

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

| | | | | | | | | |
|--------------|---|-----------------|-----------|--|--|---|-----------------|-------|
| w Warszawie: | { | rocznie..... | rs. 5 | | na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką: | { | rocznie..... | rs. 6 |
| | | półrocznie..... | 2 kop. 50 | | | | półrocznie..... | „ 3 |
| | | kwartalnie..... | „ 1 „ 25 | | | | „ 3 | |

Redakcyjja przy ulicy Marszałkowskiej, Nr. 45.

TREŚĆ: O leczeniu przeciwgorączkowym suchotników. Podał Dr. A. SOKOŁOWSKI, z Goerbersdorf. — Wykłady kliniczne. O zapaleniu błony bębenkowej. Przez prof. GRUBER'A. Streszczył Dr. E. MODRZEJEWSKI. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O indolu. Opaska przeciw ostremu goścowi stawowemu. Garbnik w praktyce okulistycey. Galopowy szmer serca. Wąskość napletka albo zewnętrznego ujścia cewki moczowej jako przyczyna moczocięku. Leczenie róży nalewką jodową. — Kronika zagraniczna. P a r y ż. Rozprawy o cholera. — Kronika miejscowa. Medale złote. — Biblijografia. — Ogłoszenia. — Sprostowanie.

O LECZENIU PRZECIWGORĄCZKOWEM SUCHOTNIKÓW.

Podał Dr. Alfred Sokolowski, lekarz przy Zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie.

W artykule niniejszym nie mam bynajmniej zamiaru opisywać szczegółowo wszystkich tak zwanych przeciwgorączkowych (*antipyretica*) sposobów, używanych w celu usunięcia lub zmniejszenia gorączki, towarzyszącej przewlekłym sprawom chorobowym miąższu płucnego, znanym pod ogólną nazwą suchot płucnych (*phthisis pulmonum* — *Chronische Lungenschwindsucht*); celem moim jest podać czytelnikom „MEDYCYNĘ” w krótkości wyniki moich własnych spostrzeżeń, dokonanych w ciągu przeszło roku na olbrzymim materyjale znajdującym się w tutejszym Zakładzie.

Chcąc mówić o leczeniu gorączki towarzyszącej suchotom płucnym, należałoby przedewszystkiem szczegółowo opisać różne postacie, przebieg, typy i t. p. właściwości, cechujące wzmiankowaną gorączkę.

Ostatniemi jednak czasy przedmiot ów, szczególnież zawdzięczając pracom LEBERT'A, gruntownie i wyczerpująco został opracowany. Niechcąc więc wyników owych prac powtarzać, ciekawych czytelników odsyłam do oryginałów ¹⁾, tembardziej że opisując leczenie gorączki w przebiegu suchot płucnych, mam tu na widoku nie gorączkę towarzyszącą pierwotnym *resp.* początkowym postaciom suchot, nie ostrej gruźlicy, lecz gorączkę towarzyszącą postaciom późniejszym, tak zwanym przewlekłym suchotom (*bronch. pneumonia caseosa chr. — bronchopneumonia cath. chr. etc.*).

Gorączka owa zwana pospolicie gorączką niszczącą (hektyczną), wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, zależy od powolnego wchłaniania mass

¹⁾ *Veränderungen der Körperwärme im Laufe der Tuberculose.* Deutsches Archiv XI—43 i *Klinik der Brustkrankheiten.* Tubingen 1874 II Bd.

rozpadających się i w wielu razach przedstawia nam wybitne cechy gorączki gnilnej (septycznej).

Klinicznie spostrzegamy głównie następujące postaciowe gorączki:

I. Najczęstszą postacią jest gorączka wybitnie lub mniej wybitnie wolniejsza (*febris remittens*):

a) z rannymi zupełnymi zwolnieniami, z nasileniami zwykle występującymi pod wieczór (około godz. 5-cj lub 9-cj);

b) z raną niższą od prawidłowej ciepłotą ciała (36°C), a z wieczornymi nasileniami jak wyżej a;

c) typ odwrotny (*typus inversus*): rano znaczne nasilenia a wieczorem zupełne zwolnienie (postać bardzo rzadka);

d) z nieznacznymi rannymi nasileniami (38°C.) i z nasileniami znacznymi poczynającymi się stopniowo zwykle około południa i dochodzącymi do *maximum* późnym wieczorem.

II. Gorączka z typem ciągłym (*febris continua*); wahania mniejsze lub większe bywają w różnych porach dnia lub nocy.

III. Gorączka o typie zwalniająca z towarzyszącym jej typowo przebiegającym dreszczem i następnymi potami.

Ta ostatnia postać dosyć rzadka, jest niesłychanie cechująca i w zupełności usprawiedliwia zdanie Prof. RUEPPE, który mówi że postać owa przez początkujących lekarzy bywa bardzo często poczytywana za napady zimnicy.

Trzy główne wyżej skreślone w krótkości typy gorączki towarzyszą zwykle głębszym zmianom miąższu płucnego (zniszczenia powierzchowne, częściej głębiej); postać trzecią, która również najczęściej w tych samych warunkach występuje, widziałem dwa razy nawet przy bardzo nieznacznym stwardnieniu szczytu płucnego.

Klinicznie jednakże, a co ma bardzo ważne praktyczne znaczenie, wszystkie owe postaci gorączki sprowadzić możemy do 3-ech zasadniczych odmian, to jest:

- 1) Nieznaczne zazwyczaj wieczorne nasilenia nie przekraczające 38,5°C.
- 2) Gorączka z wyższymi nasileniami 38,5 do 40°, a nawet 41°C.
- 3) Gorączka z typem przestankującym (*intermittens*) i z peryjodycznie występującymi dreszczami.

Podział ten jest ważnym pod względem leczniczym.

Przystępując obecnie do właściwego zadania niniejszej pracy przede wszystkim muszę postarać się odpowiedzieć na pytanie: jaki jest cel i wskazanie leczenia przeciwgorączkowego suchotników?

Cel tedy jest tylko jeden, a mianowicie: ochrona ustroju a głównie ośrodków krążenia i nerwowych od nadmiernie podniesionej ciepłoty krwi, i ztąd w następstwie powstać mogących groźnych zaburzeń (wyniszczenie ogólne, stłuszczenie serca, wątroby i t. p.). Leczenie to będzie zawsze wskazanem wtedy

kiedy: 1) albo raptownie lub w pewnych tylko porach dnia peryjodycznie ciepłota ciała dosięga wysokich stopni, a tem samem może wywołać groźne zaburzenia w ekonomii całego ustroju; 2) kiedy gorączka nie ma tak wysokiego natężenia ($38-38,5^{\circ}\text{C}$.), lecz trwa ciągle (*febris continua*) a tem samem w następstwie może również przyczynić się do wywołania ważnych zaburzeń w ustroju.

Przystępując do środków przeciwgorączkowych, na pierwszym planie bezzaprzeczenia postawić należy świeże i czyste powietrze. Środek ten tak prosty i pospolity, zaiste tak długo musiał czekać, zanim go należyście w ostatnich dopiero czasach oceniono i oddano mu pierwszeństwo nad różnemi, najjeźściej bez żadnej rozumowej podstawy wymyślonemi, aptecznemi przetworami. Wszakże jeszcze niedawno największe powagi lekarskie (niestety niektóre i do dziś dnia) twierdziły stanowczo i nie odmiennie, że „chory gorączkujący winien w łóżku pozostać — spokoj bo wiem zupełny jest najpierwszym warunkiem leczenia przeciwgorączkowego.” Dziś jeszcze prawie we wszystkich szpitalach świata (z małemi wyjątkami) widzimy massy chorych suchotników z większemi lub mniejszemi natężeniami gorączki, ba, nawet nieraz zupełnie bezgorączkowych, spędzających całe dnie i noce, wśród najpiękniejszej letniej lub jesiennej pogody, w łózkach, w powietrzu szpitalnej.

Postępy racjonalnej medycyny ostatnich czasów zadaly fałsz wyżej przytoczonemu i w ogólnem użyciu będącemu twierdzeniu, a setki chorych suchotników gorączkujących, corocznie z najpomysłniejszym wynikiem używając ciągle niemal świeżego powietrza w naszym zakładzie, są tego dowodem nader wymownym.

Chorzy gorączkujący, jeśli oczywiście siły ich ogólne nie są w wielkim upadku, znoszą jak najlepiej ruch umiarkowany na świeżem powietrzu nietyko latem i jesienią, ale nawet zimą w dzień słoneczy, gdy ciepłota powietrzni nie jest niższą -10°R . Ruch umiarkowany na świeżem powietrzu nietylko nie wpływa na podniesienie gorączki, lecz przeciwnie zmniejsza ją a w wielu nawet razach zupełnie usuwa bez użycia środków aptecznych. Spostrzegalem bardzo wielu chorych suchotników z wieczornemi gorączkowemi wahaniami ciepłoty do $38,5^{\circ}\text{C}$. dochodzącemi, którzy w stosunkowo krótkim czasie pobytu w naszym zakładzie i używaniu umiarkowanego ruchu na świeżem górskim powietrzu, zupełnie tracili gorączkę, gdy przedtem miesiące całe zadawano im bezskutecznie chininę i tym podobne środki.

Ruch na świeżem powietrzu obok wpływu przeciwgorączkowego działa jeszcze bardzo zbawiennie na stan ogólny, na stan duchowy chorego, a ostatni moment przy leczeniu chorych płucnych jest niestychanej doniosłości. Chorzy przedtem nieraz całe miesiące trzymani w łóżku, pod wpływem takiego leczenia zupełnie upadli na duchu, szybko odzyskują świeżość umysłu, przestają myśleć o chorobie i rozbierać oddzielne objawy tejże, odzyskują sen i łaknienie i bardzo często z czasem tracą zupełnie gorączkę, poczem i sprawa chorobowa miejscowa, nieraz daleko posunięta, jeśli nie

do zupełnego, to nieraz do bardzo długo (miesiące a nawet lata) trwającego uspienia (*Stillstand*) przychodzi.

Oprócz jawnie występującego wpływu świeżego powietrza na gorączkę i nastrój duchowy chorego, potężny ten czynnik działa jeszcze nieraz w zadziwiający sposób zbawiennie na dwa objawy, bardzo często trapiące gorączkujących suchotnikkw tj. na brak łaknienia i snu. Wielu bardzo trapiionych prawie zupełną utratą łaknienia, używających miesiące całe przeróżnych nalewek (*tinctura*), kropli, wyciągów i t. p. pobudzających łaknienie środków, nie mogących znosić nawet najdelikatniejszych potraw, pod wpływem świeżego powietrza szybko odzyskują łaknienie, i wkrótce znowszą pożywienie nawet trudno się trawiące. Ręka w rękę z poprawą łaknienia idzie i uregulowanie wypróżnień stolcowych, szczególnie chorzy cierpiący na uparte zaparcia stolcowe, zwykle powoli odzyskują prawidłowe wypróżnienia.

To co powiedziałem o łaknieniu i stoleu muszę powtórzyć i o śnie. Chorzy trapieni nieraz miesiące całe trwającą bezsennością, używając morfiny i innych nasennych środków napróżno, nawet w ogromnej ilości, bardzo szybko odzyskują sen pod wpływem leczenia świeżem górskim powietrzem.

Mógłby kto w tem miejscu zrobić mi zarzut, że dwa ostatnio wspomniane dobre wyniki leczenia powietrzem tj. odzyskanie snu i łaknienia są w nierozdzielny związek z zmniejszeniem się lub zupełnem ustąpieniem gorączki. Chociaż zarzut taki jest w części usprawiedliwionym, w większości jednakże przypadków rzecz ma się inaczej: często bowiem widywałem chorych u których samo leczenie powietrzem nie usuwało gorączki; trzeba się było uciec do innych środków, o których poniżej będzie mowa a pomimo to łaknienie i sen powracał; przeciwnie nieraz gorączka zupełnie ustępowała lub spadała do bardzo nieznacznych wahań, bezsenność zaś i brak łaknienia pozostawały bez zmiany. W przypadkach ostatniego działu tj. u suchotników, którzy po kilku-tygodniowym leczeniu za pomocą powietrza nie odzyskują łaknienia i snu, podług moich spostrzeżeń należy zawsze stawiać wątpliwe a nawet złe rokowanie, niezależnie nawet od wielkości zmian miejscowych.

Nie wszyscy jednakże chorzy gorączkujący mogą używać świeżego górskiego powietrza i nie wszyscy również świetne skutki z tego odnoszą.

Rok rocznie do nas jakoteż i do wszystkich zakładów i stacyj klimatycznych przybywa mnóstwo chorych, będących w ostatnim okresie choroby, z nader wysokimi nasileniami gorączkowemi, z zupełnym upadkiem sił i całym zbiorem objawów towarzyszących ostatecznemu okresowi suchot płucnych. A nawet i w tym ostatnim okresie, stopniowe użycie świeżego powietrza wywiera wpływ zbawienny nie tylko na gorączkę, lecz i na ogólny stan chorych; jednym słowem wypełnia ważne zadanie: łagodzi przykre objawy towarzyszące ostatniemu okresowi suchot płucnych. Chorym takim każemy całe dnie w wygodnych fotelach przesiadywać na balkonach swych mieszkań, lub jeśli zapas sił nie jest jeszcze w zupełności wyczerpany, to za pomocą wózków bywają oni zawożeni do parku zakła-

dowego, gdzie wiele godzin dziennie przebywają (oczywiście jeśli pogoda na to pozwala). Tacy chorzy zazwyczaj po podobnych spacerach czują znaczną ulgę: zmniejsza się duszność, powraca nieco łaknienie a nawet gorączka cokolwiek się zmniejsza.

Zachodzi teraz pytanie czy suchotnicy gorączkujący mogą znosić zimne, nawet mroźne zimowe powietrze i jaki wpływ na gorączkę i na stan ogólny owo powietrze wywiera? Opierając się na bacznych spostrzeżeniach z dwóch zim ostatnich, stanowczo twierdzić mogę, że zimne powietrze (nie niższe jak -8°R .) nie tylko nie szkodzi, ale przeciwnie wywiera wpływ zbawienny na tego rodzaju chorych. Naturalnie leczenie to powietrzem w zimie i na wiosnę znacznie ograniczamy i chorym gorączkującym pozwalamy wychodzić tylko na kilka godzin dziennie i to w dzień słoneczny przy niezbyt znacznie obniżonej ciepłocie (nie niżej jak -8°R).

Oprócz ruchu czynnego w dniu podobne chorzy używają z bardzo pomyslnym skutkiem ruchu biernego tj. przejażdżek sankami. Przejażdżki owe, zwykle przedsiębrane w godzinach południowych na odległość $\frac{1}{2}$ - 1 mili, wywierają na chorych płucnych w ogóle, a szczególnie na gorączkowych nader korzystne działanie: szczególnie ci ostatni chorzy po każdej takiej przejażdżce czują się orzeźwionymi, pokrzepionymi na duchu, odzyskują łaknienie a obok tego zazwyczaj nasilenia gorączkowe się zmniejszają.

Zeszłej zimy szczególnie w Grudniu i Styczniu mieliśmy bardzo wiele dni słonecznych przy ciepłocie nie przechodzącej -10°R .; przejażdżki sankami u wielku bardzo chorych gorączkujących wywarły wpływ bardzo korzystny na stan miejscowy i ogólny.

Doleczenia powietrzem, wyżej wzmiankowanego, dodać jeszcze należy, że w ścisłym z nim związku stawiamy systematyczne przewietrzanie (*ventilatio*) mieszkań chorych w ciągu całego roku. Latem i jesienią zazwyczaj okna bywają otwierane w ciągu całej doby tj. w dzień i w nocy zalecamy otwierać górne okna lub okno całe w przyległym sypialnemu pokojowi mieszkaniu. Zimą ograniczamy się na kilkogodzinnym otwieraniu okna w czasie niebytności chorego w mieszkaniu, a u ciężko chorych zalecamy kilkakrotne dziennie otwieranie okna na 5 do 10 minut ¹⁾.

Obok leczenia za pomocą powietrza i dyjety u suchotników przedstawiających nieznaczne wieczorne nasilenia gorączkowe, (nie przechodzące $38,5^{\circ}\text{C}$.) przy stosunkowo dobrym ogólnym stanie, nie zważając na rozległość zmian miejscowych (stwardnienia i jamy) stosujemy zazwyczaj jeszcze zimne natryski (tusze) ²⁾. Owo lecznicze postę-

¹⁾ W stacjach klimatycznych południowych, a szczególnie w Meranie u chorych gorączkujących również zimą bywają okna całą dobę otwierane, podczas gdy jednocześnie na kominkach bywa ciągle ogień podtrzymywany. Pełen zasług lekarz merański Dr. TAPPANER utrzymuje że przy tym sposobie leczenia, nawet w daleko posuniętych przypadkach suchot płucnych, otrzymywał bardzo świetne wyniki. (Patrz mój referat w Nr. 11 MEDYCYN z roku bieżącego str. 173).

²⁾ O działaniu zimnych natrysków przy przewlekłych cierpieniach płuc, szczegól-

powanie t. j. wyżej opisane leczenie systematyczne powietrzem w połączeniu z zimnemi natryskami, obok stosownej diety, bardzo często już po kilkunastu dniach wpływają nietylko na zmniejszenie ale na zupełne usunięcie nieznacznych nasileń gorączkowych. Ponieważ jednakże we wszystkich podobnych przypadkach obok zimnych natrysków, mieliśmy doczynienia z działaniem metodycznym powietrza i higienicznie urządzonej diety, nie śmiem więc jak to czyni Dr. BREHMER ¹⁾ zaliczać zimne natryski do środków przeciwgorączkowych w ścisłym znaczeniu tego wyrazu; liczne jednakże sumiennie dokonywane spostrzeżenia zmuszają mnie do wyprowadzenia stanowczego wniosku, że zimne natryski u suchotników z umiarkowanemi nasileniami gorączkowemi i względnie dobrym ogólnym stanem pod żadnym pozorem nie są przeciwwskazanemi ²⁾.

Takie jest w ogólnym zarysie postępowanie lecznicze u suchotników z nieznaczniemi nasileniami gorączkowemi i z dobrym względnie ogólnym stanem. U chorych z codziennemi znacznemi nasileniami gorączkowemi, z ogólnym wysokim upadkiem sił i znacznym stopniem niedokrwistości środki owe nie przynoszą pożądanego skutku i wtedy zmuszeni jesteśmy uciec się do innych, środków przeciwgorączkowych w ścisłym znaczeniu tego wyrazu. Wszystkie te środki stosujemy nietylko w nadziei wpłynięcia na sprawę miejscową, lecz głównie w celu obniżenia zbyt podniesionej ciepłoty a tym sposobem uniknięcia szkodliwych następstw, jakie owo nadmierne podniesienie ciepłoty wywiera na ustrój cały.

Z licznego arsenału tak zwanych środków przeciwgorączkowych podług moich licznych spostrzeżeń, najskuteczniej działają, a przytem najmniej wywierają niepożądanych wpływów pobocznych (*Nebenwirkung*) następujące:

1. Okłady lodowe. 2. Wyskok. 3. Kwas salicylowy.

(d. n.)

WYKŁADY KLINICZNE.

O zapaleniu błony bębenkowej (*Myringitis*),
przez prof. J. GRUBER'A z Wiednia ³⁾.

Streścił E. Modrzejewski.

Jakkolwiek zapalenie błony bębenkowej jest jednym z najczęstszych cierpień przyrządu słuchowego, występuje ono jednak tak rzadko jako cierpienie przy postaciach bezgorączkowych, o stosowaniu ich, wskazaniach i przeciwwskazaniach, mam zamiar później napisać oddzielną pracę, dla tego tutaj ograniczam się tylko na pobieżnej wzmiance.

¹⁾ H. BREHMER: *Die Chronische Lungenschwindsucht und Tuberculose etc. Zweite Auflage*, Berlin 1869.

²⁾ Wielu autorów niemieckich twierdzi inaczej, a szczególnie ostatniemi czasy Dr. GOLTZ w Nr. 30 z r. b. „*Deutsche Zeitschrift f. praktische Medicin*” opierając się na czysto teoretycznym rozumowaniu, stanowczo powątpiewa nietylko o skuteczności ale nawet o możliwości stosowania zimnych natrysków u gorączkujących suchotników. Ścisłe moje spostrzeżenia zadają fałsz wnioskowi teoretycznemu D-ra GOLTZ'A

³⁾ *Ueber Entzündung des Trommelfelles. Allgemeine Wiener Med. Zeitung* Nr. 27 i następnę 1875 r.

pienie samoistne (idiopatyczne), do samej błony bębenkowej ograniczone, że niektórzy dawniejsi autorowie zupełnie takowego nie przyjmowali. Samoistne zapalenie błony bębenkowej po raz pierwszy przedmiotowo rozpoznał i opisał KRAMER, chociaż opis jego nie był dość dokładnym. Zapalenie błony bębenkowej przyłącza się do zapalenia ucha zewnętrznego, zwłaszcza do tej postaci zapalenia, którą TRÖLTSCII nazywa rozlanem zapaleniem ucha zewnętrznego (*Otitis externa diffusa*), przy którym to cierpieniu błona bębenkowa z samego początku ulega zapaleniu; dalej przy rozmaitych postaciach zapalenia jam bębenkowych, głównie zaś przy zapaleniu ropnem ucha sredniego (*otitis media suppurativa*). Jako następowe cierpienie zdarza się przy ograniczonym zapaleniu ucha zewnętrznego (*otitis externa circumscripta*), tudzież przy stanach zapalnych innych części ucha.

Szkodliwości powodujące zapalenie błony bębenkowej są: obrażenia, podrażnienia różnego rodzaju, zaziębienie. Obrażenia błony bębenkowej goją się często przez bezpośrednie zlepienie (*prima intentio*), bez żadnych objawów, częściej jednak następuje częściowe lub całkowite zapalenie błony bębenkowej. Obrażenia te mogą być najrozmaitszego rodzaju: zadrażnienia, ukłócia, przecięcia, rany płatowe i t. p. Odpowiednio do różnego rodzaju bodźców, różne bywa oddziaływanie błony bębenkowej. W niektórych przypadkach już po najmniejszym obrażeniu błony bębenkowej; po zadrażnieniu np. podwójną szpilką, występuje bardzo silne zapalenie tej błony. Doświadczenie uczy, że zupełnie zdrowe błony bębenkowe, pod wpływem tych szkodliwych podrażnień, daleko łatwiej ulegają zapaleniu, niż błony bębenkowe zmętniało-bliznowe, lub też w inny sposób zmienione.

Daleko częściej powstają zapalenia błony bębenkowej skutkiem zaziębienia, skoro zimne ciała dostają się do ucha, np. przy zimnych kąpielach w lecie, lub też po kąpielu parowej skoro woda z natrysku (prysznicu) dostaje się do ucha.

Zapalenie to powstaje zwłaszcza u osób, u których przez długotrwałe nagromadzenie się woszczku w uchu, błona bębenkowa nie była wystawioną na wpływ powietrza zewnętrznego, lub też u których przez noszenie w uchu kulek ze skubanki lub waty, odpływ krwi z przewodu słuchowego jest wstrzymanym, i błona bębenkowa pozostaje w stanie przekrwienia.

Dosyć często powodują zapalenie błony bębenkowej sztuczne podrażnienia najrozmaitszemi ciałami, wprowadzonymi do ucha w celach leczniczych lub też wypadkowo; tak np. dla usunięcia bólu zębów wprowadzenie do ucha wody kolońskiej, chloroformu, eteru, czosnku i t. p. Także jako przyczyny wywołujące zapalenie błony bębenkowej wykazał drobnowidz różnego rodzaju grzybki np. *aspergillus*, co szczegółowo zbadał WREDEN z Petersburga.

Z objawów podmiotowych ostrego pierwotnego zapalenia błony bębenkowej najważniejszym jest ból, chociaż takowy dokuczliwym jest tylko w pierwszych dniach choroby, później zupełnie ustępuje. Bóle są bardzo silne, kłójące, rwące, co przy małej powierzchni błony bębenkowej jedynie da się objaśnić jej bogactwem w nerwy. Jeżeli gorączki nie było z samego początku, to występuje ona następnie skutkiem stanu rozdrażnienia, w jakim się chory znajduje. U dzieci zwłaszcza mogą się przyłączyć wymioty, drgawki i t. p. przypadłości. Co do objawów odnoszących się do nerwu słuchowego, to są one te same co przy zapaleniu ucha zewnętrznego. Słuch bywa stępiony, występują uczucia słuchowe (*Gehörsempfindungen*) różnego stopnia i czasu trwania, które się dają objaśnić przekrwieniem błony bębenkowej z następowym wysiękiem i innymi zmianami, co wszystko znakomicie utrudnia zdolność przewodnictwa błony bębenkowej.

Oprócz tych objawów występują niekiedy i inne, które wskazują chwilowe lub też dłużej trwające zajęcie sąsiednich lub też więcej odległych części, i polegają albo na ich istotnem zajęciu (*substantiele Erkrankung*), lub też mogą być objaśnione na prawach odruchów. Tak np. LINCKE wspomina, że chorzy niekiedy się skarżą jakoby trzepotający się owad krążył przed ich uchem; uczucie, które chwilę trwa, ustępuje na kilka dni i znowu wraca. LINCKE objaśnia to kurczami mięśnia nęczęzaca bębenka (*m. tensor tympani*) spowodowanymi przez zapalenie błony bębenkowej. Kurcze te zdarzają się jednak nie tylko przy zapaleniu błony bębenkowej, lecz i przy innych cierpieniach przyrzędu słuchowego.

Uczucie podmiotowe szmerów bywa najrozmaitsze, stosownie do obraźni chorego i jego stopnia wykształcenia. Pasterze znajdują je podobnymi do głosów różnych ptaków, zwierząt, młynarze do szmeru wodospadu. Różne te jednak rodzaje osobniczego uczucia słuchowego nie mają żadnego znaczenia w rozpoznaniu, tembardziej, że objawu tego niekiedy całkiem braknie.

Daleko pewniejszymi są objawy przedmiotowe, i te dostarczają nam dosyć danych dla rozpoznania choroby. Jeżeli nastąpiło obrażenie błony bębenkowej to badając dosyć wczesnie, łatwo się przekonać można o stopniu i rodzaju obrażenia. Z powodu położenia swego, najbardziej dostępnego działaniu narzędzi, ulega najczęściej obrażeniu tylny odcinek błony bębenkowej, a zwłaszcza jego część górna. Szczególniej są ciekawe i zasługujące na wzmiankę te przypadki, które po raz pierwszy były przez autora postrzeganemi i opisanemi, a w których skutkiem działania szkodliwości nie wszystkie warstwy błony bębenkowej zostają w równym stopniu dotknięte i skutkiem swej sprężystości warstwy promieniste daleko silniej się ściągają niż warstwy obrączkowe i słuzowe, tak, że przedziurawienie przedstawia się w postaci małego punktu. Trudno jest nawet niekiedy, zwłaszcza jeżeli krew wylana zaschła, rozpoznać przedziurawienie.

G. spotykał także te nierówne ściągnięcia się pojedynczych warstw błony bębenkowej przy tak zwanych pęknięciach t. j. obrażeniach błony bębenkowej powstałych skutkiem mocnych wstrząszeń. Zasługują one tem więcej na uwagę, że w ich dalszym przebiegu spotykają się zbroczenia ważne pod względem leczniczym. Zapalenie występujące zwykle po przedziurawieniu może być ograniczone lub rozlane. W bliskości pęknięcia lub przekłócia tkanka jest rozpułchnioną, zaczerwienioną, nabrzmiąłą. Rozpułchnienie nie sięga jednak daleko na zewnątrz rany, i już po 24 godzinach brzegi rany są pokryte żółtym nalotem, wysiękiem przygotowującym zabliznienie się rany. Częściej jednak, zwłaszcza jeżeli rana jest płatową, zapalenie bywa rozlanem. Przy rozlanem zapaleniu znaki przedmiotowe występują najpierw tam, gdzie przebiegają większe naczynia. Odpowiednio też do tego, w tej części błony bębenkowej która otacza rękojeść młotka widać czerwony punkt, który, ponieważ główne naczynia zstępują z górnej ścianki przewodu słuchowego na warstwę naskórkową, wystaje w przewod słuchowy zewnętrzny.

Ognisko to zapalne przedstawia tępy trójkąt z podstawą górną, w którym można mniej lub więcej wyraźnie rozpoznać rękojeść młotka a nawet cały młotek. Wkrótce cała błona bębenkowa staje się czerwoną, czerwoność rozszerza się nieco na przewod słuchowy zewnętrzny tak, że zajęta część przedstawia nierówny zaokrąglony ostrokątek. W tak zmienionej błonie bębenkowej nie można już rozpoznać młotka, lecz występują na niej różne wypuklenia powstałe skutkiem niejednostajnego nabrzmiwania tkanek uległej zapaleniu. W większej części przypadków zapalenie tak szybko

przebiega, że już po 24-ch godzinach powstaje wysięk surowiczy, naskórek złuszcza się, naczyńnia włosowate pękają.

Przez rozpulchnienie i odłuszczenie się naskórka powstają w różnych miejscach nadzarcia (*excoriationes*), a także białe wyniosłości (*plaques*), pośród których spostrzegać się dają czerwone plamy. W różnych punktach błony bębenkowej następuje niejednakowe odbicie światła, powstają tętniące i nie tętniące ostrokągi światła (*Lichtkegel*), jednym słowem błona bębenkowa tak jest zmieniona, że trudnoby ją było rozpoznać, gdybyśmy nie zwracali uwagi na jej umiejscowienie, na jej odległość od badającego oka, a przy niedostatecznej wprawie w badaniu porównyując ją z niezajętą błoną bębenkową drugiego ucha. Objawy te zapalne mogą zniknąć w okresie przekrwienia lub wysięku surowiczego bez dalszych następstw, i to w porządku odwrotnym ich pojawienia t. j. że te objawy, które wystąpiły ostatnie znikają najpierw, te zaś które z początku się pojawiły na ostatku. Stosownie do tego błona bębenkowa przybiera w środku szary wygląd, podczas gdy jej obwód zewnętrzny jest zaczerwionym i nabrzmiałym. Wkrótce jednak wszystko błędnie i błona bębenkowa przedstawia się widoczną w całości. Niekiedy, przed zniknięciem zupełnym objawów zapalnych, a nawet i w tych przypadkach, w których nastąpiło ropienie, daje się spostrzegać na błonie bębenkowej szczególnie, promienisto przebiegające prążkowanie (*Strichelung*), które pierwszy G. spostrzegł i opisał. Prążkowanie to objaśnia się budową anatomiczną błony bębenkowej, i zależnym jest od warstwy promienistej tej błony. Skutkiem bowiem nasiąknięcia (*infiltratio*) zapalnego, warstwa ta ulega zgrubieniu, błona bębenkowa staje się nierówną i w pojedynczych miejscach lub też całkowicie prążkowaną. Później prążkowanie to znika i błona bębenkowa wraca do stanu prawidłowego. W przebiegu zapalenia, a niekiedy jeszcze przed przedziurawieniem, występują na błonie bębenkowej tętniące ostrokągi światła, w niektórych zaś przypadkach cała błona bębenkowa przedstawia się tętniącą. Objawy te nie są wyłączne dla któregoś z okresów zapalenia, lecz ponieważ tętniący ostrokąg światła występuje dopiero przy poczynającym się lub już istniejącem przedziurawieniu, i zależnym jest od tętnienia w jednej z sąsiednich tętnic, to można z mniej lub więcej silnego tętnienia lub też z jego zupełnego zniknięcia, zwracając przytem uwagę na inne okoliczności wnosić o przebiegu choroby. Oto są objawy prostego niepowikłanego zapalenia błony bębenkowej.

Zwykle jednak następstwem tego zapalenia bywa przedziurawienie z mniej lub więcej znaczną utratą tkaniny w błonie bębenkowej. Na 100 przypadków pierwotnego zapalenia błony bębenkowej, wypada z pewnością 95 przedziurawień, tak, iż można przyjąć, że zapalenie błony bębenkowej bez przedziurawienia, należy do wyjątków.

Zachodzi pytanie: gdzie i w jaki sposób następuje przedziurawienie, i jak takowe rozpoznać? Zwykły sposób powstawania przedziurawień jest taki, że w miejscu odpowiadającym powierzchni utracie tkaniny (*excoriatio*) przy powiększającym się wysięku powstaje owrzodzenie, które niszczy wszystkie warstwy błony bębenkowej, lub też ropno nasiąknięta tkanka błony bębenkowej szybko w całej grubości ulega rozpadowi, co może nastąpić w pojedynczych miejscach lub też na znaczniejszej przestrzeni błony bębenkowej. Jakkolwiek jednak rozpad ten powstaje, rzadko się zdarza aby wszystkie warstwy błony bębenkowej były jednakowo zajęte. Zniszczenie w jednej warstwie bywa większe niż w drugiej, i w ten sposób powstają najrozmaitsze rodzaje przedziurawień, których rozpoznanie ważnem jest tak pod względem rokowania jak i leczenia.

Często się zdarza, że zniszczenie w warstwie naskórkowej i w war-

stwie złożonej z tkanki właściwej (*substantia propria*) błony bębenkowej, zajmuje daleko większą przestrzeń niż w częściach głębokich tej ostatniej warstwy i w warstwie śluzowej, tak, że przedziurawienie posiada wszędzie lub też miejscami brzeg wyniosły o rozmaicie szerokich stopniach. To ograniczenie schodkowate (*terassenförmige Begrenzung*) zdarza się tak przy przedziurawieniach powstałych skutkiem owrzodzeń jak i skutkiem ropni, chociaż częściej przy tych ostatnich. Ropnie w błonie bębenkowej nie są wcale tak rzadkie jak to powszechnie aż do ostatnich czasów sądzono, czego potwierdzeniem są ograniczone złogi wapienne dosyć często w błonie bębenkowej spotykane, które jedynie można wytlomaczyć zgęstnieniem i zwapnieniem wysięku, powstałego skutkiem utworzenia się ropnia w tkance błony bębenkowej. Ropnie takie zdarzają się pojedynczo lub też w większej ilości, niekiedy są ułożone kolisto przy obwodzie błony bębenkowej, lub też paciorkowato, dając powód do przyjęcia ich za wyrosłe polipowe błony bębenkowej. Zawartość tych ropni może się wydzielać na zewnątrz, lub też takowa gęstnieje i wytwarzają się w niej złogi wapienne. Ropień może pęknąć w ten sposób, że zawartość jego wydzieli się jednocześnie na zewnątrz i na wewnątrz, przez co tworzy się przedziurawienie błony bębenkowej różnej postaci i wielkości. Niekiedy przy pęknięciu ropnia ocala warstwa zewnętrzna naskórkowa, lub też wewnętrzna śluzowa. Zwykle przy zapaleniu błony bębenkowej powstaje tylko jedno przedziurawienie i takowe nie zdarza się w wyłącznym jakimś miejscu, tak jak to ma miejsce przy zapaleniu ucha średniego (*otitis media*), gdzie przedziurawienie wypada najczęściej w przednio-dolnym odcinku błony bębenkowej.

Niekiedy przy zapaleniu błony bębenkowej powstaje kilka przedziurawień: 5, 6, 7, podwójne zaś przedziurawienie nie jest żadną rzadkością. Po nastąpieniu przedziurawienia błona bębenkowa posuwa się ku wewnątrz, jeżeli wyjątkowo nie jest powstrzymana przez znaczny wysięk który się w jamie bębenkowej utworzył. Posunięcie to błony bębenkowej ku wewnątrz objaśniają zmianą stosunków naprężenia pomiędzy błoną bębenkową i mięśniem nateżaczem bębenka (*m. tensor tympani*). Jeżeli błona bębenkowa jest prawidłowo naprężoną, mięsień nateżacz bębenka nie może jej więcej pociągać na wewnątrz, tylko tyle ile na to pozwalają przyczepienie i luźność (*Schlaffheit*) błony bębenkowej,—jeżeli jednak ta błona uległa przedziurawieniu, to jej siła przeciwdziałania jest zmniejszoną i mięsień może rozwinąć silniejszą działalność. Do objaśnienia tego, podanego przez TOYNBEE, autor sądzi, że należy dodać jeszcze dwa ważne czynniki, t. j. powstałe skutkiem zapalenia społeczne podrażnienie m. nateżacza bębenka i zmianę stosunków ciśnienia pomiędzy powietrzem znajdującem się wewnątrz i zewnątrz jamy bębenkowej. To posuwanie się ku wewnątrz błony bębenkowej ma ważne znaczenie odnośnie dalszego przebiegu choroby. Jeżeli pozostała nienaruszoną jedna warstwa błony bębenkowej, takowa wypukła się na wewnątrz niekiedy tak silnie, że wydaje się jakoby błona bębenkowa w całej swej grubości była przedziurawioną. Łatwo się jednak o tem przekonać wprowadzając powietrze do ucha (*Luftdouche*), co w razie przedziurawienia błony bębenkowej powoduje cechujący szmer, jeżeli zaś jedna z warstw błony bębenkowej ocalała, to powstaje wypuklenie workowate tej warstwy na zewnątrz lub ku wewnątrz jamy bębenkowej. Skutkiem wypuklenia się błony bębenkowej ku wewnątrz, różne mniej więcej ważne twory wchodzące w skład ucha podlegają zmianie w smych czynnościach a w niektórych przypadkach oddziaływa to również na błędnik. Jeżeli np. przedziurawienie niezupełne znajduje się w tylnogórnym odcinku błony bębenkowej, to część wypuklona ku wewnątrz może uderzać w młotek i główkę strzemięcia, wypychać podstawę strzemięcia na wewnątrz, powię-

kszać ciśnienie wewnątrz błędnikowe i powodować tym sposobem najwzmaitsze szmery i głuchotę. Lecz nawet zwyczajne stykanie się wypukłonej na wewnątrz błony bębenkowej z narządami sąsiednimi nie jest bez znaczenia dla dalszego przebiegu i leczenia, gdyż po dłuższem zetknięciu się tej błony może nastąpić, po oddzieleniu się nabłonka, zrośnięcie błony bębenkowej z sąsiednimi narządami. Autor zwraca jednak uwagę, że nawet przy znacznych utratach tkaniny w błonie bębenkowej, może brakować szmeru przedziurawienia. (d. n.)

KRÓTKIE SPRAWOZDANIA Z POSTĘPU WIEDZY LEKARSKIEJ ZA GRANICĄ.

O indolu. Streszczenie prac prof. NENCKIEGO w Bernie: *Ueber die Bildung des Indols aus dem Eiweiss*,—i *Ueber das Indol* (*Berichte d. deutsch. Chemisch. Gesellsch.* Heft. 5 i 10—1875).

Prace KÜHNÉ'GO nad gniciem białka, pod wpływem działania soku z gruczołu trzustkowego (*pancreas*), skłoniły prof. NENCKIEGO do dalszych badań w tym kierunku, których też pomyslnym wynikiem było otrzymanie indolu z białka, w niezem nie różniącego się pod względem składu i własności swoich od indolu, jaki BAEYER z indygo otrzymał. W celu otrzymania tego ciała postępuje się w sposób następujący: 300 gr. białka surowiczego (ze krwi) nalewa się $4\frac{1}{2}$ litrami wody w zlewce, następnie dodawszy do tego drobno pokrajaną trzuszczkę wołową, po uprzednim oczyszczeniu jej od krwi i tłuszczu, nakrywa się płytą szklaną i stawia na kąpieli wodnej, w ciepłocie $40-45^{\circ}$ C. przez czas 60—70 godzin. Po ostudzeniu płyn cedzi się przez płótno, zakwasza kwasem octowym, aby nierozłożone jeszcze białko zachować w roztworze i tym sposobem zapobiedz ścinaniu się jego podczas wrzenia,—poczem ze stosownej retorty oddestylowya się około $\frac{1}{4}$ pierwotnej objętości. Na destylat po przesączeniu przezroczysty, oczywiście kwaśno oddziaływający, działa się wodanem wapna w nadmiarze i wyklóca eterem. Odlany roztwór eteryczny, poddany przekropleniu, zatrzymuje jako pozostałość ciało oleiste, różowawe i posiadające cechującą śmierdzącą woń indolu. Po dodaniu małej ilości wody, ciało to po niejakiem czasie krzepnąc, przybiera postać krystaliczną, następnie w wodzie przekrystalizowane, topi się przy 52° C. jako czysty indol.

Drogą powyższą otrzymywał autor 0,5% indolu,—przyczem nadmieniam, iż jest to sposób w ogóle tańszy i dogodniejszy aniżeli wydobywanie go z indygo. Ciała utleniające jak np. dwuchromian potażu z kwasem siarczanym, kwas azotny rozcieńczony i t. p. łatwo rozkładają indol na ciała żywcowate i pewne barwniki czerwone, w tej chwili nas nieobchodzące.

O wiele ciekawszem jest, w jaki sposób z indolu powstaje indygo niebieskie, i to tem bardziej, gdy tego rodzaju sprawy na utlenianiu oparte, do prawidłowych w ustroju zwierzęcym się zaliczają. Wychodząc zatem z tej zasady, iż jak wiadomo, główną rolę w czynności wyżej rzeczonyj przyjmuje na siebie tlen czerwonych krążków krwi, czyli właściwiej ozon, przepuszczał autor prąd powietrza ozonizowanego przez wodę indol zawierającą,—i w istocie przeświadczył się, iż po upływie 3—4 godzin, indol pierwotnie w wodzie zawieszony, osiadał na ścianie naczynia jako proszek wyraźnie niebieski, który następnie badany potwierdzał wszystkie własności zwykłego indygo. Powyższym sposobem jednak otrzymuje się indygo w bardzo małej ilości, a to z tych względów, iż ozon jak na indol tak samo i na indygo działa rozkładająco.

Wnosić zatem trzeba, powiada autor, iż w ustroju zwierzęcym istnieją jeszcze pewne warunki powstrzymujące ów rozkład indyga; tem więcej gdy wiemy, iż owo indygo łączy się z cukrem i daje indykan, ciało bezbarwne, które stale z ustroju przez nerki wydzielaniem zostaje.

Nareszcie wraca się autor do owej mieszaniny pierwotnej z białka, trzuszczki i t. d., (*Verdaunungslüssigkeit*) i mówi: iż badając kroplę tej cieczy, wziętą przed pojawieniem się jeszcze woni śmierdzącej, zauważył pod drobnowidzem utwory ustrojowe (zorganizo-

wane), mające kształt ziarenek (*Micrococcen*) lub prątków (*Bacterien*), których liczba z dniem każdym znakomicie rosła. Te nizkiego stopnia rozwoju ustroje towarzyszą stale trawieniu trzuszczkowemu, ilekroć sam gruczoł trzuszczkowy a nie zaczyn (*fermentum*) sztuczny użytym zostaje. Nie ulega zatem wątpliwości, zaczętem wręczcie i inni badacze przemawiają, że i w żyjącem ciele trzuszczka jest siedliskiem dla ustrojów wyżej przytoczonych.

Z powyższego należałoby więc przyjąć, że trawienie kiszkowe opiera się w znacznej części na gnicju t. j. rozkładzie białka z udziałem owych ustrojów.

Nakoniec rozpoczęte przez autora badania pod względem działania trzuszczki na rozkład wodoru węgla, przy obecności bakteryj, przemawiają bardzo za tem, iż wytwarzanie się kwasu mlecznego, masłowego i t. p. polega na burzeniu (*fermentatio*) t. j. rozkładzie cukru powodowanym przez owe pasożyty. Al. W.

Opaska przeciw ostremu gościewi stawowemu (*rheumatismus art. acutus*). Dr. RIEGEL z Kolonii pomieścił w *Deutsch. Archiv. f. klin. med.* (Bd. XV. Hf. 5 i 6) pracę, w której dowodzi skuteczności nałożenia opaski przy gościewi stawowym. Nie jest to środek nowy, bo jeszcze w r. 1845 GOTTSCHALK w swem dziele (*Darstellung der rheum. Krankheiten auf anatomischer Grundlage. Köln. 1845*) chwalać jego skuteczność, przytacza dra SEUTIN'A, który w tymże celu używał opaski powleczonej klajstrem. Po kilkunastoletniem zapomnieniu, dopiero w r. 1871 HRUBNER (*Beiträge zur inneren Kriegermedizin. Archiv. der Heilk. 12 Jahrg. 4 i 5 Hft*) zwrócił znów nań uwagę. W ostatnich czasach sposób ten leczenia gościewi stawowych był nadto używanym przez CONCATO (*Il rheumatismo articolare acuto e l'apparechio inamovibile. Riviste clin. di Bologna. 1872*), TAMBURINI (*L'apparechio inamovibile nell'artrite acuta. Jb. 1872*) i na klinice prof. WUNDERLICH'A w Lipsku w 45 przypadkach przez dra OEHME (*die Behandlung des Rheum. acut. mit festen Verbänden. Archiv. d. Heilk. Heft 5. 1873*). Wszyscy ci autorowie jako wynik podobnego leczenia przytaczają: wielkie zmniejszenie bólu i gorączki, tudzież skrócenie przebiegu cierpienia. Te zachęcające wyniki z nakładania opaski przy gościewi stawowym skłoniły dra R. do robienia prób na własną rękę. W 41 przypadkach gościewi stawowym zwykłe wielostawowego, jakie tym sposobem leczył, używał on opaski z waty i tektury (*Papwatteverband*). Temu rodzajowi opaski oddaje R. pierwszeństwo przed wszystkiemi innemi, dla tego iż jest najprostszym, najtańszym, w każdym czasie i wszędzie łatwym do nabycia, iż unieruchomia chory staw i wywiera równomierny ucisk na wszystkie strony lepiej jak każdy inny, dalej w razie gdy ciśnię zamocno w którem miejscu, lub zostanie obluzywany w skutek zmniejszenia się obrzmienia stawu, łatwym jest do zmienienia. Każda opaska składała się z 2 łubek tekturowych, które przed nałożeniem zostały zmiękczzone w wodzie, by lepiej przystawały. Powierzchnię wewnętrzną łubek wyściela się grubą warstwą waty. Wata jest tu głównym środkiem uciskającym, tak że tektura służy więcej za jej podporę. R. powiada, iż dość często przyczyny trwania bólu po nałożeniu opaski szukać jedynie należy w zbyt cienkiej warstwie waty, którą są łubki wysłane. Ustalenie łubek skuteczniczą się za pomocą kilku zawojów obwiązki. Podobną opaskę trudno jest założyć tylko przy gościewi stawu ramieniowego i biodrowego. R. zadawałniał się obłożeniem tych stawów dużą ilością waty i przyciśnięciem obwiązka. Niemożebność założenia na nie opaski tekturowo-watowej, spowodowała różnicę w skutkach w porównaniu z wynikiem leczenia gościewi stawów, przy których dało się zastosować pomienioną opaskę. Dla czystości spostrzeżeń, R. nie dawał żadnego środka ani wewnątrz, ani zewnątrz. Wyniki otrzymane przemawiają bardzo korzystnie za tym sposobem leczenia. Po nałożeniu opaski bóle nawet największego natężenia znacznie łagodniały w kilka już minut, a wkrótce ustawały zupełnie i nie powracały w ciągu choroby. Niepodobna wyrazić słowami mówi R., zmiany jaka zachodziła w całym stanie chorego po należytem nałożeniu opaski. Chorzy którzy krzyczeli w niebogłosy z powodu bólu i nieodwazyli się poruszyć kończyną, wykonywają swobodnie nietylko ruchy bierne ale i te czynne, które nie zostały uniemożebnione opaską. Ile dni ma opaska pozostać, oznaczyć zgóry nie można; zależy to nietylko od natężenia choroby, ale i od czasu w jakim chorzy udają się pod opiekę lekarza. Na mocy własnych spostrzeżeń radzi R. nie zdejmować opaski prędko po zupełnem usta-

niu bólu; lepiej pozostawić ją jeszcze na kilka dni a najlepiej dotąd aż ciepłota ciała i ogólny stan chorego nie wróca do stanu prawidłowego. Zaprawdę zdjęcie opaski sprawia powrót bólu. Najkrócej opaskę w swych przypadkach zostawiał autor 2 dni, a najdłużej 2 tygodnie, średnio 6—7 dni. Dla próby R. przy zajęciu 2 jednoimiennych stawów nakładał opaskę tylko na jeden z nich. Ból ustawał tylko w opasany. Przez unieruchomienie chorego członka cierpienie błony maziowej stawu (*m. synovialis*) nie zostaje odrazu usuniętem, lecz tylko postawionem w lepsze warunki wyrównania; jeżeli więc istnieje bezpośredni związek między cierpieniem miejscowem a gorączką, to po nałożeniu opaski i gorączka nie może także zaraz ustać, lecz tylko w miarę znikania miejscowej sprawy chorobowej, będzie się zmniejszała, — a więc i ciepłota ciała, najgłówniejszy objaw gorączki, (jeżeli gościec nie rozszerza się na inne stawy lub nie zostanie powikłany inną chorobą) nie powinna po nałożeniu opaski nigdy wzrastać, lecz natomiast ciągle powoli się zniżać. Tym sposobem łatwo pojąć że i przecięciowe trwanie gorączki, a więc i samej choroby, musi być mniejsze. Te teoretyczne wywody, okazały się w praktyce najzupełniej prawdziwemi. R. umieścił wykaz ciepłoty ciała u 7 chorych na gościec stawowy, z której widać iż po nałożeniu opaski na cierpiący staw, ciepłota powoli lecz ciągle się obniżała, aż dopóki nie doszła do stanu fizyologicznego. R. nie mógł potwierdzić zdania dra F. SIMSON'A (*Brit. med. Journ.* 1873) iż unieruchomienie stawów cierpiących zmniejsza liczbę powikłań z chorobami serca; trudno mu także było wnieść ze swych spostrzeżeń, czy ilość potu się zmniejszała, jak to chciał mieć HEUBNER.

Pomyślnie dotychczasowe wyniki z nakładania opaski przy gościu stawowym, powinny zachęcić czytelników do czynienia i ogłaszania swych spostrzeżeń z tym środkiem dokonanych, by tym sposobem można było wydać ostateczny sąd o wartości jego leczniczej
Wł. Gajkiewicz.

Garbnik w praktyce okulistycznej. Dr. E. EMMERT (*Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte* Nr. 14—1875) uważa działanie garbnika w chorobach ocznych za bardzo skuteczne. Przy mocnem zapaleniu błony śluzowej powiek, jakie często daje się spostrzegać u dotkniętych żółtami, z silnem obrzękiem powiek, światłowstrętem i wypływem śluzowym, roztwór garbnika (gr. 1 na $\frac{1}{2}$ uncji wody 0,5 : 15,0) wpuszczany w oko po kropli co 2 godziny, okazał się w wielu przypadkach nawet powikłanych owrzodzeniami rogówki jako doskonały środek, prędzej jak każdy inny zmniejszający wydzielinę i zaczerwienienie błony śluzowej i doprowadzający do zupełnego wyzdrowienia częstokroć już w 8—14 dni. Pomyślniejsze jeszcze wyniki z użycia tego środka otrzymywał dr. E. przy zapaleniu spojówki u noworodków (*conjunctivitis blenorrhoica neonatorum*) tudzież przy zapaleniu spojówki rzerzączkowem (*conjunctivitis gonorrhoeica*) i ropnem (*purulenta*) u dorosłych. Działanie garbnika przewyższało tu o wiele działanie azotanu srebra i *lapidis mithigati*. Za rozpowszechnieniem tego środka przemawia i ta okoliczność, że samym chorym bez żadnego niebezpieczeństwa można go dać do użycia w domu, na co pozwolić nie wypada, jeżeli zalecamy użycie kamienia piekielnego. Wreszcie E. wzmiankuje o przypadku zapal. spojówki rzerzączkowem u pewnej kobiety u której obie rogówki w całym swym obwodzie przedstawiały już nasiąknięcie ropne a nawet głębokie owrzodzenie na wewnętrznej stronie. W tym przypadku E. widział, jak na obu rogówkach odkładały się warstwy garbnika, które po kilku już dniach zaczynały się odłuszczać w kierunku od obwodu ku środkowi, pozostawiając rogówkę zupełnie przezroczystą; skorupki te garbnikowe odłuszczyły się zupełnie dopiero po upływie trzech miesięcy. E. sądzi, iż takie spostrzeżenie wykazujące, że warstwy garbnika stanowią dla rogówki, że się tak wyrazimy, powłokę ochronną, pod którą odradzała się zdrowa tkanka rogówki, zachęciłoby powinno do prób dalszych.

(*Ref. w Allg. Wien. med. Ztg.* Nr. 30—1875). St. Kw.

Galopowy szmer serca (*bruit de galop*) i jego znaczenie. Dr. POTAIN (*Gaz. des Hôp.* z dnia 20 Lipca roku bieżącego) zwracał uwagę członków paryzkiego towarzystwa lekarskiego na nowy szmer, który ze strony autora oddawna był przedmiotem bliższego badania. Szmer ten, nazwany przez P. galopowym („*bruit de galop*”) towarzyszy skurezom serca, najwybitniej daje się słyszeć u jego wierzchołka i jest oznaką cierpienia nerek, występuje bowiem u tych osobników których mocz zawiera białko, zjawia

się i znika jednocześnie z pokazaniem się i ustąpieniem tego ostatniego. Najwyraźniejszym jest w śródmiąższowem zapaleniu nerek (*nephritis interstitialis*), a nawet u chorych dotkniętych moczówką cukrową jeżeli w moczu pokaże się białko—smer ten również się daje słyszeć. Dr. P. przypisując smerowi galopowemu dokładne znaczenie rozpoznawcze, stara się obecnie poznać mechanizm i istotę tego objawu.

Jako przyczynę moczocięku (*enuresis*) Dr. T. N. OTIS (*The Lancet* z d. 17 Lipca r. b.) uważa wążkość napletka albo zewnętrzznego ujścia cewki moczowej. Podrażnienie wywoływane przez wspomniane wady dostatecznym bywa ażeby spowodować niemożność powstrzymania moczu. Dr. MAYER w tej samej gazecie z d. 9 Stycznia zwrócił już uwagę, że obrzezanie z pobudek religijnych uskuteczniane, niedokładnie zrobione spowodawia moczocięki, że jakkolwiek przy podawaniu przetworów z wileczej jagody (*balladonna*) ustępuje, to zawsze jednak tylko czasowo. Dlatego Dr. O. zdecydował się w jednym przypadku dokonać obrzezania (*circumcisio*) i zarazem rozszerzyć otwór moczowy zewnętrzny zapomocą cięcia — poczem choroba nazawsze ustąpiła. Podobny przypadek zdarzył się jednemu z lekarzy południowych Stanów Zjednoczonych, i takim samym zejściem się ukończył. (*Ref. w Allg. Wien. med. Zeitg. Nr. 32—1875.*) T. Ż—a.

Leczenie róży nalewką jodową. Dr. RENZI (*L'Independente*, 1875) z licznych doświadczeń i spostrzeżeń nad leczeniem róży, doszedł do następującego ostatecznego wniosku, że przeciw temu cierpieniu wyborym środkiem jest pomalowanie nalewką jodową tak części różą zajętej jako też zdrowej ją otaczającej. Wyleczenie ma następować w przeciagu dni 2-ch, 3-ch a najpóźniej 4-ch.

(*Gaz. méd. de Paris. Nr. 27—1875.*) J. R.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Paryż. Przez kilka miesięcy toczyły się rozprawy w Akademii lekarskiej o rozprzestrzenianiu się cholery. Rozprawy te wznieciła praca dra THOLOZAN'a nadesłana z Teheranu, czytana na posiedzeniu Akademii 27 Kwietnia r. b., w której autor dowodzi że epidemija cholery prawie wygasła, ognisko jej do pewnego stopnia zubożętnione, może na nowo wzniecić epidemiję również straszna jak poprzednia. Bardzo ożywione rozprawy z tego powodu toczyły się na każdym posiedzeniu przez 4 ostatnie miesiące i ostatecznie nie doprowadziły do stanowczego orzeczenia w tej istotnie ważnej kwestyi: czy Indyje i Bengal są jedynem niewygaszającym nigdy ogniskiem cholery, z którego epidemija rozchodzi się na wszystkie strony świata, czy też cholera bez przyniesienia nowego zapasu zarazka ztamtąd, może się rozwijać z niezupełnie wygasłych ognisk jej, pozostałych po poprzednich epidemijach w Europie, pod wpływem zaburzeń meteorologicznych, jak obfite deszcze, wylewy rzek i t. p. Biorący udział w tych rozprawach, przedstawiali trzy stronnictwa: jedni wraz z T. utrzymują że cholera może się rozwinąć wszędzie bez udziału nowego zarazka z Indyi, drudzy, że tylko ztamtąd wszelka epidemija cholery pochodzi, inni wreszcie, że z miejscowych ognisk powstaje tak zwana *cholera sporadica*, wiele różna od cholery epidemicznej (*cholera asiatica*), która zawsze z Indyi do Europy zawleczoną bywa. Rozwiązanie tej ważnej kwestyi przechodzi zakres każdego pojedynczego naukowego zgromadzenia w danym kraju. Jedynie wspólnarodowa komisya przeciwcholeryczna, wyznaczona na szeslorocznej konferencyi sanitarnej w Wiedniu odbytej, mając poparcie rządów, może dokonać rozległe i szczegółowe badania współcześnie we wszystkich krajach w których cholera indyjska jest widocznie miejscową (endemiczną), w tych, gdzie była raz lub wielokrotnie zawleczoną (przeniesioną), uakoiwiec w tych, gdzie jej dotąd jeszcze nie było. Z porównania takich dopiero różnorodnych wyników badania, zdobyłoby pewne światło, wyjaśniające sposób powstawania choroby i ustaliłaby się różnica między cholera indyjską a swojską, wykazanoby rolę jaką odgrywają zajęcia przewodu pokarmowego w lecie gromadnie występujące i t. p. w rozwoju i natężeniu cholery epidemicznej, wreszcie zdobyłoby nakoniec wyjaśnienie zasadniczych kwestyj, w jakich dziś jeszcze różnią się zdania badaczy.

J. R.

KRONIKA MIEJSCOWA.

Medale złote na wydziale lekarskim tutejszego uniwersytetu otrzymali: R. KOWALESKI za rozprawę „O rozwoju narządów moczopłciowych” i ś. p. D. M. TERASZKIEWICZ za „Przyczynę do budowy gruczołów śluzowych, surowicznych, ślinianek i trzuszczki”. Obaj jako studenci IV-go kursu na zadane temata rozprawy rzezone w ubiegłym roku akademickim napisali. Wręczenie medali miało miejsce w ubiegłym tygodniu na uroczystem rozpoczęciu nowego roku akademickiego. Niestety! tylko p. KOWALESKI obecnie jako student V-go kursu osobiście medal otrzymał, albowiem ś. p. TERASZKIEWICZ, młodzieniec wielkich zdolności, niezmordowanej pracy i pięknych nadziei, w d. 31 Sierpnia r. b. z suchot płucnych, w 21 roku życia swego, rozstał się z tym światem.

B i b l i o g r a f i j a.

H. BEIGEL. Die Krankheiten des weiblichen Geschlechtes vom klinischen, pathologischen u. therapeutischen Standpunkte etc. Pierwsza połowa II-go tomu obejmująca choroby jajowodów i wязadeł macicy; zbożenia rozwojowe kształtu, położenia i utkania macicy. Ze 125 drzeworytami. Cena rs. 4. Część druga i ostatnia Tomu II-go obejmująca choroby macicy, pochwy, zewnętrznych części płciowych i gruczołów sutkowych; sromościśk i bezpłodność. Z 2-ma tablicami litografowanymi i 159 drzeworytami. Stuttgart. Cena rs. 6 kop. 40. Dzieło skończone (Tom I. wyszedł w r. z.), zawiera w starannem zestawieniu i opracowaniu to wszystko, co w ostatnich 10-ciu latach w dziedzinie ginekologii zdziałano. Zbyt liczne drzeworyty (510) i tablice litografowane (7) wpłynęły na wysoką cenę tego dzieła, która wynosi rs. 17.

CONRAD. Ueber Alcohol und Chininbehandlung bei Puerperalfieber. Bern. 1875. 8 tablic. Studyjum dotyczące coraz więcej się upowszechniającego tak w Anglii jak na kontynencie leczenia chorób zakaźnych gorączkowych wysokiem; praca autora opartą jest na własnych jego spostrzeżeniach, dokonywanych w berneńskiej klinice położniczej, pod kierownictwem profesora BREISKY'EGO. Cena kop. 60.

HAUSSMANN. Ueber die Entstehung der uebertragbaren Krankheiten des Wochenbettes. Z drzeworytami. Berlin. 1875. Dzieło znanego ginekologa, oparte na własnych doświadczeniach i spostrzeżeniach autora. Cena rs. 1.

KÜLZ. Beiträge zur Pathologie und Therapie des Diabetes mellitus und insipidus. Marburg. 1875. Dzieło obszerne—2 tomy oparte w części na własnych poszukiwaniach autora i krytycznie wyczerpujące prace innych badaczów. Cena rs. 4 kop. 50.

C. HEITZMANN u J. HEITZMANN. Compendium der Chirurgie (całe dzieło w dwóch tomach). Tom pierwszy w nowem czwartem wydaniu poprawnem z 102 drzeworytami, obejmuje podręcznik chirurgicznej patologii i terapii. Wiedeń. 1875. Cena rs. 4.

C. HEITZMANN. Die descriptive und topographische Anatomie des Menschen in 600 Abbildungen. 2 Tomy. Wiedeń. 1875. Dzieło to znanego lekarza-rysonika dawniej już rozpoczęte obecnie wyszło w całości. Cena rs. 9.

BRAUNE WILH. Topographisch anatomischer Atlas. 34 tablic kolorowanych fotografii i 50 drzeworytów. Lipsk. 1875. Dzieło to przed kilku laty rozpoczęte zawiera wyłącznie obrazy topograficzne ciała ludzkiego zdejmowane z natury z przecięć trupów zamrażanych. Cena rs. 10.

CZUBERKA. Chirurgisch-medicinisches Vademecum. Wien. 1875. Podręcznik kieszonkowy obejmujący opis techniki rozmaitych prostych sposobów operacyjnych i dyagnostycznych na polu chirurgii, położnictwa, otiatrii, oftalmologii,

