonik, zajęty na mieszkanie akuszerki.

I tu, tak samo jak w przytułku Nr. 1 tylko jedno łóżko w danej

chwili i to właśnie w owym pokoiku przechodnim, zapasowym się znajdujące, było przez położnicę zajęte.

Przytułek Nr. 3.

Lekarzem ordynującym jest tu kol. KONDRATOWICZ Stanisław. Przytułek ten znajduje się przy ul. Nowo-Wielkiej Nr. 5 w domu frontowym dwupiętrowym, naprzeciwko tylnych zabudowań fabryki cygar i papierosów „Union” i zajmuje mieszkanie złożone z 5-ciu pokoiów, przedpokoju i kuchni na II piętrze od frontu. Z sieni są dwa wejścia: jedno na lewo do obszernego o 2-ch oknach pokoju dla rodzących, a drugie na prawo, do przedpokoju, który prowadzi do kuchni, do pokoju akuszerki i do małego przedpokoiku, z którego wchodzi się do pokoju frontowego o 2-ch oknach i 2-ch łózkach, a z tego w dalszym ciągu prowadzą drzwi do jeszcze obszerniejszego pokoju także frontowego o 2-ch łózkach; z tego ostatniego jest także wejście do pokoju dla rodzących. Ostatni mały pokój frontowy zajmuje kucharka i posługaczka, kuchnia bowiem jest tak mała, że na łóżko nie ma w niej miejsca; wchodzi się do tego pokoju z owego małego przedpokoiku wprost kuchni. Pokój ten jednakże bywa zajęty przez położnicę w razie większej ich liczby i braku miejsca w trzech innych wyłącznie dla nich przeznaczonych. Wogóle całe mieszkanie tak pod względem higienicznym jako też obszerności, rozkładu i przeznaczenia pokoiów jest bez zarzutu. Szkoda, nie możemy tego, przynajmniej do czasu, powiedzieć o przeznaczeniu tego przytułku dla tej okolicy miasta, w której obecnie on się znajduje. Przytułek Nr. 3 był pierwotnie przeznaczony dla ubogiej ludności wyrobniczej prawie wyłącznie zaludniającej okolicę Tamki, Solca, ul. Czerniakowską, Fabryczną i t. p. Dostał on się na ul. Nowo-Wielką jedynie z tego powodu, że w danym czasie na powiśle nie było odpowiedniego na przytułek mieszkania do wynajęcia. Tu zaś gdzie się obecnie znajduje, jest o wiele mniej potrzebnym niż w tej okolicy, którą pierwotnie dlań wskazywano. Zablisko jest on ul. Marszałkowskiej, gdzie znajduje się i Instytut położniczy rządowy i prywatny przytułek dla biednych rodzących, a zdaleko od powiśla, które dotąd ani jednego przytułku nie posiada. To też zdawało się z początku, że rodzących w tym przytułku będzie znacznie mniej niż w innych. Tymczasem liczba odbywających się tu porodów rocznie jest nieledwie takąż samą jak w innych. Aczkolwiek świadczy to wymownie o jego i w tej okolicy użyteczności, nie uwalnia jednak od urządzenia takiego przytułku na powiśle np. na ul. Browarnej blisko Tamki. Sądzymy, że tej naglącej potrzebie dałoby się bardzo łatwo uczynić zadość, gdyby jak wspomnieliśmy, pani KRONENBERG przytułek Nr. 2 swoim kosztem utrzymywała. Tym sposobem oszczędzony wydatek z funduszków miasta na utrzymanie przytułku Nr. 2, możnaby użyć na proponowany przytułek Nr. 6 na powiśle.

Przytułek Nr. 4 (na Pradze).

Ordynuje w nim kol. GROMADZKI. Na ten przytułek zajęto mieszkanie frontowe w domu dwupiętrowym na Pradze przy ulicy Targowej

Nr. 150A, złożone z długiego widnego korytarza, oddzielającego pokój zajmowany przez akuszerkę i pokój zapasowy dla gorączkujących położnic od kuchni i pokoiku na skład odzieży rodzących i innych rzeczy przeznaczony; z korytarza tego prowadzą drzwi do tych 3-ch pokoiów i kuchni z oddzielnymi wschodami, a nadto w jednym jego końcu (na prawo z sieni) jest wejście do pokoju frontowego (kancellaryi), z którego na prawo wchodzi się do obszernego saloniku o 3-ch łózkach i na lewo do pokoju dla rodzących. Całe to mieszkanie zajmuje drugie piętro prawego narożnego pawilonu od dwóch ulic i placu bazarowego; posiada zatem okna z czterech stron świata. Jedyne zarzut stanowi wilgoć, jaka w późnej jesieni i na wiosnę w murach całego tego budynku występuje. Gdyby nie to, uważalibyśmy to mieszkanie za wzorowe pod każdym względem, jakby umyślnie na przytułek dla rodzących zbudowane ¹⁾.

Przytułek Nr. 5 (dla żydówek).

Przytułek ten w pierwszym roku swego istnienia znajdował się na Muranowie, w niewielkiej odległości od szpitala żydowskiego, t. j. tam, gdzie pierwotne miejsce nań wskazano. Wybranie tej, a nie innej, okolicy miasta na ten przytułek wskazywał bardzo ważny warunek, że przytułek miał zastąpić oddział położniczy w szpitalu żydowskim, niestety, dotąd jeszcze istniejący! Wypadało zatem otworzyć przytułek w tejże samej okolicy (żydowskiej), w której się takowy szpital znajduje, już to dla tego, że się do niej bezpośrednio interesowane kobiety przyzwyczały; już też, że gdyby oddział położniczy w szpitalu został zwinięty, bardzo łatwo można by do przytułku skierować każdą zabłąkaną do zniesionego oddziału rodzącą. Że zaś zrobiono jedno, a o drugim zapomniano, t. j. otworzono przytułek, a oddział położniczego w szpitalu dotąd nie zniesiono; przeto stało się to, co z góry przewidywano, a mianowicie, że liczba zgłaszających się do przytułku żydówek, dopóki się znajdował na Muranowie, była bardzo małą. W wymienionym na wstępie memoryale wykazałem, że liczba ciężarnych i rodzących, szukających schronienia i pomocy w oddziale położniczym szpitala żydowskiego, przeciętnie 87 rocznie wynosi. Otóż liczba ta w pierwszym roku istnienia przytułku, spadła do 60, a tem samem liczba rodzących w przytułku żydówek w ciągu roku zaledwie do 30 dojść mogła ²⁾.

Na początku 1884 r. wiadomem było:

1) że w roku ubiegłym 1883 w przytułku Nr. 5 na Muranowie rodziło 72 kobiet (z tych większa część chrześcianek), z których ani jedna nie zmarła.

¹⁾ Szczegółowy opis tego przytułku podał kol. GROMADZKI, w Medycynie Nr. 19 z r. b.

²⁾ Ile ich było, dokładnie nie wiemy, gdyż posiadamy tylko liczbę wszystkich rodzących (żydówek i chrześcianek razem) w przytułku Nr. 5 w r. 1883, wynoszącą 72.

2) że liczba rodzących w tym przytułku jest znacznie mniejszą od liczby rodzących w każdym innym z 4-ch pozostałych.

3) że w tymże roku w oddziale położniczym szpitala żydowskiego rodziło 60 kobiet, z których 7 zmarło.

Z tych zatem powodów (innych nie znamy) w roku 1884 przytułek Nr. 5 z Muranova przeniesiono na ul. Sliską pod Nr. 34, w bliskości ul. Twardej, t. j. w tę okolice, w której znajduje się przytułek Nr. 2. Tym sposobem, gdy całe powiśle nie posiada ani jednego przytułku, za to okolica ulicy Twardej, od ul. Ciepłej do Pańskiej, posiada aż dwa przytułki: Nr. 2 na ul. Prostej i Nr. 5 na ul. Sliskiej. Ten ostatni wprowadzie dla żydówek przeznaczony, lecz i tu więcej w nim szuka pomocy chrześcianek, niż żydówek; z kąd to pochodzi, później zobaczymy. Obecnie zaś wracamy do topografii przytułku Nr. 5, którego lekarzem jest kol. RUBINSTEIN.

Przytułek mieści się na parterze od frontu domu dwupiętrowego i zajmuje mieszkanie złożone z 4-ch pokoiów, przedpokoju i kuchni z oddzielnym wejściem. Z przedpokoju prowadzi troje drzwi: na prawo do saloniku o 2-ch oknach i 3-ch łóżek, na lewo do małego pokoiku od dziedzińca, z jednym oknem i jednym łóżkiem, i wprost do kuchni; z saloniku jest wejście do niewielkiego pokoju frontowego, zajmowanego przez akuszerkę, obok którego również od ulicy jest drugi takiż sam pokój, przeznaczony dla rodzących. Zastaliśmy tu 3 łóżka zajęte: 2 w pokoju dla położnic i 3-cie w pokoiku oddzielnym od dziedzińca.

Ze wszystkich 5-ciu przytułków ten zajmuje najmniejsze mieszkanie, a przecież zupełnie wystarczające dla 3-ch *event.* 4-ch położnic i jednej rodzącej. Umieszczenie akuszerki pomiędzy pokojem dla położnic a pokojem dla rodzących zasługuje na uznanie i naśladowanie; nie spotykaliśmy tego w żadnym innym przytułku. Ten jeden przytułek posiada nadto materace, a właściwie spody łóżek druciane, na których spoczywają cienkie zaledwie 2 cale grubości mające sienniki, całkowicie przykryte płótnem gumowanym; prześcieradło, kołdra i poduszki uzupełniają posłanie łóżek. W innych zaś przytułkach są wprawdzie łóżka żelazne, lecz zasłane jak zwykle: siennikiem, materacem z włosia leśnego (*Waldhaar*) i t. d. Jest to wreszcie jedyny przytułek zajmujący mieszkanie parterowe, coby ze względów higienicznych na niekorzyść jego przemawia.

Każdy z opisanych przytułków ma 4-ry t. z. kołyski, a właściwie łóżečka żelazne dla noworodków, takie same jakie znajdują się w Instytucie położniczym i w domu podrzuteków przy szpitalu Dzieciątka Jezus istniejącym. Każdy przytułek jest zaopatrzony w doskonałe, niezbędne narzędzia położnicze, umywalnie, wanny, irrigatory i t. p. Każdy posiada odpowiednią księgę, do której ordynator wpisuje wszelkie szczegóły każdej do przytułku przyjętej kobiety i jej dziecka dotyczące; księgi te stanowią cenny materiał naukowy, który spodziewamy się, że z czasem zostanie

odpowiednio zużytkowanym, chociażby w postaci takich sprawozdań, jakie kol. GROMADZKI ze swojego przytułku podał w *Medycynie* Nr. 19 z r. b. We wszystkich wogóle przytułkach zastaliśmy wzorową czystość i porządek, oraz ścisłe przestrzeganie rozumnej antyseptyki.

W żadnym nie ma dzwonek elektrycznych, zapomocą których położnica mogłaby bez nawoływania dać znać, szczególnie w nocy, o potrzebie przybycia do niej akuszerki lub posługaczki. Usunięcie tego braku polecamy uwadze i ofiarności opiekunek przytułków.

Z porównania mieszkań zajętych na przytułki, tak pod względem ich obszerności, rozkładu, przeznaczenia pojedynczych pokoi, jako też warunków higienicznych i t. p. dochodzimy do wniosku, że pierwsze miejsce zajmuje przytułek Nr. 3, drugie Nr. 4 (na Pradze), trzecie Nr. 2, czwarte Nr. 5, a ostatnie Nr. 1. Ten ostatni mieści się w całkiem nieodpowiednim mieszkaniu i dla tego należałoby jak najrychlej postarać się o inne nań pomieszczenie w tejże samej okolicy miasta, w której obecnie się znajduje.

(d. c. n.)

DŁAWIEC I BŁONICA

(*Croup et Diphtheritis*, PODEŁUG PROF. A. MONTIEGO)

Podał Dr. **A. Poznański.**

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 36).

Rozpoznanie błonicy krtani w wielu razach przedstawia niemałe trudności—tylko ogólny zbiór symptomatów, zajęcie gruczołów i natężenie niektórych objawów mogą być wskazówkami. Prognoza jest w ogóle złą, powikłania mogą każdej chwili ją zmienić. W ogóle, zależy od charakteru epidemii; czasem tylko 20, 30%, ale nieraz 50, 60, 70% lub więcej chorych umiera. Ważną wskazówką jest wiek, ciałośkład, i rozprzestrzenienie processu. Najgorsze przypadki bywają te, gdy błonica przechodzi z nosa na krtani i gdy wszystkie błony śluzowe są zajęte. Przypadki błonicy krtani septycznej są bezwarunkowo śmiertelne.

Leczenie. Zadaniem leczenia jest:

1) Miejscowe leczenie błony śluzowej gardzieli, nosa lub ust w okresie poprzedzającym.

2) Leczenie zapobiegające posuwaniu się błonicy ku dołowi.

3) Leczenie błonicy krtani miejscowe.

Pierwsze dwa wskazania były już opisane. W leczeniu miejscowym krtani mamy dwa następujące wskazania. 1) Rozpuszczać błony błonicowe. 2) Pokonać mechanicznie objawy stenozy.

1) Radzono zimne kompresy na okolicę krtani w celu niedopuszczenia do wysięku i w celu rozpuszczenia go. Przez 15 lat używał M. stale zimna bez najmniejszego skutku. Niektórzy, a między niemi i KAULICH radzili używać ciepłych okładów; rzeczywiście ciepłe okłady przyspieszają

oddzielanie się błon ale tylko w formie miejscowej; tam gdzie błonica przebiega przy ogólnych objawach, są nieskuteczne. W formie septycznej, chory nie znosi ciepła. Radzono mechanicznie oddzielać błony za pomocą gąbki lub penzla. OERTEL postępuje w ten sposób, że pod przewodnictwem lustra wprowadza penzelek włosiany osadzony na ręczce odpowiednio zagiętej do krtani i wykonywując szybko obroty zdziera wyścię. OERTEL radzi tę operację wykonywać w chwilach groźnych. Uważa M. postępowanie te za niebezpieczne i radzi wystrzegać się szczególnie w praktyce prywatnej, gdyż dziecko podczas tego może się udusić. Wreszcie już przedtem wypowiedział swe zdanie co do zdzierania błon.

Ropuszczanie błon najlepiej się uskutecznia za pomocą ciepłych inhalacji. Rozumie się że w przypadkach ogólnego zatrucia od inhalacji nie wiele się można spodziewać.

Autor ma szczególne zaufanie do sublimatu 0,05, *Aq. dest.* 200,00. Dla wydalenia błon radzono środek wymiotny, pożytek nie dowiedziony, a środki te mogą przynieść ogromną szkodę organizmowi. Dla pokonania uduszenia należy wykonać tracheotomię. Operacja ta powinna być wykonywaną jak tego dowodzi statystyka porównawcza. Przyznać jednak musimy, że pożytek jest mniejszy niż przy krupie. Dla wykazania, że operacja ma prawo bytu, autor przedstawia liczne tabele statystyczne, z których dowiadujemy się, że na 12,736 błonicowych operowanych wyzdrowiało 3409, 9161 umarło, 166 wypisano nieuleczonych. Bywają czasy, że wszystkie (z małym wyjątkiem) dzieci operowane zdrowieją i przeciwnie; chociaż tak jedne jak i drugie w tych samych warunkach się znajdowały te same metody były stosowane. Większość lekarzy zgadza się ze zdaniem KRÖNLEINA który powiada „jak tylko w przebiegu błonicy laryngostenosa zagraża choremu, to bez względu na to czy to będzie forma złośliwa czy nie, tracheotomia powinna być wykonaną”.

W następujących przypadkach tracheotomia jest przeciwwskazaną według doświadczenia autora:

- 1) W przypadkach w których błonica jest rozprzestrzenioną na wszystkich błonach śluzowych i w których występują objawy zatrucia krwi,
- 2) gdy przy błonicy miejscowej występują objawy zatrucia i silne obrzmienie gruczołów;
- 3) we wszystkich przypadkach błonicy septycznej.

Pytanie, czy wiek może stanowić przeciwwskazanie, zostało rozstrzygnięte na korzyść operacji.

Bronchitis, pneumonia jeżeli komplikują błonicę krtani, a jednocześnie występują znaczne objawy stenozy nie przeciwwskazują dokonania operacji. Wielu uważa białkomocz jako przeciwwskazanie. Ponieważ objaw ten często jest tylko przejściowym, trudno więc na to się zgodzić. Czas kiedy należy operować stał się powodem sporów; jedni zalecają w III okresie inni w końcu II-go, według autora najwłaściwiej w II-im. Co się tyczy metody operowania, to i tutaj; gdy jedni zalecają laryngotomię druzdy cricotracheotomię inni *tracheot. sup. t. j.* przecięcie 3-ch pierwszych obrączek a inni *tracheot.*

infer. od 3—7 obrączki. W Bethanien do 8 roku robią *tracheot. inf.* TRENDELENBURG utrzymuje, że po cricotracheotomii często występują granulacye. Trzy przypadki granulacyi trachealnych, które widział M. były po cricotracheotomii. *Tracheot. inf.* według wielu, źle wpływa na przebieg rany. Laryngotomia pozostawia chrypkę i skłonność do krupów nieżytowych (*pseudocroup*). *Tracheot. sup.* jest najlepszą metodą. Niektórzy radzą by oszczędzać ranę, nie wprowadzać rurki lecz za pomocą haczyków trzymać ją otwartą. W ostatnich czasach by uchronić ranę od błonicy, radzono operować Paquelinem.

Zejścia po tracheotomii bywają: 1) wyzdrowienie mniej więcej $\frac{1}{3}$, 2) w błonicę oskrzeli, która prawie zawsze kończy się śmiercią, 3) w posocnicę, która wtedy ma miejsce, gdy błonica przenosi się na ranę lub też po zniknięciu już wraca do gardzieli i nosa. Powikłania jakie spotykamy po tracheotomii:

1) Abscess w śródpiersiu bardzo rzadko, dotychczas kilka przypadków po *tracheot. infer.*

2) Błonica rany dosyć częsta, KRÖNLEIN na 210 widział 50. Zależy także od epidemii. Czy wystąpienie błonicy zależy od metody operowania, trudno powiedzieć. W leczeniu staramy się, jeżeli można rurkę usunąć. Przypalanie lapisem lub *Liq. ferri* nie pomaga. Lepiej działa przemywanie *Aq. carbolis*. 6% lub też zasypywanie jodoformem. Dobrze działa opatrunek z *Aq. phagadaenica flava*. WALSER radzi smarowanie kilka razy dziennie bals. peruwiańskim.

3) Zapalenie ropne bywa dosyć często i zależy zdaje się, od zbyt dużego cięcia skóry. Brzegi rany nabrzmiwiają, czerwienieją, twarzenieją. Tkanka łączna podskórna silnie nabrzęka. Niekiedy process ogranicza się na małej przestrzeni, niekiedy na znacznej, rurka staje się za krótką, łatwo wypada z tchawicy. Zapalenie to rzadko przechodzi w ropienie, częściej w zgorzel, która niekiedy rozszerza się na obrączki trachealne. Zabliźnienie rany zależy od odżywiania chorego. W leczeniu te same zasady jak przy zapaleniach.

4) Róża powstaje niekiedy przy dobrym wyglądzie rany, rozszerza się na szyję, twarz, najczęściej jednak występuje przy zapaleniu rany. Zwykle kończy się śmiercią. Leczenie polega na przemyciu rany wodą karbol. sublimatem, zimnych okładach, chininie do wewnątrz.

5) Zgorzel. Niekiedy rana staje się zgangrenowaną i to powierzchownie lub głęboko. Powierzchnowa zgorzel zależy więcej od nieodpowiedniej rurki, głęboka, od zarażenia błonicy. Brzegi rany suche, szare, cuchnące. Po oddzieleniu części obumarłych powstaje owrzodzenie ze znacznym krwotokiem. W miejsce jak radzono przyżegania lapisem, Paquelinem, używa M. jodoformu, do wewnątrz roborantia.

6) Owrzodzenie tchawicy, powstaje niekiedy przez ucisk rurki a także powstają zwykle w pierwszych dniach po operacyi; objawem takiego owrzodzenia jest krwawa plwocina lub nawet obfity krwotok.

7) Krwawienia po tracheotomii bywają niekiedy tak obfite, że sprowadzają śmierć. W niektórych przypadkach krwawie-

nie bywa z niepodwiązanych naczyń. Krwawienia w dalszym przebiegu bywają już to z powodu błonicy rany, już też zgorzeli lub owrzodzenia tchawicy. Zwykle krwawienia takie bywają nieznaczne chociaż czasami bardzo obfite. Niekiedy krwawienia bywają tętnicze i to z dużych pni. KRÖNLEIN radzi ranę bezpośrednio po operacji smarować *Liq. ferri*.

8) P o r a ż e n i a. Niekiedy po operacji spotykamy przeszkody w połykaniu zależne od porażień mięśni połykowych. Powikłanie to wymaga sztucznego odżywiania.

Przypadłości po wyjęciu rurki mogą być:

1) B u j a n i e z i a r n i n y zwykle w górnym brzegu rany tracheot. przy ruchach oddechowych granulacye zamykają tchawicę. Im dziecko młodsze tem łatwiej występują one. Ziarnina może szybko sprowadzić śmierć przez uduszenie. Niekiedy bezpośrednio po wyjęciu rurki zwykle jednak później objawy te występują. KÜSTER, TRENDELENBURG są zdania, że erico-tracheotomia najczęściej sprowadza to powikłanie. W celu usunięcia ich należy je wyskrobać i wytuszczać.

2) Zwężenia tchawicy po błonicy bywają bardzo rzadkie. Występują niekiedy przed wyjęciem rurki, (w takim razie przez długi czas rurki nie można usunąć), lub też po wyjęciu. W leczeniu powinniśmy starać się już to za pomocą świeczek, już to za pomocą odpowiednich operacyj, zwężenie rozszerzyć.

B ł o n i c a s k ó r y .

Nigdy nie spotykał M. na zdrowej skórze; niektórzy opisują takie przypadki. SEITZ opisuje ją w sposób następujący: powstaje czerwona okrągła lub eliptyczna plama bardzo bolesna, wkrótce w środku takiej plamy powstaje małe wyniesienie w formie pęcherzyka *urticarii* lub też podobne do pęcherza pemphigusa. Pęcherzyk napełniony płynem zsycha się i odpada pozostawiając owrzodzenie pokryte nalotem. Bywają epidemie, że pomimo rozprzestrzenionej błonicy błon śluzowych i obecności ran błonicych, błonica na skórę się nie przenosi i przeciwnie przy bardzo nieznacznych wysiękach na błonach śluzowych, każda ranka pokrywa się nalotem. Najczęściej błonica skóry występuje za uchem, na muszli usznej w fałdach szyi, w pachwinie, koło stolca, w okolicy nosa, ust i na głowie. Niekiedy widzimy błonicę występującą na rankach po pijawkach.

Owrzodzenia lub rany pokrywane się nalotem stają się bolesne wydzielają płyn jasny, cuchnący. Brzegi rany silnie nabrzękają, sinieją. W kilka godzin lub po kilku dniach pokazuje się wysięk. Błony z początku cienkie coraz więcej grubieją, w środku błona grubsza po brzegach cieńsza trzyma się mocno rany, po pewnym czasie błony mięknią i rozpadają się. Nie rzadko towarzyszy *erysipelas bullosum* pęcherzyki pękają, dają początek owrzodzeniom, które pokrywają się nowym nalotem. Czas trwania i zejścia są rozmaite i zależą od rozległości processu i od epidemii; jeżeli błonica skóry jest ograniczoną, to po 8—14 dniach następuje wyzdrowienie. Nigdy po takiej postaci nie widział M. chorób następnych.

Jeżeli jednak błonica jest bardzo rozległą u dzieci anaemicznych, skrofolicznych i w złych warunkach higienicznych, to należy ona do chorób bardzo groźnych i długotrwałych. Leczenie jest miejscowe i ogólne. W leczeniu miejscowym używa M. alkaliów (*Aq. Calcis, kali chlor., Natr. bicarb.*) i antyseptyków. Chętnie używa *Aq. phagadaenic. fl.* Leczenie ogólne, według wyżej podanych prawideł.

Błonica części rodnych zewnętrznych.

Występuje często przy błonicy błon śluzowych. Pierwotnie rzadko i to zawsze na uszkodzonych miejscach, u chłopców na nadżarciach żołądki, na napletku, u dziewcząt na sromie lub pochwie. U dziewcząt częściej niż u chłopców. Przy błonicy sromu występuje obrzmienie warg sromowych, skóra zaczerwieniona, sina. Zaraz pierwszego dnia, wydzielina obfita ze sromu. Dzieci żalą się na ból przy urynowaniu, częste pozywy na urynę. Po kilku dniach na wargach większych tworzą się naloty koloru szarego. Nalot taki może wdrązać i na błonę śluzową pochwy, a nawet sekeye wykazały, że naloty mogą sięgać aż do błony śluzowej macicy. Po oddzieleniu jednego nalotu tworzy się zaraz drugi. W przypadkach upartych takie tworzenie się może trwać i kilka tygodni. Przez spływanie mas ropadowych powstają nadżarcia na udach i kroczu które pokrywają się nalotem. Niekiedy błonica taka wikła się z różą prowadząc do ogólnego zakażenia. Gruczoły pachwinowe brzękną zwykle w początku choroby dochodząc niekiedy do kolosalnych rozmiarów. Jeżeli błonica przebiega tylko miejscowo bez ogólnych objawów, to kończy się pomyślnie.

Błonica napletka i żołądki daleko rzadsza. Często spotyka się u noworodków po obrzezaniu dokonaniem w czasie i miejscowości gdzie panuje błonica. Skóra brzęknie, czerwienieje, czerwoność rozlewa się na cały członek, phimosis, przy lekkim odciąganiu wycieka płyn cuchnący, trudne oddawanie uryny, niekiedy retentio. Gruczoły lekko nabrzmiewają. Gdy obrzęk się zmniejsza i napletek odciągniemy, to widzimy grube naloty. Wogóle tak przy błonicy sromu jak i żołądki występuje czasami róża, która sprowadza śmierć.

Następcze choroby.

1) **Organy trawienia.** W przypadkach wyjątkowych występuje błonica żołądka. Jako objawy występują: ból żołądka samodzielny lub też za uciskiem, częste wymioty śluzowe z przymieszką krwi, strupów, nagły upadek sił. W błonicy septycznej spotykamy niekiedy błonicę kiszki grubej, stolce niezmiernie częste, rzadkie, śluzo-ropne, krwawe z tenesmami, szybki upadek sił.

2) **Nerki.** Z początku błonicy zmiany w urynie zależą od gorączki. Ilość moczu stosownie do tego bywa większą lub mniejszą, kolor ciemniejszy. Po odstaniu daje osad złożony z moczanów. Ciężar gatunkowy między 1020—1032 chlorków mniej, uratów więcej. W miarę ustępowania gorączki ustępują te zmiany. Najważniejszą jest białkomocz; częstość znaj-

dowania białka zależy od epidemii. Ilość białka zależy od natężenia choroby, w przypadkach lżejszych ilość nieznaczna, w przypadkach ciężkich bardzo dużo. Ilość białka nie jest stałą, raz się zwiększa to, znowu zmniejsza bez względu na większe lub mniejsze rozszerzenie się błonicy. Jeżeli białkomoczu znaczny, to ilość uryny się zmniejsza. Pomimo znacznej ilości białka rzadko występuje hydrope, co najwyżej lekkie obrzmienie skóry twarzy i około kostek. Spotykamy białko w przypadkach lekkiej błonicy, a w ciężkich może go brakować. Zdanie UNRUH'A że we wszystkich przypadkach zakażenia błonicowego białka nie brak i podawanie tego za kamień probiereczy, jest błędne i nie sprawdzone, gdyż spotykamy białko w przypadkach tych, w których błonica przebiega bez znacznej gorączki i na odwrót, w przypadkach stwierdzonych jako septyczne nie znajdujemy go. Niekiedy białko występuje jako następstwo laryngostenozy i wtedy po usunięciu tej przyczyny, ustaje. Przyczyny białkomoczu są rozmaite: często na skutek hyperaemii nerek wywołanej gorączką, wtedy mamy mało białka i złuszczonej nabłonek, następnie jak już wyżej wspomniano wskutek laryngostenozy, nakoniec skutkiem parenchymatycznego zapalenia nerek jak to spotykamy często w chorobach zakaźnych. Prognoza bywa niepomysłną. W leczeniu najchętniej stosuje się adstringentia i to alumen (*Rp. Aluminis crudi 2,00, Aq. destil. Syr. 20,00, DS. co 2 god. łyżkę*) dycetę mleczną i napoje gazowe.

3) Zaburzenia czynności serca. Zdarzają się w rekonwalescencji nagle przypadki śmierci przy objawach paraliżu serca.

Dzieci dostają nagle bicia serca, twarz blednie, oczy bez połysku, kończyny ziębna, puls mały, nitkowaty, nieregularny, tony serca nie wyraźne, szybko występuje prostracya, utrata przytomności, oddech przyspieszony, nieregularny i w kilka godzin śmierć. Niekiedy objawy występują wolniej i śmierć opóźnia się o kilka dni. Śmierć następuje skutkiem stłuszczenia serca. SENATOR prócz stłuszczenia przypuszcza jeszcze porażenie nerwu błędnego. Leczenie bezskuteczne, ogranicza się na środkach silnie pobudzających.

Endocarditis et Myocarditis. *Endocarditis* przy błonicy trudno rozpoznać; jako symptomy podają: 1) nierównomiernie silne, gwałtownie występujące bicie serca. 2) Systoliczne szmery u wierzchołka. Co się tyczy *Myocarditis* to w ostatnich czasach LEYDEN i UNRUH zwrócili uwagę na częstość tej choroby po błonicy. UNRUH na 237 przypadków 8 razy obserwował i raz po szkarlatynie. Według UNRUH'A choroba ta rozwijała się przeważnie po błonicy rozpadowej. Symptomaty UNRUH tak opisuje: Pierwszym niebrakującym objawem jest puls mały, próżny, który występuje nagle, z początku nie o wiele częstszy po 24 god. staje się nadzwyczaj częstym 160—180 nieregularny, przypuszczający, szybkość i nieregularność przy siadaniu wzmagają się. Uderzenie serca przy rozwijającej się *Myocarditis* jest słabsze, granica serca powiększona we wszystkich przypadkach przechodzi po za środek mostka. Przy wysłuchiowaniu w następnych dniach choroby, pierwszy ton słabszy. Na wysokości choroby przy pierwszym tonie

głośny podmuch, tony jakkolwiek słabe, zawsze słyszalne. Objawów subiektywnych brak, temperatura nie podniesiona, chorzy tylko apatyczni, senni. We wszystkich przypadkach ilość uryny zmniejszona, białkomocz, oedema, a nawet ascites. Z chwilą poprawy oedema szybko znika, uryna staje się normalną. Co się tyczy leczenia to UNRUH zaleca kamforę. *Tinct. nervino ton. Best.* wino.

4) Zaburzenia w funkcjach nerwowych. Porażenia są częste po błonicy częstość ich zależy od charakteru epidemii, w pewnych 50% w drugich 5–10%. Porażenia nie są zależne od natężenia, rozległości błonicy. Przysznać należy że najczęstsze bywają po błonicy septycznej i błonicy nosa. Białkomocz nie wywiera wpływu. W większej liczbie przypadków porażenie zależy od zmienionego odżywiania nerwów, które ma miejsce już to wskutek bezpośredniego ich cierpienia lub też przez ucisk produktami zapalnymi. Również i zmiany w samych centrach mogą być przyczyną porażen. Porażenia rozwijają się już to w przebiegu, już to w rekonwalescencji i to najczęściej w 2–3 tygodni. Niekiedy występują bardzo późno 20–30 dnia niekiedy bardzo wcześnie 3, 5, 12 dnia choroby. Bywa zwykle symetryczne, wyjątkowo połowiczne. Również natężenie bywa rozmaite, już to dochodzi do kompletnej ataxii już to tylko pewne grupy mięśniowe jej podlegają. Porządek w jakim zwykle porażenie występuje nie jest jednokowym. Podczas poprawy zachowany jest ten porządek w jakim porażenie występowało. Zwykle poprzedza porażenie zmniejszona czułość dochodząca niekiedy do beczułości, chorzy żalą się na mrowienie, starsze dzieci na zimno i ciężkie kończyny. Porażenie może wystąpić bez żadnych ogólnych objawów, czasami tylko przy lekkiej gorączce. Zdolności umysłowe podczas trwania nie są przytępione, dzieci wolno i trudno odpowiadają, ale rozsądnie. Podczas porażenia dzieci są niezmiernie zmęczone, łatwo wymiotują, mają rozwolnienie, przedstawiają oznaki wyniszczenia. Porażenie mięśni podniebienia występuje zwykle najwcześniej i najczęściej, objawy: głos nosowy, słaby, wymawianie utrudnione, niezrozumiałe. We śnie oddech chrapiący, polykanie utrudnione, płynne pokarmy zwracają nosem, dzieci mogą pić tylko kroplami przechyliwszy głowę ku tyłowi. Stałe pokarmy tylko w małych kawałkach i to z trudnością. W razie porażenia mięśni gardzieli polykanie zupełnie niemożliwe. Trudności bywają niekiedy takie, że koniecznym jest sztuczne karmienie. Przy oglądaniu gardzieli widzimy łuki nieporuszone, na słaby strumień nie kurczą się. Niekiedy jednocześnie występuje paresis języka, mięśni żwaczy i mięśni warg, wtedy dzieci trzymają usta otwarte, język wysuwa się na zewnątrz, ślinotok. Porażenie gardzieli i podniebienia jest najważniejszym bo wpływającym na odżywianie. Trwa niekiedy 8 dni niekiedy 4–6 tygodni.

Zaburzenia w ner. wzrokowych są rzadsze, dzieci użalają się że nie dobrze rozpoznają przedmioty, męczą się patrzeniem, źrenice rozszerzone, ruchy akkomodacyjne leniwe. HASCHEL jako pierwszy symptom podaje iskry przed oczami, ból czoła. W przypadkach ciężkich, występuje strabismus. Porażenia kończyn nie występują nigdy tak wcześnie jak podnie-

bienia. Przedewszystkiem występują objawy mrowienia, zmęczenia i bólu w mięśniach, po kilku dniach występuje osłabienie, paresa a niekiedy paraliż. Najczęściej porażenie występuje w dolnych kończynach, bywa zwykle obustronne. Mięśnie chudną ale do atrophii nie dochodzi.

W przypadkach ciężkich może wystąpić paraliż mięśni szyi, karku i grzbietu i stosownie do tego występują objawy. Jeżeli następuje porażenie mięśni piersiowych to oddech staje się utrudnionym, powierzchownym, występują napady astmatyczne. Jeżeli paraliż daleko posunięty, to następuje śmierć skutkiem obrzęku płuc. Mogą także wystąpić porażenia zwieraczy k. stolcowej i pęcherza wtedy chorzy bezwiednie oddają uryną i stolec.

Porażenie błonicowe po pewnym przeciągu czasu przechodzi bez następstw i wyzdrowienie następuje zwykle w 4—8 tygodni, wyjątkowo po kilku miesiącach. Po przebytem porażeniu, dzieci nadzwyczaj wolno do sił przychodzą. Porażenie może spowodować śmierć z następujących przyczyn:

a) przez wycieńczenie, b) przez uduszenie, c) skutkiem paraliżu serca (*paral. n. vagi* SENATOR), d) przez powikłania: *bronchitis, pneumonia, oedema pulmonum* i t. d.

Tylko przy ogólnem paraliżu prognoza jest wątpliwą. W leczeniu przedewszystkiem zwracać należy uwagę na odżywianie, gdy zachodzi niemożność połykania karmić za pomocą sondy. W ogóle, w każdym przypadku autor uważa za ważne karmienie sondą gdyż dzieci z małym nawet porażeniem z powodu trudności mało przyjmują pokarmów. Prócz diety zaleca M. chininę z żelazem. Pomocnicze środki są: ciepłe kąpiele z dodatkiem żelaza, kąpiele błotne lub kuracya zimną wodą. Ważnem jest przy porażeniu podniebienia oczyszczać gardło z śluzu przez wysprycowanie. Zwykle używa M. do tego wody ze spirytusem aa. Przy porażeniu akkomodacyjnem HASCHAL zaleca *Eserinum salicylicum* 1/2% solutio, CAMUSAT elektryzowanie, SCHEBY-BUCH calabar. Dla przyśpieszenia wyzdrowienia niektórzy radzą elektryzować. TROUSSEAU, JACOBI, HENICH radzą strychninę i nux vomica. TROUSSEAU podaje preparaty nux vomica z chwilą gdy poprawa się rozpoczyna. HENICH utrzymuje, że za pomocą podskórnych iniekcji strychniny zdołał w ciągu 3 tygodni porażenie usunąć. Iniekcye strychniny w okolicy karku w dawce 0,001, 0,002 raz lub 2 razy dziennie. JACOBI również zaleca iniekcye strychniny. Świeże powietrze, pobyt na wsi, kąpiele morskie, najlepiej przyczyniają się do szybkiego powrotu do zdrowia.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

95. **Dławiec i błonica.** (VIRCHOW: *Croup u. Diphtherie.*—Berl. kl. Woch. 1885—9). Na posiedzeniu Tow. lek. w Berlinie w d. 5 Lutego r. b. prof. VIRCHOW miał odczyt dotyczący stosunku dławca i błonicy. Poglądy swoje co do tego przedmiotu, wypowiedane już przed wielu laty, autor dzisiaj jeszcze, w znacznej części utrzymuje w swej sile i tylko w niektórych kierunkach uległy one przeobrażeniu. Jeszcze w r. 1847 autor wypowiedział pogląd, iż w celu rozklasyfikowania powierzchownych cierpień błon śluzowych w ogóle, należy ustanowić trzy oddzielne anatomiczne po-

stanie: nieżyłt, sprawę krupową i błonicę, a przy tej sposobności podał pierwszy ścisłe określenie tego, co się zowie dyfterytem, oraz rozróżnienie tej sprawy od dwóch pozostałych. Według ówczesnego, i dziś jeszcze bronionego poglądu, błonica przedstawia sprawę martwicową, usadowioną w samej tkance. Nie wytwarzają się zatem na powierzchni rzekome błony, to zaś co się błoną wydaje, stanowi oddzielające się strzępy powierzchniowych i zmartwiałych części tkanki. Takie zlistkowanie (*exfoliatio*) zmartwiałej tkanki pozostawia mniej lub więcej głęboką utratę substancyi, czyli owrzodzenie. Poglądu tego broni autor i dzisiaj, biorąc go za podstawę swych rozważań. Co do istoty rzeczonyj sprawy, autor oczywiście w 1847 r. nie mógł przyjąć drobnoustrojów, jako wywołujących chorobę, widział jednak i opisywał rzeczy tak, jak się je widzi i opisuje obecnie. Owe nagromadzenia drobinowe, które dzisiaj skłonni jesteśmy uważać za mikroby, autor opisał jako ziarna, uważając je za rodzaj skrępego włóknika, nasiąkłego do tkanek. Zmieniła się zatem interpretacya, lecz sama rzecz nie uległa zmianie. Ziarn tych nikt nie znalazł w krupie, przynajmniej w ilości zasługującej na zaznaczenie, przeciwnie w błonicy, znajdujemy je bardzo obficie, mniej licznie na powierzchni, a daleko więcej w głębi, dokąd wnikają nieraz bardzo daleko poza błonę śluzową, do tkanki podśluzowej, do warstwy mięśniowej i dalej, powodując częstokroć zapalenie i ropienia tkanki łącznej. W sprzeciwstawieniu z tem, spotykamy sprawę czysto powierzchniową, wytwarzającą wysięk włóknikowy, czyli sprawę czysto krupową. Wytworzone błony mogą być bardzo rozległe, lecz oddzielenie ich nie daje żadnej utraty substancyi, nie narusza błony śluzowej. Lecz, powiadają dzisiaj, dwie te sprawy są odmienne, ale przyczyna ich jest jedna, są to dwie odmiany błonicy. Otóż autor już dawno (1854 r.) wypowiedział coś podobnego, choć w innem znaczeniu; żądał on wtedy wyróżniania różnych form krupu i wyrzekł iż istnieje krup błonicowy, krup rzekomobłoniasty (włóknikowy), i jeszcze inny krup pochodzący bardziej pod nieżyłt, z wysiękiem śluzowo-ropnym. Nie sądzi jednak autor, żeby wszystkie postacie włóknikowego zapalenia krtani i tchawicy, były zależne od podrażnienia błonicowego, owszem, widywał rzekome błony w krtani wywołane przez dostanie się do dróg oddechowych kwasów mineralnych u ludzi i umyślnie na drodze doświadczalnej wywołane u zwierząt. Ustanawia tedy autor, i uzasadnia dwa twierdzenia. 1) Istnieją przypadki czystego włóknikowego krupu, bez jakiego śladu błonicy, i 2) istnieją przypadki błonicy (także w krtani), bez włóknikowego wysięku, pozorne zaś rzekome błony, są niczem innym, tylko zlistkowaną, obumarłą substancją, są to strzępy zmartwiałej śluzowej błony, w części oddzielające się, w części przytwierdzone. Oprócz tych dwóch postaci zasadniczych, istnieje jeszcze postać powikłana, gdzie obok błonicy znajdujemy istotnie błony rzekome. Co do gardzieli, to dawniej autor był zdania, iż wysięki błoniaste nie zdarzają się tutaj nigdy, z czasem przekonał się jednak, iż tak nie jest; jakkolwiek zwykle błonica gardzieli nie wytwarza błon rzekomych, bywają jednak przypadki błonicy, w których wysięki włóknikowe mają miejsce, a także bywają zapalenia gardzieli rzekomobłoniaste bez błonicy. Spotykając tedy obie postacie już to oddzielnie, już w połączeniu, w krtani, w gardzieli, w macicy, w kiszcze stolcowej i t. d. nie mamy prawa twierdzić, iż obie postacie stanowią jedną i tę samą sprawę. Rozróżnienie tych postaci, jest szczególnie ważne pod względem rokowania, gdy bowiem sprawa tak zwana krupowa, jest czysto powierzchniowa, niebezpieczeństwo jej polega wyłącznie prawie na zatkaniu dróg oddechowych a oddzielenie w ten lub inny sposób rzekomych błon, daje nam gładką powierzchnię. Przeciwnie błonica jest

sprawą w tkankach, dającą powód do właściwych owrzdzeń w krtani i tchawicy. Zapomocą licznych okazów anatomo-patologicznych, autor uzasadniał swoje wywody. J. P-i.

96. **Przypadek diagonalnego pęknięcia podstawy czaszki—wyleczenie.** Dr. MAISSURIAUR z Tyflisu (*St. Petersb. med. Woch.*). 13-letni chłopiec upadł na brukowanym podwórzu będąc przygnieciony balem 10 pudowym. Stracił zaraz przytomność, pojawiło się krwawienie z nosa i uszów i wymioty krwawe. Błona bębenkowa była pęknięta, nastąpiły bezwładny nerwu lewego słuchowego, twarzowego, odwodzącego, węchowego i części trójdzielnego. Siła wzroku nie zmieniła się. Z początku lewa źrenica była silnie zwężona, a prawa do *maximum* rozszerzona. Według autora linia pęknięcia podstawy czaszki wypadła przez jamę bębenkową, *meatus auditorius internus*, przez wierzchołek kości skalistej, przez siódło tureckie i kość sitową. Wskutek silnego krwotoku z lewego ucha M. sądzi, że linia pęknięcia sięgała dalej przez *fossa sigmoidea* z uszkodzeniem zatoki poprzecznej. Ogłoszenie o tym przypadku nastąpiło na 21 dzień choroby, chory wtedy czuł się stosunkowo nieźle, tylko bezwładny ciągle się utrzymywał w jednakowym stopniu. J. R-i.

97. **Nowe badania w kwestyi leczenia tasiemca.** BÉRCUGER-FÉRAUD (*Bull. génér. de Therap.* 10 livr. Mai 1885). Autor opierając się na obszernem doświadczeniu, na pierwszym miejscu między środkami, zalecanymi przeciw tasiemcowi, stawia korę korzenia granatowca, lub jeszcze lepiej główną część składową takowej, pelletierinę. Zwykle tasiemiec rzadko daje powód do odczynowych objawów, w trzech jednak przypadkach autor spostrzegł niezwykle objawy. U jednego marynarza b. nerwowego od dzieciństwa, pojawił się ból żołądka, spazmy i rozdrażnienie, dochodzące do omdlewania, tak że zdawało się, że chory cierpi na dusznicę bolesną. Napady dosyć często się powtarzały, a jednak śmierć nie następowała, rozpoznanie więc stawało się niewątpliwem. Po wielu miesiącach okropnego cierpienia, pomimo stosowania wielu środków, w końcu autor odkrył u chorego kawałki tasiemca, a zastosowane przeciw tasiemcowi środki usunęły całą chorobę. Drugi przypadek odnosi się również do marynarza, który od pewnego czasu zaczął doznawać okropnej tęsknoty za domem, chociaż przedtem nigdy wiele nie myślał o rodzinie. W szpitalu już w jego ojezynie spostrzeżono odchodzące kawałki tasiemca i takowy wydano, ale bez główki. Marynarz znowu puścił się na morze, ale po 4 miesiącach podróży morskiej wraz z odchodzeniem nowych kawałków tasiemca, zaczął doznawać tęsknoty. Po usunięciu ponownem pasożyta wraz z główką, marynarz zupełnie zmienił usposobienie i odtąd tęsknoty wcale nie doświadcza. Innego oficera marynarki opanował naraz ogromny smutek i bojaźń ciągnęła rozbicia się okrętu. Przyczyną tego okazał się także tasiemiec, po usunięciu którego znikły i b. dręczące chorego objawy. R-i.

Wiadomości bieżące zagraniczne.

— W Hiszpanii od d. 5 do 8-go Sierpnia zachorowało 18,231, a umarło 6,658 osób na cholereę.

— Uniwersytet Berliński obchodził d. 5 Sierpnia 75-letni jubileusz swojego istnienia jako w dniu urodzin jego założyciela.

— W Darmsztacie wytoczono proces lekarzowi weterynaryi Eise za to, że pozwoli na sprzedaż mięsa dobitej krowy, twierdząc, że chorowała na niezbyt kiszek, kiedy w rzeczywistości chorowała ona na karbunkul i kilka osób, które mięso to spożywało zachorowało, a troje umarło. Przy śledztwie sądowem okazało się iż Eise niezrobiwszy wcale sekcji na krowie powyższą opinią wydał.

STARANIEM STOWARZYSZENIA
Do wydawnictwa **Dzieł Lekarskich polskich**

W KRAKOWIE

wyszły następujące dzieła:

- 1) D-ra Pawła GUTTMANNA. Nauka sposobów klinicznego badania narządów piersiowych i brzusznych. Przekład dokonany pod kierunkiem D-ra A. KREMERA i Docenta D-ra St. PAREŃSKIEGO. Warszawa 1877. Cena 3 zlr. 75 c. 2 rs. 50 kop.
 - 2) D-ra Jana STEINERA. Rys nauki o chorobach dzieci dla uczących się i lekarzy. Przekład dokonany pod kierunkiem Profesorów: M. L. Jakubowskiego i J. Oettingera, Kraków 1877. Cena 4 zlr.—3 Rs. 70 kop.
 - 3) D-ra Antoniego JURASZA, Profesora z Heidelberga. Laryngoskopija, dzieło oryginalne ozdobione 43 drzeworytami. Kraków 1878. Cena 2 zlr. 25 c.
 - 4) D-ra Oskara WIDMANNA, prymar. szpitala powszechnego we Lwowie. Choroby serca i tętnic. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 1 zlr. 85 c.
 - 5) D-ra A. ROTHEGO, naczelnego lekarza zakładów dla obłąkanych w Warszawie Psychopathologia Forensis, czyli nauka o chorobach umysłowych w zastosowaniu do sądownictwa, a w szczególności do praw obowiązujących w Królestwie Polskiem i Galicyi. Dzieło oryginalne. Kraków 1879. Cena 2 zlr. 25 c.
 - 6) D-ra H. JORDANA Docenta wydz. lek. w Uniw. Jagiell. Nauka położnictwa dla użytku uczniów i lekarzy. Dział I-szy fizylogija i dyetyka ciąży, porodu i pòłogu. Dzieło oryginalne ozdobione 44 drzeworytami. Kraków 1881. Cena 3 zlr. 50 c.
 - 7) D-ra Ż. KRÓWCZYŃSKIEGO, c. k. rady sanitarnego we Lwowie Syfilidologia. Dzieło oryginalne. Kraków 1883. Cena 5 Zlr. wa.
 - 8) D-ra St. SMOLEŃSKIEGO, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu. Hydroterapija. Dzieło oryginalne. Kraków 1884. Cena 1 Zlr. 85 kr.
- Skład główny powyższych dzieł znajduje się w **Redakcyi Medycyny** oraz w księgarniach: S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, J. Milikowskiego we Lwowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie.

NAKŁADEM AUTORA

Wyszedł z druku pierwszy zeszyt dzieła p. t.

PODRĘCZNIK CHIRURGII SZCZEGÓŁOWEJ
D-ra L. RYDYGIERA.

Dyrektora prywatnej kliniki chirurgicznej w Chełmnie n/W.

Cale dzieło wyjdzie w III tomach a 6-ciu zeszytach, opatrzone licznemi rycinami. Cena pojedynczego zeszytu wynosi 5 Mk. (rs. 2 kop. 50; flor. 2 cent. 75); całego dzieła 30 Mk. (es. 15; flor. 16 cent. 50).

Skład główny na Królestwo i Cesarstwo w księgarni Gebethnera i Wolffa w Warszawie, na Prusy i Austryą w księgarni Jar. Leitgebnera w Poznaniu.

CHOROBY NERWOWE, LECZENIE ELEKTRYCZNOŚCIĄ.

Prof. Dr. Nawrocki.

Ordynacka Nr. 2, róg Aleksandryi, dom Hr. L. Krasińskiego, mieszkania Nr. 6,
od 4—5 godziny.

REDAKTOR I WYDAWCA DR. G. FRITSCHE.

Дозволено Цензурою. Варшава 29 Авруста 1885. Друк М. Зіемкіевіча Krak.-Przedm. N. 17.