

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Medycyna wewnętrzna.

125. ISIDOR BOAS. **Hemoglobinuryja napadowa.** (*Deutsches Archiv für klin. Medicin Bd. XXXII*).

Powyższą nazwę nosi osobna postać chorobowa, rzadko w ogóle spotykana i opisywana dopiero od lat kilkunastu, przeważnie przez lekarzy angielskich i włoskich. Ogólny jej obraz kliniczny najlepiej da się poznać z historii jednego z 3-ch chorych widzianych przez autora.

20-to-letni mężczyzna, odznaczający się kwitnącym zdrowiem, który oprócz przymiotu w 17 roku życia, nie przechodził żadnych chorób, bywa, jako wojskowy, narażany na częste przeziębienia. Pewnego dnia zmuszony stać przez półtorej godziny na deszczu—po nocy przespanej w mokrym odzieniu na zimnie, dostał dreszczów, bólu głowy, a mocz przybrał ciemno-czerwoną barwę. Objawy te, przy ciągłym uczuciu zimna, trwały przez cały dzień, pod wieczór zaś zjawilo się rozpalenie ciała, mocne pragnienie i silny ból w prawym boku. Powoli jednak nastąpiło polepszenie. Na drugi dzień mocz był jeszcze ciągle mocno zabarwiony, chory czuł się względnie dobrze; był tylko cokolwiek osłabiony. Przez zimę podobne objawy powtarzały się raz albo dwa razy na tydzień, nie dosięgały jednak znacznego natężenia, tak, że pacjent uchodził za zdrowego, choć utracił swój świeży wygląd. W przeciągu wiosny i lata chory poprawił się zupełnie, lecz następnej zimy napady zaczęły go znowu przesładować, tak, iż zmuszony był wystąpić z wojska. To samo powtórzyło się i następnego roku, chory zauważył jednak, że

już krótki ($1/2$ —1 god.) pobyt na zimnie—względnie nieznacznym (-5° C.), napady wywoływał i, że było przy tém wszystko jedno, czy miał na sobie odzież lżejszą czy cieplejszą. Następnego lata chory nie przyszedł już do siebie, napady nieprzeszwały trapić go i teraz, np.: po pracy w piwnicy etc. Ogólne osłabienie wzmogło się, chory stracił na wadze 13 funtów. Stan taki skłonił go do zapisania się na klinikę w Halli.

Badanie podmiotowe nie wykazuje żadnych zboczeń. Niedługo jednak po przybyciu zjawia się napad z objawami wyżej opisanymi, mocz staje się czerwonym, a badanie osadu wykazuje—obecność sporęj ilości czerwonych ciałek krwi i czerwono zabarwionych grudek, oraz wałeczków szklitych.

We krwi, badanej w tym czasie—stosunek czerwonych i białych ciałek przedstawia się prawidłowym; czerwone jednak mają postać zmienioną i nie układają się w ruloniki.

Pewne objawy występowały pierwój, i tak: pomimowolne ziewanie, stale się powtarzające przeciąganie, nudności dochodzące do wymiotów, ból głowy—zjawiały się podczas kiedy mocz na oko nie przedstawiał jeszcze żadnych zmian i tylko badanie drobnowidzowe wykrywało wymienione wyżej osady.

Napad może się na tém zakończyć, jeżeli zaś wpływ zimna był dłuższym, to przyłączają się dreszcze, a później gorączka i poty.

Autor uważa owe początkowe objawy jako pierwszy okres choroby, tylko że nie jednorodny z głównymi objawami, t. j.: z hemoglobinurją i kładzie nacisk na ich podobieństwo do objawów mocznicowych.

W tém różni się od angielskich badaczy, którzy omawianą chorobę stawiają w związku z bagiennicą, a w początkowych objawach widzą analogiję do zwiastunów zimniczych. Wyraźnie jednak zaznaczony wywołujący wpływ zimna, brak powiększenia śledziona, nieskuteczność chininy, mówią przeciw zakaźnemu pochodzeniu choroby.

Autor jako przyczynę zaburzeń, uważa rozpad czerwonych ciałek krwi pod wpływem zimna i utrzymuje, że 1) w każdym napadzie ogólne objawy poprzedza już rozpad krwi, i że 2) nie produkty rozpadu same przez się, ale przeszkoda mechaniczna w wydzielaniu moczu przez nie wywołowana — i następstwa jej, są przyczyną pierwotnych objawów. Przypuszczalnie to opiera się na doświadczeniach PONFICK'A, nad przelewami krwi. Według ostatniego obecność w surowicy pewnych obcych ciał może nie mieć szkodliwego wpływu na organizm tylko wtedy, jeżeli ciała te prędko zostają przyswojone, lub wydzielone. Najwięcej zależy tutaj od wydzielniczej zdolności nerek, skoro zaś ta zostanie upośledzoną — wydzielenie moczu powstrzymuje się, a niekiedy przychodzi do mocznicy.

Drobnowidzowe badanie nérki pokazuje, że ma tu rzeczywiście miejsce mechaniczne zatkanie witych i prostych rurek, przez czopki niewydzielonych na zewnątrz ciał rozpadowych. Oprócz tego, według PONFICK'A, wydzielenie się białka (w naszym razie hemoglobiny), znajduje się w pewnym stopniu przeciwieństwa z wydzieleniem się innych składowych części moczu, tak, że te ostatnie nagromadzając się we krwi, potęgują jeszcze ogólne zaburzenia.

Z przebiego napadu widać, że właśnie w pewnych chwilach, w czasie objawów przypominających według autora mocznicę, mocz bywa skąpy, a po obfitszem wydzieleniu się jego stan się poprawia.

Jako końcowe zjawisko występuje stale spostrzegany żółtawy odcień skóry,

który autor objaśnia jako „icterus haematogeneus“.

Mocz, w czasie wolnym od napadu, bywa jasno-żółtym (NN. II—III VOGEL'A), w czasie napadu już w początkach ciemnieje i barwa jego odpowiada N. V, później staje się brunatno-czerwonym, nawet czarnym, pozostaje jednak przezroczystym. Odczyn zawsze mocno kwaśny, a przez zagotowanie wykazuje obecność białka. Przy badaniu widmowém znajdujemy smugi pochłonne (absorbcyjne), między D i E, a także między C i D. Ciężar gatunkowy moczu w czasie napadów spadał rapectownie z 1027 do 1012.

Rozwijając dalej swoje przypuszczenie, co do natury choroby, autor zastanawia się nad tém, czy rozpad czerwonych ciałek ma miejsce we wszystkich częściach ciała równocześnie, czy też tylko w ograniczonych miejscach.

Dla rozstrzygnięcia tego pytania przedsięwzięte były za przykładem WEBER'A doświadczenia, w których chory był wystawiony na wpływ zimna, działającego to więcej ogólnie, to znów na przestrzeni ograniczonej.

W tym celu: I) chory wdychał przez pół godziny, oziębione powietrze — co jednak pozostało bez następstw i II) chory zanurzał obydwie ręce na przemian w lodową wodę.

Tym razem z początku zauważono znieczulenie, zaczerwienienie, siność, potem uczucie nieprzyjemnego drażnienia w końcach palców, wreszcie dreszcze i tak zw. gęsią skórę. Ciepłota podniosła się do 38,05, częstość tętna również nieco się wzmożła.

Przytém daje się zauważyć wyraźne żółtaczkowe zabarwienie białówek i łącznic. W 10 minut po zanurzeniu rąk mocz przedstawia się czerwonym, zawiera białko i daje widma hemoglobiny i metahemoglobiny.

Drobnowidzowe badanie krwi wykazuje utratę zdolności ciałek układania się w ruloniki, ciała są bledsze, o zmienionj

postaci. Surowica wyraźnie czerwono zabarwiona.

Doświadczenia te, wywołujące objawy takie same, jak przy zwyčajnym napadzie, dowodzą, że rozkład krwi jest tu tylko miejscowym, że następuje rozpad ciałek w krążącej krwi, a wytwory jego częścią są wydalane na zewnątrz, częścią zostają we krwi i w następstwie spowodować mogą żółtaczkę. Dalej pozostało dowieść, że rozkład ciałek odbywa się tylko na miejscu wystawioném na wpływ zimna, i jaka właściwie zmiana w ciałkach, czyni je zdolnemi do tak łatwego rozpadu. W tym celu autor nakładał na pojedyncze palce chorego sprężyste przewiązki i zagłębiał je w lód zbadawszy poprzednio krew chorego i widma podwiązanego i niepodwiązanego palca.

Po 15 minutach krew wypuszczona z zanurzonego palca, przedstawiała zmiany podobne do już opisywanych, a oprócz tego sporą ilość blaszek. (Blutschollen). Zmiany te nie przedstawiają zresztą żadnych cech właściwych. Równocześnie badana krew z innych palców, zachowywała się prawidłowo.

Ogólnych objawów nie było, mocz jednak oddany w tym czasie, dawał osad z ciałek krwi, grudek czerwonych i wałeczków szklitych.

W odpowiedzi na drugie pytanie, autor przypuszcza zmniejszoną odporność krwi, zwiększoną wrażliwość ciałek na zimno i niedość ścisły związek pomiędzy barwnikiem i podścieliskiem. W takim razie zachowanie się ciałek podobnej krwi względem pewnych czynników, naprzykład toku przerywanego, powinny być innem niż ciałek normalnej krwi. Z czterech prób robionych w tej myśli, jedna tylko potwierdziła powyższe przypuszczenia.

Co do etiologii choroby, to oprócz przypuszczeń wpływów zakaźnych (baciennicy—zimnicy), dziś przeważnie kładą ją na karb następstw przebytego przymiotu; ponieważ wielu z obserwowanych chorych przechodziło tę chorobę (Murri, Er-

lich). Niektórzy uważają ją za napadową naczynio-ruchową nerwicę.

Co do leczenia, oprócz ochrania od wpływu zimna (prophylaxis), jest ono zwykle tylko objawowem. W razach, gdzie wywiady wykazują przebyty przymiot—idąc za MURRI'M—radzą leczenie rtęcią.

O. Hewelke.

126. Dr. FILEHNE. **Über neue Mittel, welche die fieberhafte Temperatur zur Norm bringen.** (*Berliner klin Wochenschrift* Nr. 45, 1883).

Dr. FILEHNE. **Weiteres über Kairin und analoge Körper.** (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 6, 1883).

W ostatnich czasach pracowano wiele, starając się wynaleść surrogat Chininy, lecz doświadczenia farmakologiczne wydały ujemny rezultat, zaś badania chemiczne wykazały, iż w chininie główną część składową stanowi wodnik chinoliny.

D-rowie FISCHER i KÖNIG z Monachium i Dr. WYSZNIĘGRADZKIJ, na podstawie badań chemicznych, otrzymali z chinoliny ciało analogiczne chininie, zamieniając ją na wodnik i łącząc z ciałami obojętnymi, mianowicie: metylem, niedokwasem metylu, etylem etc.

Doświadczenia autora wykazały, iż te ciała najsilniej wpływają na obniżenie ciepłoty, w których azot wodnika chinoliny jest połączony z metylem lub innym rodniem alkoholowym, np.: *kairin* (oxychinolinmetylhydrür) ($C_{10}H_{13}NO$), *kairolin* (chinolinmetylhydrür), chinolinetylhydrür etc.

Do badań używano chlorku kairinu (*cairinum muriaticum*); jest to proszek krystaliczny, barwy szarozółtawej, łatwo rozpuszczalny w wodzie, smaku słonawo gorzkiego, posiada zapach zbliżony do Guajakolu.

Autor stosował go w wielu przypadkach ostrych i chronicznych chorób gorączkowych i przyszedł do następujących rezultatów:

a) U ludzi zupełnie zdrowych, *kairin*

podawany w dawkach 1,0—1,5 gram. nie wywołuje żadnych skutków.

b) U ludzi osłabionych wyższe dawki mogą powodować lekką sinicę.

c) W chorobach gorączkowych dla wywołania stałego obniżenia ciepłoty należy podawać 0,3—0,5 gram. co 1—1½ godziny, lub też w dawkach jednogramowych co 2 i pół godzin.

d) W chorobach gorączkowych ciepłota opada do normy mniej więcej po 4-ch dawkach, i utrzymuje się w tym stanie tylko przy ciągłym podawaniu leku rzadko opadając poniżej normy.

e) Po dawkach 0,5—1,0 grm., działanie rozpoczyna się po 25-ciu minutach.

f) Przy mniejszych dawkach, ciepłota obniża się powoli, przy większych—szybko, przy czém występują poty, trwające do czasu aż ciepłota stanie się normalną.

g) Podczas opadania ciepłoty, chorzy doznają błęgiego uczucia; objaw ten występuje najwyraźniej przy krupowem zapaleniu płuc, gdzie równocześnie z opadaniem ciepłoty, zmniejsza się częstość tętna, liczba oddechów, klucie w boku i wogóle chorzy czują się zupełnie dobrze.

h) Po zaprzestaniu podawania kairinu, po pewnym czasie, odpowiednim do wysokości dawki, następuje szybkie podniesienie się ciepłoty, poprzedzone dreszczem; przy kairolinie—w razie przerwy w użyciu, ciepłota wznosi się powoli.

i) Przy używaniu kairinu jako też kairolinu, barwa moczu staje się ciemno zieloną, cukier i białko nie [pojawiają się nigdy.

Aby nie męczyć usługujących i chorożego przez ciągłe podawanie leku, zwłaszcza w nocy, można w ciągu dnia podawać kairin, zaś na noc kairolin w dawce 1,5—2,0 gram, aby uniknąć dreszczów i szybkiego podniesienia się ciepłoty (w skutek nie podawania środka przez noc całą), lub też ku wieczorowi zmniejszać stopniowo dawki kairinu.

W każdym razie dowiedzionem zostało niezawodne działanie wymienionych

środków, zaś modyfikacją w dawkach i podawaniu ich należy zostawić czasowi i praktyce.

Dalsze liczne doświadczenia autora nad kairinem stwierdziły znakomitą jego wartość, jako środka przeciwgorączkowego i posłużyły do ściślejszego sformułowania wskazań co do użycia:

I) Kairin może być bezkarnie podawany przez czas dłuższy, nie wywołując skutku zbiorowego (kumulacyjnego) i stale wpływając na obniżenie ciepłoty.

II) U ludzi źle odżywianych, przy gorączce trwającej należy go podawać w małych dawkach ($\frac{1}{16}$ — $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{4}$ grm), lub też obniżyć ciepłotę za pomocą większych dawek, a podtrzymywać ją w stanie normalnym, używając mniejszych.

III) W każdym razie częste mierzenie ciepłoty jest tu niezbędnem, dla wyrobienia sobie pewnych wskazówek co do danego osobnika, zwłaszcza co do czasu podawania leku, aby, utrzymując ciepłotę w pewnej wysokości, uniknąć dreszczów i następnego podniesienia się ciepłoty.

IV) Dawki 0,25 — 0,5 grm, co 1½ godziny są wystarczającymi do utrzymania ciepłoty w stanie normalnym przez czas bardzo długi.

W końcu autor wspomina o przypadkach suchot płucnych, duru brzuszego, ropnego zapalenia otrzewnej, gdzie kairin podawano przez czas dłuższy ze znakomitym rezultatem.

Z przypadków ubocznych autor notuje: ból w okolicy zatoki czołowej, który ustąpił, gdy lek zaczęto podawać w opłatku.

U dwóch chorych wystąpiły wymioty, zresztą innych objawów nigdy nie stwierdzono.

C. Stiche.

127. Th. DUNN. **Krwawiaczka.**—Haemophilia. (*The American Journal of the med. sciences.*—Styczeń—r. 1883).

Krwawiaczka jest to cierpienie dziedziczne i wrodzone, charakteryzujące się wiel-

ką skłonnością do krwotoków i obrzmienia stawów.

Literatura tego, bardzo mało jeszcze zbadanego cierpienia, jest niewielka.— Z nowszych autorów, krwawiączką zajmowali się: GRANDIER, NASSE, SCHOENLEIN, DUNN i, przeważnie, LEGG. Najczęściej z tém cierpieniem spotkać się można u mężczyzn, daleko rzadziej u kobiet. Stosunek jednej płci do drugiej wynosi 11:1. W żadnej innej chorobie uspasabiający wpływ płci nie jest tak widoczny.

Etiologia jest ciemna. Wiadomo tylko, że *dziedziczność* odgrywa niezmiernie ważną rolę. Prawie wszystkie dzieci płci męskiej krwawców cierpią na krwawiączkę. Niektórzy upatrują przyczynę w małżeństwach, zawieranych pomiędzy blizkimi krewnymi. Na dowód tego twierdzenia LEGG przytacza niemców i żydów, wśród których takie małżeństwa stosunkowo często są spotykane. Otóż najczęściej wśród nich spotkać można krwawców, jak to widać z tego, że z 219 rodzin wykazujących usposobienie do tego cierpienia, naliczono niemieckich 94, angielskich 52, północno-amerykańskich 23, francuzkich 22, pruskich i polskich 10, szwajcarskich 9, zaś resztująca liczba przypada na inne państwa Europy.

Usposobienie dziedziczne przenosi się na następne pokolenia przez córki. Mogą one być całkiem wolne od tego cierpienia, rodzą jednak synów krwawców. Czasami skłonność do krwawień omija jedno pokolenie, a z nową zupełnie siłą może wystąpić u wnuków lub prawnuków. Zdaje się, że to usposobienie chorobowe nigdy nie wygasa. LEGG był w stanie wykazać w jednej rodzinie usposobienie do krwawiączki, datujące od dwustu lat WACHSMUTH zwrócił uwagę na wielką płodność krwawców. W 12-tu rodzinach naliczył on 120 dzieci. Jedna z rodzin miała 13 dzieci, z których 7 było krwawcami, reszta (5 córek i 1 syn), wolna była od tego cierpienia.

Poszukiwania *anatomiczne* nie wykazały

żadnych zmian charakterystycznych dla krwawiączki. BLAGDEN w r. 1817 zwrócił uwagę na cienkość i przejrzystość tętnic u krwawców. KIDD w r. 1878 znalazł proliferację komórek endotelijalnych w małych tętnicach i żyłach, oraz stłuszczenie warstwy mięśniowej naczyń. VIRCHOW w niektórych przypadkach znalazł zwyrodnienie tłuszczowe włókien mięsnych serca.

Trzy są teoryje, tłumaczące powstawanie krwawienia przy tém cierpieniu. Jedni utrzymują, że tętnice są *za słabe*, co je czyni niezdolnymi do przezwyciężenia parcia krwi, wzmagającego się od czasu do czasu. Zdaniem innych, przyczyna krwawień leży w samej krwi, włóknik której ma nieposiadać własności *krzepnięcia* w należytej mierze. Wreszcie trzecia teoryja przypuszcza wpływ innerwacji znośzącej napięcie naczyń. Żadna jednak z tych teoryj nie tłumaczy należyście wszystkich objawów krwawiączki. Obrzmienie stawów przy tém cierpieniu, zdaniem DUBOIS, jest następstwem wyznaczynień krwi do tkanki łącznej, otaczającej staw. Pogląd ten stwierdzili: REINERT, PAGET i inni.

Krwawiączka zwykle objawia się zaraz po urodzeniu i trwa do siódmego roku życia. Po drugiem ząbkowaniu objawu prawie zawsze giną.

Odróżnić można trzy formy krwawiączki: a) forma *ciężka* odznacza się nadzwyczajną skłonnością do samodzielnych lub traumatycznych krwotoków, wikłających się obrzmieniem stawów. Forma ta prawie wyłącznie napotyka się u chłopców, b) forma *pośrednia* cechuje się samodzielnymi krwotokami z powierzchni błon śluzowych i wybroczynami podskórnymi (*su-gillatio*) stawy są wolne; c) forma *lekka* spotyka się tylko u kobiet i cechuje się wczesnym i dłuższym trwającym miesięczkowaniem.

Przed pojawieniem się krwawienia występują często *zwiastuny*: znaczne zaczerwienienie warg, skóra gorąca, bez-

senność, bóle głowy, szum w uszach. niepokój i ruchy drgawkowe. Z nastąpieniem krwawienia wszystkie te objawy znikają. U dzieci najczęściej krwawienie pochodzi z nosa, rzadziej z języka lub z dziąseł, zaś po przejściu okresu dojrzałości płciowej, — z kiszki, pęcherza, nerek, żołądka, najrzadziej z płuc. Chory traci kilka tylko kropel krwi, lub też tak znaczną jej ilość, iż życiu jego może grozić niebezpieczeństwo. Krwawienie może trwać kilka godzin lub też kilka dni; może być ciągle lub przerywane.

Śródmiąższowe krwotoki są bardzo ciężkie, gdyż nieraz dają powód do obszernych ropni; ze stawów najczęściej zajęty jest staw kolanowy, potem biodrowy, łokciowy i napięstkowy.

Krwawiaczkę zwykle łatwiej rozpoznać u mężczyzn, trudniej u kobiet. Jeżeli chory w młodości częste miewał krwotoki i obrzmienia stawów i jeżeli przy tém można wykazać usposobienie dziedziczne, nie ulega wówczas wątpliwości, że mamy do czynienia z krwawiaczką.

Rokowanie jest niepomyślne. GRANDIER zebrał 212 przypadków śmierci skutkiem krwawiaczki; z przypadków tych tylko 15 przypada na płeć żeńską. Największa śmiertelność jest między 1 a 7-ym rokiem życia. Wogóle życie krwawca jest niepewne, co chwila i co krok grozi mu niebezpieczeństwo.

O leczeniu krwawienia autor nic nowego nie mówi. Natomiast podaje energiczny środek zapobiegający rozprzestrzenianiu się choroby. Według autora, kobiety, mające braci — krwawców, nie powinny wychodzić za mąż; nawet w tym razie, gdy u nich samych usposobienie do krwawienia nigdy się nie objawiało. Również krwawcy nie powinni wstępować w związki małżeńskie, aczkolwiek ich dzieci mniej są wystawione na możliwość dostania krwawiaczki, aniżeli dzieci córek po krwawcach. W przestankach pomiędzy krwotokami, krwawcy powinni unikać wszelkich wzruszeń i napojów wyskoko-

wych. LEGG w przestankach stosował z bardzo dobrym skutkiem roztwór chloru żelaza, HARKINS bardzo zachwala użycie chloranu potasu. Obrzmienia stawów leczyć należy według zasad chirurgii.

H. Goldblum.

128. Th. M. DOLAN. **Patologija i terapija krztuśca.** *Whooping-Cough; its pathology and treatment* (Londyn r. 1882 — str. 108).

Praca ta, będąca owocem 15 letniej obserwacji i licznych doświadczeń, została bardzo sympatycznie przyjęta przez literaturę lekarską angielską, oprócz tego uzyskała od londyńskiego towarzystwa lekarskiego, złoty medal Fothergilla.

DOLAN uważa krztusiec za chorobę zakaźną, zależną od swoistego zarazka i mogącą występować nagminnie lub przypadkowo. Choroba ta cechuje się stanem gorączkowym, niedomaganiem, podrażnieniem i niezłym dróg oddechowych kaszlem głośnym, suchym, drgawkowym i napadowym. Spotyka się przeważnie u dzieci i trwa od 3 tygodni do 3 miesięcy.

Co do *etjologii* przyczyn szukano z kolei w cierpieniach mózgu, rdzenia, płuc, żołądka, nerwów błędnych i t. d. Niczem nie poparte przypuszczenia, po pewnym czasie szły, rozumie się, w zapomnienie.

W r. 1876 GUÉNEAU DE MUSSY wypowiedział zdanie, że koklusz powstaje wskutek rozrostu gruczołów tchawico-oskrzelowych, które wywierają ucisk na nerwy błędne. DE MUSSY znalazł zmiany w gruczołach, przy badaniu pośmiertnym w 2-ch przypadkach i to właśnie posłużyło mu do wypowiedzenia powyższej teorii.

Zaraz potem J. SIMON i ARCHAMBOULT oświadczyli się za tym poglądem, który jednak znalazł b. licznych przeciwników, dowodzących między innymi, — że powiększenie gruczołów tchawico-oskrzelowych, jest powikłaniem krztuśca stosunkowo rzadko spotykanem; zresztą ucisk na nerwy błędne wydarza się często, a jednak kaszlu kokluszowego przytem się nie spostrzega.

DOLAN zalicza krztusiec do chorób *pa-sorzytowych*, z którymi ma niezmiernie wiele podobieństwa. Z początku przy kokluszku nie ma żadnych zmian charakterystycznych, jak przy odrze, ospie i płonicy. W dalszym przebiegu koklusz charakteryzuje się odrębnym rodzajem kaszlu, tak samo jak owrzodzenia blaszek PEYERA, są charakterystyczne dla duru brzuszego, a zaczerwienienie gardzieli — dla płonicy. Tak samo, jak powyżej wyliczone cierpienia, krztusiec jest zaraźliwy.

Dla przekonania się, co jest zarażającym przy kokluszku, autor szczepił świnkom morskimi płyny, wzięte z chorych kokluszowych. Szczepienie krwi dało wynik ujemny, tj.: zwierze po zaszczepieniu zostało zupełnie zdrowym; szczepienie wydzieliny nosa lub płwociny, po 2—3 dniach zabijało świnki, przczem sekcyja wykrywała zapalenie płuc.

Płwocina więc przy kokluszku zawiera pierwiastek zakaźny, dostawszy się za pośrednictwem powietrza do innego ustroju, wywołuje koklusz.

Spotykane prawie zawsze przy krztuscu owrzodzenia wędzidełka języka, RÖGER, na zasadzie licznych swych spostrzeżeń, przypisuje obrażeniu podczas silnych napadów kaszlu, — wysunięty język trze się o brzegi zębów siecznych, powtarzając się tarcie wywołuje owrzodzenie. Dowodem traumatycznej natury owrzodzenia jest jego brak u b. młodych dzieci, dotkniętych kokluszem, a niemających jeszcze zębów.

Koklusz nie wywołuje żadnych zmian chorobowych, któreby można było przyjąć za charakterystyczne. Po pewnym jednak czasie trwania choroby powstają mogą liczne powikłania, z których ważniejsze są: przekrwienie mózgu i jego opon, rozedma płuc, zrazowe opadnięcie płuc, niezbyt drobnych oskrzeli, rozliczne krwotoki, powiększenie gruczołów tchawicooskrzelowych i t. d.

W końcu dodać wypada, że AUTENRIETH utrzymywał, iż przyczyną krztusca

jest zapalenie nerwów błędnych. Pogląd ten nie sprawdził się, gdyż liczne sekcyje ALBERSA i WESTA, nie wykryły żadnych zmian w tych nerwach. Autor następnie obszernie opisuje powikłania, które pomijamy jako rzeczy znane.

Leczenie, Przedewszystkiem D. zaznacza, że nie posiadamy żadnych środków specyficznych przeciw kokluszowi. Wszystkie szumnie ogłaszane środki, mające jakoby wywierać specyficzne działanie, po pewnym czasie znikają z horyzontu, nie ziściwszy nadziei w nich pokładanych. Acidum hydrocyanicum, zalecone przez WESTA, a acidum nitricum przez GIBBA — jako środki specyficzne przeciwko kokluszowi, zdaniem DOLANA nietylko pożytku nie przynoszą, ale nawetsą wprost szkodliwe. Posyłanie chorych dzieci do fabryk gazowych, wzięwania par karbolowych, gorąco zalecane przez BINZA, nakoniec wdmuchiwanie chlorku chininy również nie są w stanie przyspieszyć wyzdrowienia.

Pomimo to jednak autor nie sądzi, aby nam wolno było w obec kokluszku zachowywać się biernie, wychodząc z tej zasady, że nie posiadamy środków mogących przerwać chorobę. Owszem, D. jest przekonany, że racjonalna terapija może wiele zdziałać. Ponieważ krztusiec jak każda inna choroba zaraźliwa, kończy się zazwyczaj wyzdrowieniem, jeżeli do niej nie przyłączają się żadne powikłania, przeto zadaniem lekarza jest postawić chorego w takich warunkach, aby przebieg cierpienia uczynić wolnym od powikłań.

Autor dzieli leczenie kokluszku na *zapobiegawcze* i *właściwe*.

a). *Leczenie zapobiegawcze*. Dotychczas nie podjęto żadnych starań w celu zapoznania publiczności ze środkami, zadaniem których jest ograniczenie lub przerwanie epidemij kokluszowych. W publiczności istnieje przekonanie, że każde dziecko musi mieć odrę, płonicę i krztusiec, azatem im wcześniej tém lepiej. Fałszywe te pojęcia, zdaniem autora, są może jedną z ważniejszych przyczyn wielkiej

m iertelności dzieci w miastach. Dla prędkiego zmniejszenia epidemij krztuśca, należy przedewszystkiem chore dzieci stanowczo oddzielić od zdrowych, by te ostatnie uchronić od zarazka krztuścowego. Niestety, odosobnienie napotyka na ważne przeszkody u ludzi biednych.

Autor nie uważa za potrzebne wysyłać dzieci z miejscowości, w której panuje krztusiec, do innej, gdyż odosobnienie chorych dzieci samo przez się prędko usuwa epidemiję.

Zarazek może również być przeniesiony na inne osoby przez ubranie i rzeczy używane przez chorych. — Rzeczy więc te powinny być *odwietrzane*. Każde miasto lub wieś powinno posiadać swój własny aparat odwietrzający. Ubiór, noszony przez chore dzieci, ze względu na jego taniłość, najlepiej spalić.

Ponieważ nieczystość sprzyja rozwojowi każdej choroby, przeto pamiętać należy o starannem utrzymywaniu chorego, o czystości powietrza, wody i innych rzeczy przez chorego używanych. Podczas ładnej pogody chory powinien być wysyłany na spacer, przyczem unikać powinien miejsc, przeznaczonych na zebrania dla dzieci zdrowych.

b). *Właściwe leczenie* musi uwzględnić najprzód kompleksyję dziecka i wiek jego.

U dzieci, *niemających jeszcze dwu lat*, leczenie jest dosyć trudne, gdyż trudno zastosować niektóre środki lekarskie, jak wziewania i t. d.

W celach leczniczych należy zachować dawniejszy podział choroby na 3 okresy: zwiastunowy, drgawkowy i schyłkowy. Podczas pierwszego okresu chorzy rzadko wzywają interwencji lekarza, — matki pierwszy kaszel uważają za następstwo lekkiego przeziębienia i stosują rozmaite środki domowe. Podczas drugiego okresu zadaniem naszym jest: 1) skrócić napad kaszlu, 2) zmniejszyć podrażnienie dróg oddechowych i 3) ułatwić wykrztuszanie (expectoratio).

a). Dla skrócenia napadu kaszlu autor

gorąco zaleca częste wdmuchiwanie chloranu potasu (kali chloricum) zmieszanego z gummą i dwuwęglanem sodu. Zalecane przez Binza wdmuchiwanie chlorku chininy nie dały autorowi żadnych pomyślnych wyników.

b). W celu zmniejszenia podrażnienia błony śluzowej dróg oddechowych D. z wybornym skutkiem stosuje wilczą jagodę (belladonna).

e). Dla ułatwienia wykrztuszania należy dawać Ipecacuanhę, scille i t. d. oprócz tego od czasu do czasu środek wymiotny.

Powikłania, na które powinna być zwrócona jak największa uwaga, należy leczyć według ogólnych prawideł. Autor kładzie nacisk na podtrzymywanie sił dziecka odpowiednią pożywną dyjetą: winem, mlékkiem i t. d.

Daleko łatwiejsze jest leczenie krztuśca u *dzieci starszych*, ponieważ daleko łatwiej stosować można rozmaite środki lekarskie.

Wskazania są tu te same, co u dzieci młodszych.

Prócz tego autor zaleca wziewania rozpylonego roztworu dwuwęglanu sodu (łyżeczka na szklanekę wody), lub wziewania z kwasu karbolowego (10 gran na funt wody).
H. Goldblum.

II. Chirurgija i Oftalmologija.

129. WISKEMANN. **Pierwotny i wtórny strup jodoformowy.** (*Primärer und secundärer Jodoformschorf.* Berl. klin. Woch. Nr. 8, 1883 r.)

Doszedłszy raz drogą doświadczenia do przeświadczenia, iż jakiś środek posiada pewne antyseptyczne własności, zwykliśmy też same własności przypisywać wszystkim preparatom w skład których wchodzi dany środek. Otóż autor twierdzi, że stanowczo rzecz się ma inaczej. Już doświadczenia KOCHA wykazały, iż podczas gdy roztwór kwasu karbolowego w wodzie, obdarzony jest silnemi własno-

ściami antyseptycznemi, roztwór tego kwasu w oliwie, lub alkoholu, pozbawiony jest wszelkich antyseptycznych własności. Jodoform téż zastosowywano w najrozmaitszych formach, raz w kryształach, to znów sproszkowany, zakładano świeczki jodoformowe cum butyro cacao, używano téż roztworu jodoformu w eterze i t. d. Autor twierdzi, iż tylko jodoformu w formie krystalicznej można z korzyścią używać.

Podług W., dążeniem naszym przy zastosowaniu jodoformu, powinno być otrzymanie antyseptycznego strupa, — jodoform w formie krystalicznej łatwiej z wydzieliną rany w strup zasycha, niż sproszkowany, na tej prostej zasadzie, iż warstwa krystalicznego jodoformu przedstawia jakby rodzaj gąbki, w którą wydzielina rany szybko wsiąka; w ten sposób jodoform pozostaje ciągle w bezpośrednim zetknięciu z raną i wywiera na nią wpływ ograniczający dalszą wydzielinę; przeciwnie jodoform sproszkowany jest bardziej zbity, włoskowate jego przestrzenie są mniejsze, wsiąkanie odbywa się powolniej i dla tego wkrótce cała jego warstwa będzie oddzieloną od rany wydzieliną, której nie zdołał wessać, a wtedy wszelki wpływ jego na ranę ustaje. Rozumie się, iż świeczki jodoformowe, lub roztwór tegoż w eterze, nigdy strupa wywołać nie mogą i dla tego użycie ich winno być zupełnie zaniechane. Strup jodoformowy tworzy pokrywę, pod którą odbywa się gojenie, blizny powstałe odznaczają się małą kurczliwością, co jest téż nie małą zaletą takiego leczenia.

Autor wywołuje strup na świeżych ranach i na powierzchniach ropiejących. W pierwszym razie wystarcza jednorazowe posypanie rany jodoformem krystalicznym; strup taki W. nazywa pierwotnym (primärer Schorf).

Dla wywołania strupa na ropiejących powierzchniach z obfitą wydzieliną, nie wystarcza jednorazowe posypanie. W takich razach W. pokrywa daną powierzchnię

kilka razy (do sześciu) w przeciągu dwóch dni, coraz to nową dość grubą warstwą jodoformu, przed każdym nowym posypaniem zmywa lub ścięra znajdujący się na ranie jodoform wraz z wydzieliną, następnie osusza ranę starannie i znowu posypuje. Postępowanie to trzeba powtarzać dotąd, aż odkrywamy ranę znajdziemy, iż strup zaczyna się tworzyć, co się zwykle zdarza 4—8 dnia. Strup taki powstały na ropiejącej powierzchni pod wpływem posypywania jodoformem, W. nazywa strupem wtórnym, (secundärer Schorf) dla odróżnienia do pierwotnego, powstającego przy posypywaniu świeżych ran. Czasami strup już wytworzony, po kilku dniach odpada, wtedy trzeba całą procedurę na nowo rozpocząć. Przy takim postępowaniu można otrzymać wytworzenie się strupa na wrzodach gruźliczych i syfilitycznych trzeciorzędowych, gojenie pod nim postępuje nadzwyczaj szybko; przy użyciu sproszkowanego jodoformu nic podobnego niema miejsca. Mając do czynienia z długimi przetokami, autor wypełnia je żelatynowymi kapsułkami napełnionemi jodoformem, żelatyna wkrótce się rozpuszcza, a zawarty w kapsułkach jodoform działa bezpośrednio na ściany przetoki. Dobrze by było mieć przygotowane już z żelatyny zbiorniki różnej grubości i długości, któreby lekarz potrzebował tylko napełnić krystalicznym jodoformem i wprowadzić do przetoki.

Wl. Krajewski.

130. RYDYGIER. Nowa rezekcja kości stępu przy zastarzałej stopie szpotawej (pes varus). (*Eine neue Resections-methode der Fusswurzelknochen beim veralteten Pes varus. Berl. klin. Wchs. Nr. 6 1883*).

Autor wychodzi z zasady HÜTERA, że ze wszystkich metod operacyjnych przy stopie szpotawej najlepszą będzie ta, za pomocą której, przy możliwie małym zranieniu, osiągniemy najlepszy rezultat, czyli, przy której tylko tyle wypilujemy kości, ile potrzeba koniecznie dla dostatecznego po-

prawienia wadliwego ustawienia stopy. R. przyjmuje za pewne następujące zmiany kośćca przy stopie szpotawej:

1) Powierzchnia zewnętrzna szyjki kości skokowej jest dłuższą niż w stanie prawidłowym.

2) Wyrostek przedni kości piętowej jest wyższy i w skutek tego stanowi przeszkodę dla swobodnego nawrócenia (pronatio) stopy.

3) Niektóre inne kości stępu przedstawiają również pewne zmiany. Szczególny nacisk kładzie R. na zmianę postaci kości skokowej, opisaną przez Rupprechta, który dowiódł, iż przy pes varus kość skokowa na przecięciu czołowym (Frontalschnitt) nie przedstawia, jak normalnie, kwadratu, lecz trapez, a w daleko posuniętych przypadkach nawet trójkąt. Zmiana ta w postaci kości skokowej, wywołuje ustawienie pięty w położeniu wyrotnem. W przypadku zastarzałego, daleko posuniętego pes varus, który R. miał w leczeniu, starał się uwzględnić wszystkie wyliczone powyżej zboczenia kości i przy możliwie największym zaoszczędzeniu kości i części miękkich uzyskać zupełnie poprawne ustawienie stopy. Metoda R. jest następująca:

Cięcie skórne zaczyna się na 2 cmtr. przed kostką zewnętrzną (dla uniknięcia otworzenia stawu stopowego), następnie przebiega nieco łukowato, z wypukłością zwróconą ku dołowi, po stronie zewnętrznej stopy aż do środka kości sześcienniej. Cięcie prowadzić należy do samej kości, przy czem żadnych ważniejszych części miękkich skaléczyć nie można.

Dalsze manipulacje na kościach dadzą się już dłutkiem przez cięcie wyżej opisane doskonale wykonać.

Przedewszystkiem przebijamy dłutkiem w kierunku skośnym od zewnątrz ku wewnątrz szyjkę kości skokowej, a następnie w tym samym kierunku ku dołowi, część wyrostka przedniego kości piętowej. W taki sposób ze stawu Choparta usuwamy *klin pionowy*, z podstawą zwróconą na

zewnątrz i ku górze, a wierzchołkiem na wewnątrz. Przez wycięcie tego klina poprawiamy wadliwe ksobne, a w znacznej części i wyrotne ustawienie *przedniej części* stopy.

Dla usunięcia przeszkody, którą jeszcze stawia zupełnemu nawróceniu (pronatio) stopy, nadmiernie wysoki wyrostek przedni kości piętowej, którego część pousunięciu pierwszego klina pozostała, jako też dla usunięcia wyrotnego ustawienia pięty, powstałego z powodu zmiany kształtu kości skokowej, wycina się z powierzchni górnej wyrostka przedniego kości piętowej—*klin poziomy* z podstawą zwróconą na zewnątrz, (klin ten mógłby być także wycięty z dolnej powierzchni kości skokowej, albo też można wyciąć po pół klina z każdej kości). Tak więc oba wycięte kliny krzyżują się pod kątem prostym, fa podstawa obu zwróconą jest na zewnątrz. Jeśli wycięte kliny są dostatecznej wielkości, stopa bez trudności powraca do prawidłowego ustawienia.

Tam gdzie kliny kostne się stykają, wsuwa się krótki sączek, resztę rany skórnej się zszywa.

Opatrunek listerowski.—Na opatrunek należy zastosować lekki opatrunek gipsowy, lub odpowiednią szynę.

Gdyby oprócz stopy szpotawej równocześnie istniał także pes equinus, to przedewszystkiem wykonać należy przecięcie ścięgna Achillesa, aby można dokładnie ocenić, jakiej wielkości kliny wyciąć należy.

R. za główną zaletę swojej metody uważa to, że zranienie jest stosunkowo nieznaczne, a poprawienie wadliwego ustawienia stopy zupełne.

W porównaniu z metodą podaną przez LUNDA, polegającą na wyluszczeniu kości skokowej, a zalecaną przez RIED'A i RUPPRECHT'A, metoda RYDYGIERA ma tę wyższość, że przy niej unika się otwarcia stawu golenio-stopowego. Prócz tego przy metodzie LUNDA nieuniknionem jest skrócenie kończyny, co przy operowaniu

na jednej tylko kończynie, nie jest rzeczą zbyt przyjemną.

Przy metodzie HUETERA, w przypadkach wysoko posuniętej stopy szpotawej, zupełne poprawienie położenia jest niemożliwe, — a oprócz tego nie można osiągnąć poprawy wadliwego ustawienia pięty, gdy tymczasem przy metodzie RYDYGIER'A, daje się to łatwo uskutecznić.

Okoliczność to bardzo ważna, gdyż pozwala na natychmiastowe należyte ustawienie stopy i uprzedza recydywy.

Na zakończenie R. podaje historycję choroby 11-to-letniego chłopczyka z prawą stopą szpotawą; cierpienie wysoko rozwinięte. Dziecko operowane było podług opisaney metody. Do zupełnego zagojenia założono tylko trzy opatrunki listerowskie. W 4 tygodnie po operacji chory chodził już dobrze w opatrunku gipsowym.

R. podaje także dwa rysunki odlewów gipsowych, zdjętych przed i po operacji, z których się okazuje świetny jój rezultat.

Dinte.

131. SCHUSTER. **Rak obu jajników. Obustronna owariotomija, rezekcyjja 12 centymetrów kiszki i pęcherza moczowego. Wyzdrowienie.** Wypadek z kliniki prof. Billrotha. (*Wien. Med. Woch. Nr 2 i 3, 1883 r.*)

Podajemy streszczenie z opisu tego przypadku, ze względu na rzadkość pomyślnego zejścia przy tak olbrzymim urazie operacyjnym. Rezultat taki należy przypisać jedynie konsekwentnemu przeprowadzeniu zasad chirurgii przeciwnilnej.

W październiku r. z., na klinikę prof. Billrotha, wstąpiła chora 29 lat mająca, ze znacznym guzem w jamie brzusznej; przypuszczalne rozpoznanie brzmiało: nowotwór obu jajników z licznymi przyrostami do sąsiednich organów. Z powodu coraz bardziej rozwijającego się charłactwa przystąpiono do laparotomii. Głęboka narkoza, ścisłe środki przeciwnilne, z wyjątkiem spray'u. Cięcie na linii środkowej od pęp-

ka do wzgórka łonowego. Po podwiązaniu naczyń przecięto otrzewną, wyciekło cokolwiek płynu z jamy brzusznej. Wgłębi przedstawia się guz dość znacznych rozmiarów, twardy, o powierzchni nierównej. Cięcie powłok brzusznych przedłużono o 3 ctr. powyżej pępka. Po oddzieleniu kilku dość znacznych przyrostów do przedniej ściany brzucha, znaleziono silny bardzo przyrost do górnej części powierzchni tylnej pęcherza. Ze względu na prawdopodobne zranienie pęcherza przy oddzielaniu guza, a co ważniejsza ze względu na nieulegającą już wątpliwości, złośliwość nowotworu, prof. Billroth zdecydował się na rezekcyjję tej części ściany pęcherza, która ściśle była połączoną z nowotworem. Pęcherz, po wypuszczeniu moczu, wyciągnięto na zewnątrz z jamy brzusznej i nożyczkami wycięto z tylnej ściany część eliptyczną mającą 3 ctr. długości, a 2 ctr. szerokości. Ranę zaszyto za pomocą 6 cienkich szwów jedwabnych podobnych do szwu kiszkowego LEMBERT'A. Krwotok był nieznaczny, i zatrzymał się natychmiast po nałożeniu szwów. Teraz gdy nowotwór z jamy brzusznej wyciągnąć chciano, zauważono przy guzie większym, wychodzącym z lewego jajnika pętlicę kiszki cienkiej, silnie przyrośniętą do tylnej jego powierzchni. Z tych samych co i wyżej powodów zdecydowano się na rezekcyjję kiszki. W tym celu kreskę, w miejscu odpowiadającem części, którą wyciąć chciano, podwiązano w pięciu punktach podwójnymi ligaturami i między ligaturami przecięto. Przy końcach tej części kiszki, która zostać miała przy guzie, nałożono dwie grube ligatury jedwabne, i na zewnątrz od nich kışkę przecięto, końce odcięte asystenci uciskali palcami aż do nałożenia szwów. Przy kreskowej części kiszki, nałożono 5 szwów wewnętrznych WÖFLER'A, a na pozostałą część obwodu 9 szwów LEMBERT'A.

Długość wyciętej części kiszki wynosiła 12 ctr.

Teraz guz okazał się wolnym—był tyl-

ko jeszcze przyrośniętym do guza wychodzącego z jajnika prawego. Nóżkę guza podwiązano dwoma ligaturami i pomiędzy nimi przecięto za pomocą żegadła PAQUELIN'A. Guz, wychodzący z prawego jajnika, oprócz zrostu z lewym guzem był wolnym, nóżkę jego tak samo przecięto jak nóżkę pierwszego guza, i razem oba guzy wyjęto. Ranę brzuszną zaszyto, drenów nie wprowadzano.

Opatrunek uciskający z gazy jodoformowej.

Operacja trwała 2 godziny.

Przebieg pooperacyjny nadzwyczaj pomyślny, bez gorączki, ani jakichkolwiek bądź innych powikłań. Na drugi dzień odeszły już wiatry, dziesiątego dnia wypróżnienie po lawatywie. Mocz z początku wypuszczano za pomocą kateteru NÉLATON'A, następnie odchodził sam. Rana zagoiła się per primam intentionem.

Po 24 dniach chora wstała z łóżka, a we dwa dni później opuściła klinikę zupełnie zdrowa.

Oba nowotwory ważyły 2000 gramów. Badanie mikroskopowe wykazało, iż miano do czynienia cum carcinomate medullare.

Dinte.

132. Dr. V. URBANTSCHITSCH. —

O wprowadzaniu świeczek do trąbki Eustachijusza w chronicznych chorobach, głównie nieżytach, ucha średniego. (*Wiener medic. Presse* Nr. 1, 2 i 3, 1883).

Metoda wprowadzania świeczek do trąbki Eustachijusza, zalecana przez SAISY, BUONAFONTA i KRAMERA, dla rozpoznawania i leczenia chronicznych nieżytów ucha średniego, rzadko bywa przez dzisiejszych otjatrów stosowaną. U. bardzo często stosuje świeczki i uważa metodę tę za niezbędną tak dla rozpoznania jak i dla leczenia.

Ze zmian jakie znajdujemy w błonie bębenkowej, nie zawsze możemy mieć dokładne pojęcie o stanie ucha średniego, często bowiem spotykamy nieznaczne zmiany w błonie bębenkowej przy znac-

ném zajęciu ucha średniego i naodwrot. Zależy to głównie od umiejscowienia procesu kataralnego w uchu średnim; i tak może być zajęta cała jama bębenkowa oprócz błony, lub też proces kataralny ogranicza się li tylko do błony bębenkowej — bez zajęcia reszty ucha średniego. Jednym słowem autor twierdzi, iż z obrazu błony bębenkowej nie możemy wytworzyć sobie dokładnego pojęcia o całym procesie, trzeba się więc uciec do innych środków ułatwiających rozpoznanie. Wiadomo iż przy chronicznych nieżytach ucha średniego, bardzo często następuje zwężenie trąbki. Eustachijusza, (głównie w t. z. Isthmus), polegające na obrzmieniu części miękich. Rozpoznanie zwężenia jest nadzwyczaj ważnym, gdyż bardzo często znikają subiektywne objawy, towarzyszące chronicznemu nieżytowi ucha, jeżeli nam się uda usunąć takie zwężenie.

Dla tego to przy każdym nieżycie ucha powinniśmy zbadać trąbkę Eustachijusza. O stanie jej przekonywamy się przy wdmuchiwanu powietrza, określając jakąś siłę w danym razie byliśmy zmuszeni użyć, oraz wysłuchując szmery powstające przy tym rękoczynie. Jednakowoż dokładne pojęcie o świetle samego kanału trąbki i o miejscu, w którym jest zwężona, może nam dać li tylko sondowanie. — Autor miał sposobność wielokrotnie się przekonać, że w niektórych przypadkach, chociaż powietrze z łatwością przechodziło przez trąbkę Eustachijusza do jamy bębenkowej, wprowadzanie świeczek wykazywało zwężenie kanału w pewnym miejscu (najczęściej w isthmus tubae). Nie powinniśmy więc dopiero wtedy uciekać się do sondowania, kiedy powietrze zupełnie nie przechodzi przez trąbkę, — lecz *wprowadzać świeczki w każdym przypadku choroby ucha średniego, a szczególnie w chronicznych nieżytach nie powinniśmy tego rękoczynu nigdy zauważać, tak jak nie pomijamy nigdy badania błony bę-*

benkowej za pomocą zwierciadła. Autor nawet sądzi, iż sondowanie w wymienionych przypadkach chorobnych, może nam dać daleko ważniejsze wskazówki rozpoznawcze, niż badanie błony bębenkowej. Obie te metody nie pozwalają wprawdzie rozpoznać niektórych ważnych zmian w jamie bębenkowej, szczególnie zmian patologicznych w okolicy okienek błędnika, w każdym jednak razie badaniu za pomocą zgłębnika nie można odmówić bardzo ważnego znaczenia. Autor, oprócz ogólnie zalecanych elastycznych, stożkowato zakończonych świeczek, używa także francuzkich z zakończeniem główkowatym. Te ostatnie dają się łatwiej przeprowadzić przez zwężone miejsce i sprawiają daleko mniejszy ból choremu, przy tym miejsce zwężone łatwiej się daje wyczuć. Musimy posiadać świeczki różnej grubości, zależnie od światła trąbki Eustachijusza, które w chorobach ucha średniego bywa nadzwyczaj zmienne. Dzielimy świeczki podług podziałki CHARRIERA w następujący sposób: Nr. 1 oznaczamy świeczkę $\frac{1}{3}$ mm. grubości, Nr. 2— $\frac{2}{3}$ mm, Nr. 3— $\frac{3}{3}$ mm., Nr. 4— $\frac{1}{3}$ mm. Grubszych świeczek jak $\frac{1}{3}$ mm. zwykle nie potrzeba, gdyż przecięciowo normalny Isthmus tubae wynosi $1\frac{1}{2}$ mm. Okazuje się czasami potrzeba świeczek pośrednich, których grubość nie wynosi różnicy o cały numer, a jest mniejszą (Nr. $1\frac{1}{2}$, $2\frac{1}{3}$, $3\frac{1}{2}$), w niektórych nawet przypadkach może się okazać potrzebnym Nr. $\frac{1}{2}$ ($\frac{1}{6}$ mm.)

Sposób wprowadzania świeczek jest następujący: wprowadzamy kateter nosowy do trąbki Eustach., przekonywamy się o właściwym położeniu kateteru przez wdmuchnięcie powietrza i w końcu przesuwamy świeczkę przez kateter do trąbki. Bierze się z początku najcieńszy numer świeczki i przechodzi się stopniowo do grubszych, aż do tej grubości, przy której główkowate zakończenie świeczki bez wielkiego oporu da się przesunąć przez zwężone miejsce trąbki. Najczęściej zwężenie znajduje się w okolicy isthmus, dostatecz-

nem więc jest przesunąć świeczkę cokolwiek po za isthmus, co się daje łatwo wyczuć ręką, gdyż świeczka przewyciężywszy przeszkodę, raptownie naprzód się posuwa. Uważać przytem trzeba, aby nie użyć zbyt wielkiej siły dla zniesienia oporu, gdyż świeczka mogłaby za daleko zejść do jamy bębenkowej i osiągnąć kosteczek słuchowych, lub też błony bębenkowej.

Autor przekonał się, iż w różnorodnych chorobach ucha średniego, zwykle zwężonem miejscu jest Isthmus tubae; — musimy więc zawsze świeczkę aż tam przeprowadzić. — Odległość Isthmus od wejścia do trąbki Eustachijusza, wynosi od 2—3 ctm., czasami tylko bywa większą od 3 ctm., świeczka więc musi być wprowadzoną na taką długość do trąbki Eustachijusza. — Dla oznaczenia jak daleko weszła do trąbki, wprowadza się świeczkę do kateteru (przed wprowadzeniem do nosa) i oznacza się na jej końcu dolnym, wystającym po za kateter, długość odpowiadającą długości kateteru. — Od tego znaczku robi się podziałkę w centymetrach, (4 ctm.) na części dolnej świeczki; i w taki sposób można widzieć jak daleko świeczka weszła do trąbki po za znaczek. Podziałkę taką można robić na samej świeczce, lub też, jak autor to robi — na rurce gumowej, nasadzonej na świeczkę. Rurkę dzieli U. na $3\frac{1}{2}$ ctm. i przesuwają ją razem ze świeczką przez kateter, w miarę wnikania świeczki do trąbki Eustachijusza.

Ponieważ światło kateteru zwykle bywa za małym, aby można swobodnie przesunąć świeczkę wraz z rurką gumową, używa U. nasadki z rurki kauczukowej, którą nasadza na kateter (stanowi ona jakby jego przedłużenie). Takie przedłużenie kateteru jest bardzo wygodne dla chorego i przy przedmuchiowaniu powietrza, unika się bowiem przez to przykrego uczucia przy nasadzaniu i odejmowaniu balonu. Rurka gumowa, z podziałką, przy

stosowaniu świeczek jest bardzo praktyczną, gdyż ułatwia przesuwanie podziałki, przy kateterach różnej długości i przytem chroni świeczkę od zniszczenia przy częstem użyciu.

Że świeczka znajduje się we właściwym położeniu, możemy wnosić:

1) jeżeli kateter podczas wprowadzania świeczki, nie zmienia swego położenia. Jeżeli zaś porusza się ku górze, lub też ku dołowi, możemy przypuszczać, że świeczka weszła w fałszywym kierunku.

2) jeżeli po wprowadzeniu świeczki, kateter bez podtrzymywania utrzymuje się w nadanem położeniu li tylko przez samą świeczkę, bez pomocy ręki lub uciskacza nosa.

3) jeżeli przy ruchach połykowych świeczka nie zmienia położenia; ponieważ wprowadzona do Isthmus, nie ulega wpływowi mięśni trąbko-gardzielowych.

4) jeżeli po wyjęciu świeczka ma kształt litery S, odpowiadający przebiegowi kanału trąbki Eustachijusza.

Przeciwnie zaś, skrzywienie świeczki ku górze, lub też ku dołowi, lub też zagięcie blisko zakończenia świeczki, przemawiają za tém, że świeczka nie znajdowała się w kanale trąbki Eustachijusza.

Subiektywne objawy, przy prawidłowém położeniu świeczki, są następujące:

1) Uczucie drapania lub też klucia w okolicy krtani, które coraz wyżej postępuje ku górze im dalej świeczka wchodzi do kanału trąbki. U niektórych osób wprowadzenie świeczek wywołuje ból zębów, ból w szczęce górnej i dolnej. W chwili, kiedy świeczka wchodzi do isthmus powstaje zwykle silne klucie w uchu. Jeżeli przy wprowadzeniu świeczki chory skarży się na drapanie w gardle, to można przypuszczać, że świeczka skierowała się ku dołowi, a więc nie znajduje się w trąbce Eustachijusza.

W ostatnim przypadku i połykanie staje się bolesnem, co przy prawidłowém położeniu świeczki nie może mieć miejsca.

2) świeczka znajdująca się w isthmus

wywołuje, szczególnie w pierwszych dniach, uczucie naprężenia w uchu. Przy wyjmowaniu świeczki zdaje się chorym jakby z wnętrza ucha coś ze świeczką zostało wyciągniętem. (To uczucie wcale nie jest bolesne).

3) przy przechodzeniu świeczki przez zwężoną trąbkę powstaje prawie zawsze trzeszczący szmer, który obiektywnie daje się skonstatować za pomocą otoskopu. Szmer ten podobny do szmeru powstającego przy klonicznym kurczu mięśni trąbko-podniebienio-gardzielowych powstaje jak i te ostatnie w skutek unoszenia ścian trąbki Eustachijusza. Po części powstaje prawdopodobnie i przez tarcie, jakie wywiera świeczka na ściany trąbki. Co do leczniczego stosowania świeczek, U. sądzi, iż powinny one być używane nie tylko przy zwężeniach chrzęstnej i kostnej części trąbki Eustachijusza, lecz i we wszystkich przypadkach chronicznych chorób ucha średniego, w których oprócz przytępionego słuchu i subiektywnego uczucia szumu, światło isthmus trąbki nie dochodzi $1\frac{1}{2}$ — $\frac{1}{3}$ mm. Rozszerzanie za pomocą świeczki tem bardziej będzie wskazaniem, im mniej światło isthmus zbliża się do normalnego, tj.: do $1\frac{1}{2}$ mm., i im silniejszą będzie głuchota i subiektywne nieprawidłowe uczucia. Powinniśmy się jednym słowem kierować temi samemi zasadami, jak przy zwężeniach innych kanałów, dla podobnych rękoczynów dostępnych.

Nowoczesna szkoła otjatrów bardzo ograniczyła wskazania dla wprowadzania świeczek do trąbki Eustachijusza, autor sądzi jednak, że metoda ta powinna znaleźć szerokie zastosowanie przy nieżytach ucha średniego.

U. nie zadawalnia się nigdy badaniem błony bębenkowej, lecz w każdym przypadku wprowadza świeczkę w celach rozpoznawczych. Jeżeli słuch jest przytępiony i chory skarży się na nieprawidłowe uczucia, przytem świeczka $1\frac{1}{3}$ mm. grubości z trudnością lub też

wcale nie wchodzi do części kostnej trąbki Eustachijusza, wtedy autor uważa rozszerzenie kanału trąbki za konieczne. Z początku używa U. świeczkę takiej grubości, która może pozostawać w miejscu zwężonem bez bólu dla chorego. Długość posiedzenia zależy od wrażliwości chorego i trwa od 1—5 minut.

Jeżeli ból, podczas znajdowania się świeczki w trąbce nie ustaje, a nawet się wzmacnia, to świeczka musi być usunięta. Pierwsze posiedzenia zwykle wywołują silniejszą reakcję, następne zaś już nie robią prawie żadnego przykrego wrażenia. Częstokroć wprowadzanie zależy od wrażliwości chorych. Widział także autor takich chorych, u których z początku wprowadzenie świeczek spowodowało znakomitą poprawę, po dłuższem jednak stosowaniu występował szum w uszach i t. p. przykre komplikacje, co go zmuszało zaniechać wprowadzania świeczek. Jeżeli świeczka pewnej grubości daje się z łatwością przeprowadzić, wtedy bierze się coraz wyższe numery aż w końcu i świeczki $1\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ z łatwością przechodzą przez isthmus tubae. Zwraca jednak U. uwagę, iż taki rezultat nie zawsze daje się osiągnąć w przeciągu jednego kursu leczenia, (zwykle 4 tygodnie), i że potrzeba po upływie pewnego czasu powtarzać takie kursa leczenia.

Po każdym wprowadzeniu świeczki do trąbki Eustachijusza, stosuje autor wdmuchiwanie powietrza do ucha średniego; tylko w przypadkach w których wdmuchiwanie powiększa szumy, ogranicza się samem wprowadzeniem świeczki. Zwykle autor otrzymywał polepszenie słuchu i zmniejszenie szumu; — jeśliby się subiektywne uczucie szumu w uszach powiększało, powinniśmy zaprzestać wprowadzania świeczki. W jednym przypadku, w którym świeczki znacznie poprawiły słuch chorego, lecz powiększyły szum w uchu, udało się autorowi zmniejszyć go przy pomocy stałych i przerywanych strumieni elektrycznych. Inne ob-

jawy, jak ból w uchu lub rękach, znikają najczęściej podczas znajdowania się świeczki w trąbce, lub też nie długo trwają, czasami jednak trwają po kilka godzin i zmuszają nas do zaniechania dalszego leczenia. Przy wprowadzaniu świeczki może się powiększyć wydzielina śliny lub też, jak u jednej pacjentki autora, pojawić się czkawka, która trwała parę godzin. Czasami wprowadzenie świeczek dobrze wpływa na różne nerwice. U. widział przypadki gdzie wprowadzenie świeczki usuwało migrenę i rwę nerwu trójdzielnego.

Przy wprowadzaniu świeczki do trąbki Eustachijusza, można zranić błonę śluzową, a wdmuchiwanie następnie powietrze może się dostać pod błonę śluzową i wywołać rozedmę.

Można temu zapobiedz przez ostrożne wprowadzanie świeczek, a jeśli koniec świeczki pokryje się krwią, trzeba zaniechać wdmuchiwania powietrza.

Należy się bardzo wystrzegać, aby nie przenosić zapomocą świeczek zarazków, konieczną więc jest rzeczą staranna dezynfekcja. Autor w tym celu zanurza świeczki w 5% roztworze sublimatu, w którym pozostają przez kilka minut, następnie obmywa je w czystej wodzie i suszy. Najlepiej jednak byłoby aby każdy chory posiadał własną świeczkę.

Co do terapeutycznego znaczenia wprowadzania świeczek do trąbki Eust., autor przyznaje, iż wyleczenie (tak jak i przy innych sposobach leczenia), nie zawsze jest pewnem. Że jednak daje się osiągnąć znakomite rezultaty, o tem wątpić nie można i U. jest przekonany, że rezultaty w każdym razie będą lepsze od tych, jakie się otrzymuje przy stosowaniu wdmuchiwań powietrza, bez lub za pomocą kateteru. Autor widział przypadki długotrwałego przytępienia słuchu i szumu w uszach, w których po kilkakrotnem wprowadzeniu świeczki, objawy te zupełnie znikły, gdy tymczasem wdmuchiwanie powietrza pozostawały bez najmniejszego skutku.

Czasami kombinacja tych dwóch sposobów daje doskonale wyniki, co się tłumaczy po prostu tem, że po zastosowaniu świeczki, powietrze daleko łatwiej przechodzi przez trąbkę. W innych razach wprowadzanie świeczek bez następczego wdmuchiwanie powietrza, okazuje się skuteczniejszym, daleko prędzej znika szum w uszach i słuch się poprawia. Takie przypadki upoważniają nas do tego, iż powinniśmy uważać *wprowadzanie świeczek za oddzielną metodę leczenia*, gdyż polepszenie nie zależy od następczego wdmuchiwanie powietrza do ucha średniego, a li tylko od stosowania świeczek.

Wprowadzanie świeczek do isthmus tubae, wywiera oprócz tego jeszcze i inny wpływ na organ słuchu. Autor zauważył, iż u wielu chorych podczas wprowadzania świeczek znikały subiektywne nieprawidłowe uczucia, i że słuch się poprawiał. W takich przypadkach nie można przypuszczać aby świeczka dodatnio wpływała na położenie organów w przewodzie słuchowym, często bowiem następowała poprawa słuchu po stosowaniu świeczek przy zwknięciu w stawie pomiędzy kowadełkiem i strzemiem, a więc w przypadkach, w których reszta aparatu słuchowego nie wywiera żadnego wpływu na oba okienka błędnika. Autor dowiódł, (Archiv. Pflügera), że świeczki wprowadzone do trąbki Eustachijusza, działają na zmysł słuchu drogą odruchową przez gałązki nerwu trójdzielnego, a głównie przez nerwy idące do trąbki Eustachijusza. Że jestto rzeczywiście oddziaływanie na ośrodki słuchowe drogą odruchową, dowodzą tego przypadki, w których po jednorazowym wprowadzeniu świeczki, zmniejszają się nieprawidłowe uczucia słuchowe i słuch się poprawia, zanim jeszcze trąbka Eustachijusza została rozszerzoną. O ile poprawa słuchu przy stopniowym rozszerzaniu trąbki Eust., zależy od miejscowego działania świeczki, lub też od działania drogą odruchową, tego nie możemy dokładnie rozróżnić.

W każdym razie nie ulega najmniejszej wątpliwości, że słuch się przy tém poprawić może. Doświadczenia autora dowiodły, że i inne zmysły, szczególnież zaś wzrok, poprawiają się przy stosowaniu świeczek, jeżeli niezżytowe obrzmienie błony śluzowej jamy bębenkowej i trąbki Eustachijusza ustępuje. U. przyjmuje przytem następujący związek nerwowy: niezżytowe obrzmienie błony śluzowej ucha średniego działa na gałązki nerwu trójdzielnego i przez to drogą zwrotną na ośrodki czuciowe; kiedy zaś obrzmienie znika, wpływ na ośrodki w tym samym stosunku się zmniejsza.

Co się tyczy specjalnie zmysłu słuchu, choroby ucha średniego mogą nań oddziaływać albo przez zmiany, jakie wywołują w samym organie, (jako aparacie) lub też drogą odruchową. Wprowadzenie świeczek do trąbki Eustachijusza działa zatem nietylko jako środek miejscowy, ale i drogą odruchową na ośrodki.

Odruchowe to działanie nie ogranicza się do strony podlegającej leczeniu, lecz wywiera wpływ i na drugą stronę, tak, że przy wprowadzeniu świeczki do prawej trąbki Eustachijusza, słuch poprawia się nietylko w prawem uchu, lecz i w lewem. Z tego wynika, że przy leczeniu uszu wywiera się podwójny wpływ na każde ucho, Autor obserwował chorego z silnem nieprawidłowem uczuciem w prawem uchu. głuchotą na mowę; przewodnictwo kostne dźwięków kamertonu było też zniesione. U. wprowadzał u tego chorego świeczki do trąbki Eustach., lewego ucha i po upływie kilku tygodni szumy w prawem uchu zupełnie prawie znikły. Przytem, przy każdym wprowadzeniu świeczki do lewego ucha, — nieprawidłowe uczucie znacznej ulegało zmianie w prawem uchu, w chwili kiedy świeczka wchodziła do isthmus lewej trąbki. Takie skrzyżowane działanie na drodze odruchowej, nie zawsze bywa pożądanem, czasem nawet szkodliwem. W ostatnich czasach obserwował U. chorą, u której po każdym

wprowadzeniu świeczki do prawego ucha, pojawiało się silne nieprawidłowe uczucie w lewém. — Szumy trwały przez kilka godzin, nawet po usunięciu świeczki i potęgowały się przy wprowadzeniu świeczki do lewego ucha. Jednocześnie mowa gorzej była słyszana lewém uchem; — tak, że autor zmuszony był zaniechać wprowadzania świeczek do prawego ucha, jedynie przez wzgląd na lewe, i dopiero przez zastosowanie elektryczności, udało się autorowi znieść szumy, powstałe drogą odruchową. — Takie spostrzeżenia bardzo są ważne, i w razie powstawania podobnych objawów powinniśmy zaniechać dalszego stosowania świeczek, lub też stosować je bardzo ostrożnie. Najczęściej jednak wpływ świeczek jest znakomity i to nie tylko w chronicznych nieżytach ucha średniego, lecz nawet i przy ropnych zapaleniach jamy bębenkowej z przedziurawieniem błony. W tych ostatnich przypadkach, wprowadzanie świeczek może słuch znakomicie poprawić, jeżeli proces jest powikłany zwięzieniem trąbki Eustachjusza.

Guranowski.

133. LANDSBERG (z Filadelfii). **O zastosowaniu jodoformu w chorobach ocznych.** (*Centralblatt f. pract. Augenhkld. Jena.* 1883).

L. wypróbował lecznicze własności jodoformu w ciągu ostatnich 4-let, w 1364 przypadkach chorób ocznych. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem dwóch, jodoform używany był miejscowo:

1) in substantia, jako proszek do posypywania; 2) w maści z kosmoliną (10 : 15), 3) w collodium (ten sam stosunek); 4) zawieszony w wodzie za pomocą białka; 5) z parą wodną, za pomocą rozpylającego przyrządu, nakoniec 6) jako roztwór 5% w acidum oleicum.

Ostatnią formę, jako najlepiej znoszącą właściwy zapach jodoformu, używał później autor zamiast maści z kosmoliną i jodoformu z collodium.

Jodoform wewnątrz w formie pigulek,

(po 2 gr. 4—razy dziennie), w połączeniu z wcieraniem maści jodoformowej (1:18) w czoło, skronie, boczne części klatki piersiowej i t. d., używany był w dwóch przypadkach cierpienia nerwu wzrokowego i siatkówki, które powstało po znacznej utracie krwi: Neuro-retinitis descendens post abortum i Papilloretinitis post phlebotomiam, w pierwszym z nich wyleczenie nastąpiło po użyciu 2 grm. maści jodoformowej, w drugim zaś uratowano jedno tylko oko.

W ogóle łącznica znosi dobrze miejscowe użycie jodoformu, jeżeli ten ostatni jest doskonale roztarty; w przeciwnym razie wywołuje on powstawanie drobnych ropni w łącznicy (to przyp.), lub nadbrzeżnych zapalnych nacieczeń rogówki, (7 przyp.); zresztą napotyka się czasami na miejscową idiosynkrazyję przeciw użyciu jodoformu pod jakąbądź postacią (7 przyp.) Bez względu na szkodliwym okazało się użycie jodoformu w 63 przypadkach nieżytego zapalenia łącznicy, w 21 przyp. zapalenia ziarninowego i we wszystkich przypadkach zapalenia śluzotokowego (13), ropnego (1), i w śluzotoku noworodków (7). Nieszkodliwym, lecz bezskutecznym okazało się działanie jodoformu w 47 przyp. nieżyty łącznicy, w 9 przyp. zapalenia ziarninowego i w 23 przyp. śluzotoku worka łzowego.

We wszystkich wyżej wymienionych formach zapalenia łącznicy, jodoform używany był in substantia, jako posypywanie, w śluzotoku zaś worka łzowego zawieszony w wodzie (11 cz. białka na 50—100 wody); w 15 przyp. tego ostatniego cierpienia, w których oprócz jodoformu używane było sondowanie, rezultat okazał się ten sam, jaki otrzymywano przy sondowaniu wraz z zastrzykiwaniem ściągających roztworów.

Dobrze działającym okazał się jodoform:

A). W cierpieniach powiek, mianowicie: przy ranach, exkorjacyjach, erytheme, exanthema i eczema, blepharitis mar-

ginalis, simplex i blepharitis eczematosa ulcerosa.

Przy powierzchownych ranach i exkoryacjach "powiek, L. pokrywa je cienką warstwą chemicznie czystej waty, (absorbent coton) i następnie jodoformem w collodjum (37 przyp.).

Przy erythema, exanthema i eczema powiek, stosował autor głównie roztwór jodoformu w acid. oleicum, jako smarowanie pędzelkiem, kilka razy dziennie (180 przyp.); przy pierwotnej eczema powiek, działa jednakże lepiej maść z białym precipitatem (25 przyp.).

Przy blepharitis marginalis simplex i ulcerosa działa jodoform tak samo jak olejan rtęci.

Wybornym w skutkach okazał się jodoform użyty jako środek opatrunkowy:

1) w jednym przypadku caries i necrosis dolnej ściany lewego oczodołu:—wyleczenie w ciągu 3-ch tygodni, po wyjęciu końca noża tkwiącego w kości.

2) w jednym przyp. wilka powiek i łącnicy:—wyskrobywanie guziczków z następnym posypywaniem jodoformem.

3) przy 5-ciu operacjach na powiekach i łącnicy (ectropium, symblepharon, carcinoma).

B). Dobrze działa jodoform także przy zapaleniu łącnicy: pęcherzykowém i pryszczkowém (125 przyp.).

C). Dalej w 185 przyp. zapalenia rogówki: pęcherzykowego, nadbrzeźnego i pęczkowego; w 75 przyp. powierzchownych zapalnych nacieczeń rogówki w ostatnim okresie choroby; w 200 przyp. zmętnień rogówki i w 5-ciu przyp. opryszczków (herpes) rogówki.

W 37 przyp. otrętwiałych, zapalnych nacieczeń rogówki i w 60 przyp. łuszczeni rogówki, szczególnie połączonych z bliznowém przerodzeniem łącnicy, — jodoform działał lepiej aniżeli wszystkie inne dotychczas używane środki.

Szczególłą uwagę zwraca autor na 3 przypadki xerophthalmiae, w których po kilkunastomiesięcznym użyciu jodoformu

(w formie olejanu, lub przy pomocy parownika), wzrok zredukowany początkowo prawie tylko do uczucia światła, polepszył się znakomicie (V do $15/200$), a uczucie suchości w oczach znikło prawie zupełnie. Dobrze także działał jodoform w 75 przypadkach powierzchownych obrażeń rogówki i w jednym przypadku cierpienia rogówki przy półpaścu ocznym.

Nakoniec w 15 przyp. rozlanego zapalenia i w 8 przypadkach głębokiego zapalnego nacieczenia rogówki (z zebraniem ropy w przedniej komórce, lub bez takowego)—jodoform używany był bez skutku; w 3 przyp. tego ostatniego cierpienia wystąpiło nawet pogorszenie.

Jan Przybylski.

III Akuszeryja i Pediatria.

134. FISCHEL.— **Przyczynę do leczenia zakażeń połogowych.** (*Zur Therapie der puerperalen Sepsis — Arch. f. Gynäk. Bd. XX. H. I.*)

Od czasu jak się ustaliło przekonanie, że gorączka połogowa jest następstwem zakażenia krwi, którego źródła szukać należy w procesach rozkładowych, odbywających się w organach płciowych kobiety po porodzie, zaczęto zwracać bacniejszą uwagę na leczenie miejscowe. Celem takiego leczenia było ubezwładnienie zarazków in loco t. j.: niedopuszczenie zakażenia ogólnego, środkiem zaś — postępowanie zgodne z zasadami chirurgii przeciwnilnej. Dla tego to zaczęto stosować przestrzykiwania jamy macicy rozczywnymi różnymi środkami, wprowadzano do wnętrza macicy sączki dla ułatwienia odpływu wydzieliny, uciekano się do tak zwanych ciągłych przestrzykiwań, (permanente Irrigationen) i t. d. Jednakże postępowaniem takim nie we wszystkich wypadkach pożądanego osiągnięto rezultaty, co autor tłumaczy tem, że jedne i te same środki stosowano we wszystkich bez różnicy formach zakażenia połogowego, że jednym słowem nie starano się o do-

kładne wskazania dla każdego pojedynczego przypadku. Zarazek może się dostać do ustroju i wywołać gorączkę położową tak dobrze przez rany znajdujące się w macicy, jak i przez ranki pochwy i sromu, czasami zupełnie nieznaczne. Przy tem zarazek dostaje się albo do wydzieliny narządów płciowych, w niej się rozmnaża i dopiero wtórnie powoduje zakażenie ogólne, lub też dostaje się wprost na ranę już istniejącą, albo świeżo przy badaniu lub operacji wytworzoną. — Stosownie do tego i leczenie powinno mieć podwójne zadanie, t. j.: powinno 1-o uczynić zakażone już rany nieszkodliwymi, 2-o starać się o wydalenie i zdezynfekowanie wydzieliny.

Dla zadość uczynienia pierwszemu z wyżej podanych wskazań, F. zaleca: kamforę, nadmanganian potasu, chlorek cynku i nalewkę jodową. Kamfory używa F. 1 część na 10 cz. mucilaginis dla pędzlowania, szczególnie przy otłoczninach. Pędzlowania przedstawiają tę niedogodność, że muszą być często powtarzane, dla tego też autor zastąpił je pędzlowaniami nalewką jodową, która jest niezaprzeczeniem silnym środkiem przeciwniepalnym, wywołuje odczynowe zapalenie i szybki rozrost granulacji, które stawiają tamę dalszemu zakażeniu. Na klinice Breisky'ego od czasu wprowadzenia pędzlowań nalewką jodową, parametritis stało się rzadkością. Jedyne może ujemną stronę pędzlowań nalewką jodową upatrywać by można w krótko trwałym bólu występującym po pędzlowaniu, za to korzyści są tak kolosalne, że z tą drobną niedogodnością wcale się rachować nie powinniśmy.

W celu wypełnienia drugiego zadania t. j.: wydalenia i zdezynfekowania wydzieliny, używamy *przeciwogniwnych przepłukiwań jednorazowych lub ciągłych*. Co się tyczy *pierwszych*, koncentracja płynu musi być większa, spadek też wody dość znaczny, wtedy bowiem jama macicy się rozciąga, fałdy błony śluzowej wygladzają,

i wydzielina może być dokładnie wydalona. Dezynfekcyjny wpływ przepłukiwań na zranione części powierzchni macicy jest dosyć słaby, i może się objawić tylko wtedy, gdy zarazek nie przeniknął jeszcze wgląb tkanek, to jest zaraz po porodzie. Dla tego też autor radzi zaraz po ukończeniu porodu wykonać przepłukiwanie rozczynelem kwasu karbolowego (5%), sublimatu etc. — Zwykle po jednej już irrygacji następuje obniżenie ciepłoty i pulsu. Jeśli przestrzykiwanie robiono u choréj, której macica była wypełnioną skrzepami i resztkami łożyska, a gorączka utrzymuje się po przepłukaniu, to dowodzi, że jeszcze przed zastosowaniem irrygacji nastąpiło wessanie większej ilości materij zakaźnych; dalsze przepłukiwania żadnego już wpływu na przebieg gorączki mieć nie będą. Dla tego też F. radzi wykonywać przepłukiwanie raz tylko i to jak najprędzej po porodzie, nie widzi zaś żadnego wskazania do powtarzania takowych, chyba, że po pierwszej irrygacji w jamie macicy pozostały kawałki gnijących skrzepów i tkanek.

Przy *przepłukiwaniach ciągłych* koncentracja płynu powinna być słabsza, i spadek nie tak silny, dla tego też autor przekłada irrygacje jednorazowe nad ciągłe, uznaje jednak, że i te ostatnie wpływają dodatnio na miejsce zastosowania, splukując ciągle wydzielinę i utrzymując je w stanie dezynfekcji. Oprócz tego F. przypisuje irrygacyjom ciągłym działanie przeciwgorączkowe, na dowód czego przytacza przypadek w którym chora zaraz po porodzie zapadła na ospę, a stosowane przepłukiwania ciągłe, znakomicie wpłynęły na obniżenie ciepłoty.

Niebezpieczeństwo wewnątrz-maciczych irrygacyj polega na możliwości dostania się powietrza do żył, przejścia płynu zastrzykiwanego przez jajowody do jamy brzusznej, zranienia samej macicy i nakoniec na możliwości przeniesienia zarazka z pochwy do macicy. Co do dwóch pierwszych, to te mogą być następstwem

zaniedbania ważnych ostrożności, niezbędnych przy wykonywaniu przepłukiwań wewnątrzmacicznych. Co się tyczy możliwości zranienia macicy, to F. przytacza obserwowany przez się przypadek, w którym podczas przepłukiwania, chora dostała napadu kaszlu, rezultatem czego było zranienie macicy, poczem wystąpiły drgawki, a w 8-m dni chora zmarła. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono ropień wielkości orzecha około ujścia jajowodu. Dla tego też F. radzi wprowadzać kankę pod osłonę palca, który powinien utrzymywać ją podczas trwania przepłukiwań.

Głównem jednak niebezpieczeństwem irrygacyj wewnątrzmacicznych jest możliwość zarażenia zdrowej jeszcze macicy wydzieliną pochwy, co jest tem łatwiejsze, iż przy wprowadzeniu kanki, trudno uniknąć chociażby powierzchownego zranienia delikatnej błony doczesnej. Płyn wstrzykiwany chociaż jest przeciwnym, nie jest jednak w stanie zupełnie ubezwładnić zarazków, które by się tą drogą dostały, — gdyż koncentracja musiała by być daleko większą. Aby uniknąć tego niebezpieczeństwa, F. radzi każde przepłukiwanie wewnątrz maciczne poprzedzić dokładnem zdezynfekowaniem pochwy i sromu, do czego używa 5% roztworu kwasu karbolowego, następnie każdą ranę krocza, sromu i pochwy dokładnie obmywa i pędzluje nalewką jodową i wtedy dopiero wykonywa przepłukiwanie (na jedną irrygację wystarcza 2—6 litrów płynu). Irrygacja przedsięwzięta z takimi ostrożnościami nigdy nie może się stać szkodliwą, jeśli jednak pierwsza pozostała bez skutku, to i od późniejszych żadnej już korzyści oczekiwać nie można. — Ważną jest rzeczą rozpoznanie miejsca zakażenia, t. j.: czy zarazek dostał się przez części płciowe zewnętrzne, lub też przez wewnętrzną powierzchnię macicy. Rozstrzygnąć tu może tylko dokładne badanie.

Co mogą zdziałać przepłukiwania, przy

racyjonalnem ich stosowaniu, dowodzi klinika prof. BREISKY'EGO w Pradze, na której od roku 1880 śmiertelność wynosi 0,22%.

W. J. Tyrchowski.

135. Dr. J. H. REHN. **Osteomalacja u dzieci.** (*Ueber Osteomalacie im Kindesalter. Jahrb. f. Kind. XIX B. 24*).

Autor zaznacza, że osteomalacja u dzieci nie jest wcale tak rzadkiem cierpieniem jak to dotychczas przypuszczano, na dowód czego podaje opis pięciu przypadków tej choroby, z których tylko w dwóch nastąpiło zejście śmiertelne, a rozpoznanie stwierdzonem zostało po śmierci zwłaszcza w jednym przypadku, w którym kości były badane przez prof. von Recklinghausen'a.

Co do obrazu klinicznego osteomalacji, autor zauważył znaczny upadek odżywiania, bezsenność, dzieci stawały się bardzo niespokojne i niezmiernie wrażliwe na poruszanie. Charakterystycznym objawem przy zupełnie rozwiniętej już chorobie, jest niezwykła miękość i giętkość kości długich, przy czem cały szkielet bywa bardzo słabo rozwinięty i wątły, a rachitycznych obrzmień na granicy nasad kostnych, albo nie ma zupełnie, albo występują w bardzo nieznacznym stopniu.]

Że przy takim stanie kości zdarzają się często złamania, rozumie się samo przez się.

Kości przedramienia i goleni ulegają cierpieniu w wyższym stopniu, aniżeli kości ramieniowe i biodrowe. Biegunki w żadnym z opisanych przypadków nie było, śledziona była powiększoną tylko w trzech, gorączki nie było, obfite poty i silne pragnienie występowały zawsze. Przebieg przewlekły, z zejściem względnie pomyślnem, w dwóch bowiem tylko przypadkach nastąpiła śmierć, i to spowodowana przyłączeniem się zapalenia płuc i nieżytu oskrzeli. Za najbliższą przyczynę wywołującą to cierpienie, autor uważa pokarmy ubogie w kwas fosforowy i wapno. Dziedziczność nie była stwierdzoną.

Przy rozpoznaniu baczna należy zwracać uwagę na obecność przymiotu i różnicować ściśle procesy rozmiękczejące występujące przy przymiocie od osteomalacji nieprzymiotowej.

Od krzywicy odróżnia się osteomalacja brakiem obrzmień na granicy nasad kości, przytém ważnym znakiem rozpoznawczym jest ta okoliczność, że kończyny dolne przy osteomalacji, są zupełnie proste, przy krzywicy zaś obok wspomnianych obrzmień, występuje dosyć wczesnie wyraźne ich skrzywienie. Autor objaśnia brak skrzywień przy osteomalacji tém; że wskutek znacznego bólu, wszelkie ruchy są bardzo ograniczone (pseudoparalysis). Rokowanie względnie dobre.

Najgłówniejszem zadaniem terapii jest jak najszybsze poprawienie odżywiania, przy tém dobrze jest dawać wapno i że laz (kalk — eisen syrup.), dalej środki podniecające (wino — cognac). Należy ochraniać dzieci od złamań kości i dla tego, przy ubieraniu trzeba zachowywać jak największą ostrożność. Kąpieli lepiej całkowicie zaprzestać z uwagi na mocący rozwinać się nieżyt oskrzeli.

W. Mączewski.

IV. Dermatologija.

136. ПИСК. **O** użyciu opatrunku żelatynowego i miejscowem leczeniu wyprysku. (*Ueber den Arzneigelatineverband und die locale Behandlung des Ekzems Prager. Med. Wochensh. Nr. 6 1883 r.*).

Prof. ПИСК na posiedzeniu Tow. lekarzy niemieckich w Pradze, dnia 26 stycznia 1883 r., mówił o korzyściach z wprowadzenia w praktykę dermatologiczną swoich opatrunków żelatynowych. Metoda postępowania zależy na tém, iż do rozpuszczonej żelatyny dodaje się w odpowiednim stosunku środki lekarskie, jak: chrysarobinę, kwas pyrogalasyowy, naphtol, jodoform, kwasy: karbolowy, salicylowy i t. p., i taką miesza-

niną smaruje się pędzlem miejsca chorobą dotknięte.

Sposób ten zdaniem autora zastępuje w zupełności nieprzyjemne i niewygodne dotychczasowe smarowanie maściami, lub okładanie plastrami, co szczególnie jest niewygodne i mozolne przy chorobach występujących na znacznej przestrzeni powierzchni skóry, np.: przy łuszczycy (psoriasis), wyprysku (eczema). Wprowadzenie nowej metody usuwa zdaniem autora wszelkie dotychczasowe niedogodności, nie zmniejszając jednocześnie w niczem działaności środków leczniczych. Samo zastosowanie odbywa się w następujący sposób: po ciepłej mydlanej kąpieli, smaruje się skórę roztworem żelatyny z właściwym środkiem lekarskim, a po wyschnięciu lekko po wierzchu pociąga się gliceryną. Żelatyna wyschnąwszy tworzy na skórze cienką przezroczystą warstwę, pozwala więc wybornie śledzić cały proces gojenia się wyrzutów, bez poprzedniego odrywania, zmywania, ścierania, jak to ma miejsce przy zastosowaniu maści, lub plastrów. Zmiana opatrunku, początkowo skutecznia się trzy razy tygodniowo, następnie tylko dwa razy, co jest znowuż z korzyścią dla chorych, którzy dopełnić tego mogą bardzo łatwo; żelatyna rozpuszcza się doskonale w letniej wodzie, chory więc bierze kąpiel i zaraz po obtarciu i osuszeniu skóry ponownie smaruje miejsca chore mieszaniną żelatyny i leczniczego środka. — Powierzchnowe namaszczenie żelatyny gliceryną, jest niezbędne, mianowicie jeśli stosujemy opatrunek w okolicach stawów, gdyż zapobiega pękaniu żelatyny, tymczasem bez użycia gliceryny żelatyna z czasem pęka, skutkiem czego powstają bolesne rozpadliny. W większej jednak liczbie przypadków, jak to autor na przedstawionych chorych wykazał, ruchy pozostają zupełnie swobodne.

Z apteki nowy ten opatrunek wypisać można w następujący sposób:

Rp: Gelatinae albae siccae grm 50,
 aquae dest. grm 100.

Solve in balneo aquae et sub assidua
 agitatione adde:

Jodoformii, acid. carbolicum i t. p., (od-
 powiedni procent), miscellam sepono, re-
 frigeratum detur ad chartam ceratam.

Z tak przyrządzonego lekarstwa bierze
 się łyżeczkę od kawy, do próżnej filiżanki,
 tę ostatnią stawia się w ciepłą wodę, a po
 rozpuszczeniu smaruje się pędzlem miej-
 sca chore.

Drugą kwestyją jaką autor na temże
 posiedzeniu podniósł, było zastąpienie
 smoły (tak ważnej w praktyce), innym
 mniej przykrym, a również skutecznym
 środkiem.

Wspomniawszy, iż różne produkty de-
 stylacji smoły, jak resineon, resinein, jak
 nawet, ostatnio wprowadzony przez KA-
 POSSIEGO, naftol, albo nie odpowiadają
 celowi, lub też mają też same co i smoła
 niedogodności w użyciu, autor postawił
 sobie przedewszystkiem pytanie, na czém
 rzeczywiście polega owo skuteczne działa-
 nie przetworów smoły w chorobach skó-
 ry, a mianowicie w wyprysku (eczema).
 P. doszedł do przekonania, iż przede-
 wszystkim działają one jako doskonałe
 antiseptica, a powtórę, żywiczne części
 smoły, wysychając na powierzchni skóry,
 tworzą wyborną osłonę, pod którą odra-
 dza się prawidłowy naskórek; dla tego to
 właśnie nie otrzymujemy pożądanego
 skutku przy stosowaniu środków, które
 nie posiadają wszystkich części składo-
 wych smoły.

Użycie smoły wskazanem jest tylko
 w tych okresach wyprysku, w których
 skóra jest sucha (eczema papulatum et
 squamosum).

Autor proponuje następną metodę le-
 czenia.

Ponieważ dowiedziona jest rzeczą, iż
 jednym z najsilniejszych antyseptycznych
 środków, jest kwas salicylowy, na miejsca
 więc wilgotnym wypryskiem dotknięte,
 przykładają się początkowo plaster salicy-

lowy, a gdy po kilku, lub kilkunastu dniach
 następuje okres łuszczenia się (ecz. squamo-
 sum), autor zaleca użycie salicylowej że-
 latyny (10⁰/o). W razach gdy wyprysk jest
 w okresie grudkowatym lub łuszczynowym
 (ecz. papulatum et squamosum), odrazu
 używa się smarowania żelatyną salicylo-
 wą; tym sposobem unika się w zupełności
 użycia smoły i wszelkich połączonych z nią
 nieprzyjemności; nowy ten sposób lecze-
 nia popiera autor przedstawieniem cho-
 rych, dodając w końcu, iż użycie żelatyny
 karbolowej lub salicylowej, równie jak
 smoły, w zupełności usuwa swędzenie
 skóry.

Teofil Belke.

MISCELLANEA.

137. MOSLER. Chloral bei Chorea. Na po-
 czątku swjej pracy autor przytacza spostrzeżenie D-ra
 SAVAGE, który uważa za szkodliwe użycie chloralu
 przy chorobach umysłowych, gdyż wywołuje się
 przez to sen kosztem zdrowia, a po dłuższym użyciu
 powstaje zaduma, połączona z ogólną apatią, podraż-
 niemem nerwowem i chęcią do samobójstwa.

Ostro występujące choroby umysłowe, pogarszają
 się przy użyciu chloralu, a nawet stają się nieule-
 czalnemi.

Przy manii i zadumie chloral nie wywołuje po-
 żądanego skutku, a przy chorobach umysłowych,
 powstałych wskutek obrażenia głowy, powoduje szko-
 dliwe podniecenie.

Jedynie wskazanie dla użycia chloralu stanowi
mania epileptica.

Szkodliwem jest także dłuższe użycie tego środka
 przy alkoholizmie; SAVAGE obserwował nawet
 przypadki nagłej śmierci po zadaniu chloralu przy
 obłądnie opileczym.

Daléj, autor zastanawia się nad znakomitym re-
 zultatem jaki osiągnął, podając chloral przy *pląsa-
 wicy* (chorea sancti Viti): Marta G., dziewczyna 18
 letnia, przyjęta została na klinikę dnia 28-go kwiet-
 nia 1882 r. Obecna choroba raptownie wystąpiła po
 silnym bólu zęba, podczas sprzeczki z matką, gdy cho-
 ra w silném rozdrażnieniu upadła na ziemię, bijąc się
 rękami i nogami; od tego czasu datuje się niepokój
 mięśniowy, wzmagający się każdodziennie, chora nie
 sypia, przyjmuje tylko małą ilość płynnych pokar-
 mów, wszystkie mięśnie twarzy, tułowia, kończyn
 górnych i dolnych podlegają powtarzającym się bez-
 ustannie, gwałtownym skurczom.

Gdy podskórne wstrzykiwania morfiny i inne
 środki lecznicze pozostały bez skutku, zaordynowano
 chloral w formie następującej:

Rp. chlorali hydrati 15,0
 aquae destillatae 150,0
 syrapi simplicis 50,0.

M. D. S. używać łyżkami stołowemi.

Podawano chorąg 4 razy dziennie po łyżce: o godzinie 10-ój i 10½ rano, o 4-ój i 9-ój po południu.

20-go maja pacjentka opuściła klinikę zupełnie zdrowa.

Polepszenie zauważono zaraz pierwszego dnia po użyciu wymienionego środka, natężenie choroby z każdym dniem się zmniejszało, a ruchy mimowolne zupełnie ustały siódmego dnia leczenia, czyli 21-go dnia choroby. (*Zitschr. f. klin. Med. Bd. V II. 4*).

138. Wpływ strychniny na rozszerzenie serca. Prof. MARAGLIANO przekonał się:

1) że przy użyciu strychniny po 1—2 dniach rozszerzenie serca się zmniejsza, a po 5—6 dniach znika niemal zupełnie; 2) po przerwaniu dalszych dawek rozszerzenie występuje na nowo; 3) dla usunięcia rozszerzenia wystarczy 0,002—0,003 miligram. ($\frac{1}{30}$ — $\frac{1}{20}$ gr.) siarczanu strychniny.

(*Centr. f. med. Wiss. Nr. 41, 1882*).

— Dr. SIEGEL przedstawił na posiedzeniu wiedeńskiego towarzystwa lekarskiego, wyniki swych poszukiwań nad obliczaniem krążków krwi tak u ludzi zdrowych, jak i w rozmaitych chorobach. Fizjologiczna ilość wynosiła u mężczyzn przeciętnie 5,56 milionów, u kobiet 5,00 mil. krążków w centymetrze sześciennym. Z 6 kobiet, będących w 19 miesiącu ciąży, u 4-ch znalazł S. zmniejszenie ilości krążków do 3—4,2 milionów.

Daléj S. znalazł przy blednicy 3,04—4,30 milionów krążków sześć. krwi; we wszystkich przypadkach było jednoczesne zmniejszenie zawartości barwnika w pojedynczych krążkach (oligochrose). U wszystkich 10 chorych, którym dawano przetwory żelazne, autor stwierdził powiększenie ilości krążków, tem znaczniejsze i szybsze, im większe dawki stosowano. Najlepiéj działały pigułki BLAND'A.

W anemii po krwotokach, krążki z początku wydawały się blademi, liczba ciałek bezbarwnych była powiększoną. (*Wien, Med. Presse Nr. 6, 1883*).

139. Mikroorganizmy we krwi tyfusowych. Prof. MARAGLIANO (Genua).

Celem przekonania się, czy we krwi śledziony i ogólnego krążenia chorych tyfusowych znajdują się owe mikroorganizmy, które EBERTH i KLEBS spozstrzegali w trupach, M. za pomocą strzykawki PRAVAZ'A, wydobywał krew z mięszu śledziony i z palca chorych. Na szczycie choroby krew, wzięta z palca chorych, zawiera pojedyncze i zebrane w gromadki pasorzyty, składające się wyłącznie prawie z ciałek kulistych, jednolitych, o delikatnych konturach; w śledzionie obok wyżéj opisanych napotyka się i pałeczkowate, lubo w mniejszej daleko ilości.

W okresie zdrowienia znikają owe mikroorganizmy zarówno ze krwi ogólnego krążenia, jako téż ze śledziony. Po zadaniu chorem chininy nie ma ich wcale we krwi lub téż bardzo mało. Częściowa hodowla dawała twory, podobne do opisanych przez KLEBSA. (*Centr. f. med. Wiss. Nr. 41, 1882*).

140. Stulejka przy cukrzyey. Dr. ENGLISH na posiedzeniu wiedeńskiego doktorskiego kolegium medycznego (Wiener Medizinisches Doktoren-kolegium), zwrócił uwagę na niebezpieczeństwo operowania stulejki, pojawiającej się przy cukrzyey;—zwykłym następstwem tej niewinnej z pozoru operacyi bywa w takich razach zgorzel rozprzestrzeniająca się na pracę, moszna etc.

Autor odróżnia 2 formy stulejki cukrzycowéj, jedna spowodowana obrzękiem napletka, druga—tworzeniem się na nim wrzodów, odznaczających się zupełnie specyficzną formą (podobne do wysypki herpetycznej) i pozostawiających silnie kurczącą się bliznę, która jest właściwą przyczyną powstania stulejki. — Co się tyce etiologii tych wrzodów, gra tu rolę przedewszystkiem ogólne usposobienie chorych cukrzycowych do wszelkiego rodzaju zapaleń, a następnie miejscowe drażnienie napletka rozkładającym się moczem, zawierającym, jak to wykazano, grzybki (*Aspergillus-Oidium*). [E. jest zdania, że przy stulejce, której weneryczne pochodzenie nie jest pewnem, trzeba zawsze badać mocz, a wykazanie choćby nieznacznych ilości cukru, powinno być stanowczem przeciwwskazaniem do wykonania operacyi.

(*Wien. Med. Presse Nr. 6, 1883*).

141. Balanoposthitis diabetica. Dr. OSKAR SIMON przypisując częste powstawanie niezytu żołądki i napletka u chorych cukrzycowych rozwojowi mikroorganizmów między żołądkiem i napletkiem, zaleca takim chorem obmywać żołądek po każdym oddaniu moczu wodą karbolową i osypywać następującym proszkiem:

Rp: zinci oxydati 25 grm
 amyli 25 „
 acidi salicylici 1 „

(*Gaz. des Hop. Nr. 17, 1883*).

142. Tamponada przetok gąbką.— Dr. BURNETT za przykładem Hamiltona stosował tamponadę długo istniejących przetok, oraz jam ropiejących, gąbkami antyseptycznie przygotowanemi (gąbka wymoczona w wodzie królewskiej, wypłukana w roztworze potasu, następnie w wodzie i przechowana w 5% roztworze kwasu karbolowego), rezultat był pomyślny. Gąbki wgajały się, a jak się autor wyraża organizowały się (?) i przetoki ostatecznie zamykały się blizną. Autor wyleczył w ten sposób chorego noszącego od roku liczne przetoki w okolicy jedenastego lewego zębra.

(*Med. Record.—Pet. Med. Wash. Nr. 4, 1883*).

143. Dr. Fox zaleca następujący sposób dla zapobieżenia szkodliwemu wpływowi kwasu chryzofanowego na zdrową skórę: kwas zarabia się z wodą na ciasto i pokrywa się nim części chore, po zaschnięciu zaś, pociąga się te miejsca kolloidionem.

(*Pet. Med. Woch. Nr. 4, 1883*)

144. Dr. Putzel stosował z dobrym skutkiem *Saborandi* przy *przewlekłej pokrzywce twarzy*; polepszenie szybko nastąpiło, po dwóch miesiącach wysypka powtórnie się zjawiała i w ten sam sposób została usunięta. (*Union med. Nr. 12, 1883*)

145. FOURMANT przedstawił Paryżkiej akademii umiejętności rezultat swych badań nad wpływem solenia mięsa na trychin. — Doświadczenia te wykazały, iż solenie zupełnie nie zabija trychin, gdyż w myszach, którym autor podawał mięso leżące od 15 miesięcy w soli, znalazły się ogromne ilości trychin. (*Pet. Med. Woch. Nr. 4, 1883*).

Wiadomości bieżące.

— W Petersburgkim instytucie weterynaryjnym robią obecnie doświadczenia nad szczepieniem karbunkulu metodą PASTEREA. Dostarczono już w tym celu 100 owiec. (*Med. Wiestnik Nr. 5, 1883*).

— Akademia medyko-chirurgiczna w Petersburgu ogłosi niebawem konkurs na nagrodę BUSCHA, wynoszącą 5,800 rs. za prace oryginalne z dziedziny chirurgii operacyjnej, klinicznej i teoretycznej, oraz anatomii topograficznej. Nagroda może być daną jednemu osobie lub też kilku, a w takim razie najniższa cyfra wynosić będzie 800, najwyższa 2000 rs. Termin konkursu upływa 15 kwietnia 1886 r.

(*Med. Wiest. Nr. 5, 1883*).

— Wdowa po PROGOWIE wręczyła uniwersytetowi moskiewskiemu 12,000 rs., od których odsetki przeznaczyła na 2 stypendyja imienia jej męża.

(*St.-Med. Woch. Nr. 4, 1883*)

— Rada miejska w Pradze postanowiła założyć lecznicę dla ubogiej ludności miasta pod zarządkiem D-ra MAIXNERA. Ordynować w niej mają lekarze, którzy zajmą stanowiska w przyszłej wszechnicy czeskiej; wówczas lecznica na poliklinikę zamieniona zostanie. (*Alleg. Wien. M. Z. Nr. 7, 1883*).

— Wien. Med. Presse donosi, iż Dr. SPINA asystent prof STRICKERA, drukuje obecnie monografię pod tytułem: „Studien über die Tuberkulose“, w której podobno zaprzecza patognomicznego znaczenia lasecznikom gruźliczym KOCHA.

— Na odbytym 24 z. m. pod przewodnictwem BILLROTHA posiedzeniu austriackiego towarzystwa higienicznego Dr. SCHIFF, zaproponował założenie centralnego biura higienicznego w Wiedniu na wzór istniejącego w Berlinie.

(*Prag. Med. Woch. Nr. 5, 1883*).

— Dr. ROMICH w Wiedniu zapisał testamentem cały swój znaczny majątek miastu, z warunkiem założenia szpitala specjalnego dla chorych na nogi. Przeciw temu zaprotestował syn zmarłego (lekarz) i wreszcie zawarł z miastem ugodę, mocą której ustąpił 50,000 zlr., ze spadku na cel wyższej wymieniony. (*Allg. W. M. Ztg. Nr. 7, 1883*).

— Niemieckie towarzystwo higieniczne ma się zebrać 16—19 maja r. b. w Berlinie. VIRCHOW ma przeczytać rzecz o spożytkowaniu nieczystości miejskich. (*Allg. Wien. Med. Zeit Nr. 4 1883*).

— Na wniosek D-ra BOURNEVILLEA, rada municypalna Paryża postanowiła przeznaczyć 16,000 franków na założenie muzeum higienicznego miejskiego. (*Gaz. Med de Paris 1883—Nr. 2*).

— W Paryżu wychodzi w r. b. 92 pism lekarskich i farmaceutycznych. (*Prog. Med. Nr. 6, 1883*).

— W Paryżu wzniesić mają pomnik słynnemu antropologowi BROCA—na rogu bulwaru St. Germain i rue de l'Ecole de Medecine.

(*Pr. Med. Nr. 6, 1883*).

— W Sheffield stwierdzono, iż pewna akuszka zaraziła przymiotem 30 położnic w przeciągu 3—4 miesięcy. Od tych kobiet dostało znowu przymiotu 9 mężów i 2 dzieci. (*St.-Pet. M. Woch. Nr. 4, 1883*).

Nekrologija.

— W Padwie zmarł nagle słynny profesor wszechnicy wiedeńskiej SIGMUND. Przez 40 lat był on gorliwym propagatorem poglądów RICORDA. Urodzony w r. 1810 habilitował się w Wiedniu z początku jako docent chirurgii, następnie zaś w r. 1845 został mianowany profesorem nadzwyczajnym syfilidologii. Oprócz prac w dziedzinie klimatologii i balneologii, S. pisał mnóstwo artykułów o przymiocie. (*Allg. Wien. Med. Ztg. N. 6, 1883*).

— W Leitmeritz (w Czechach) umarł w 83 roku życia D-r. BOCHDALEK, niegdyś profesor anatomii opisowej na uniwersytecie praskim.

— Sprostowanie. Do 4-go numeru „Kroniki lekarskiej“ wkradły się następujące omyłki:

str. 175, 10 wiersz od dołu, zamiast „chlorku“ winno być „chloranu“.

str. 178, 4 wiersz od góry, po wyrazie „lub“ opuszczono „dróg“.

str. 178, 7 wiersz od góry, zamiast „gdzie“ powinno być „u którego“.

str. 178, 24 wiersz od góry, zamiast „około“, winno być „i“.

str. 189, 12 wiersz od dołu, zamiast „Mosselon“, winno być „Masselon“.