

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija doświadczalna.

295. LEWASZEW. **Poszukiwania doświadczone nad znaczeniem układu nerwowego w chorobach naczyń.** — (*Virch. Arch. T. 92 Z. I.*)

Warunki, wpływające na powstawanie zmian w naczyniach krwionośnych, (resp. etylogija tętniaków), dotychczas mało są wyjaśnione. Już SCARPA przed 100 laty zwrócił na tę kwestyję uwagę, lecz takowa prawie wcale nie posunęła się naprzód.

Botkin w wykładach swoich często przedstawił słuchaczom takie przypadki tętniaków, których powstania niepodobna było objaśnić żadnymi sprawami miejscowymi w naczyniach.

Natomiast istniały dowody cierpienia tych lub owych części układu nerwowego. Na poparcie posłużyć mogą spostrzeżane nieraz chwilowe zmiany w pewnych odcinkach danego naczynia, uwydatniające się wzmocnionem tętnieniem i rozszerzeniem światła. Przy wielokrotnem powtarzaniu się tych zjawisk, rozszerzenie może pozostać stałem, z tego stanowiska zasługują szczególnie na uwagę te przypadki, w których ściany worka aneurysmatycznego zachowują budowę normalną.

Autor postanowił sprawdzić powyższe fakty na drodze doświadczalnej. W tym celu wybrał przedewszystkiem układ naczyniowy, lecz nie ośrodkowy, tylko włókna zawarte w nerwie kulszowym. U dorosłych psów drażnił nerw ten za pomocą wszywania weń nitki, napojonych kwasem solnym lub siarczanym.

Siła podrażnienia zależała od stężenia kwasu, oraz grubości nitki,

Po pewnym czasie dana kończyła stać się cieplejszą, naczynia jęsi się rozszerzają i mocno tętnią.

Zjawiska te zależą od czynnego podrażnienia nerwów, rozszerzających naczyń, nie zaś od porażenia włókien zwięzających. Objawy wzrastają w ciągu pierwszych dwóch do czterech dni i pozostają na tym samym stopniu przez 3—5 miesięcy. W razie, gdy oznaki podrażnienia po upływie jakiegoś czasu znikają, autor na nowo wszywał w nerw nitkę.

Wielkie naczynia operowanej kończyny dla gołego oka żadnych nie okazywały zmian, natomiast drobne rozgałęzienia miały w wielu miejscach czerwonawe zgrubienia, zależące po części od rozszerzenia ich światła, po części od zmian zapalnych.

Tam, gdzie wywołane podrażnienie było znaczniejszem, zmiany istniały i w większych naczyniach kończyny, lecz były mniej wyraźne.

Adventitia przeistacza się najbardziej. Jej naczynia (*vasa vasorum*), dają nowe wypustki, które skutkiem nagromadzenia się w nich ciałek krwi, ulegają rozszerzeniu, dokoła zaś nich widać nacieczenie drobnokomórkowe. Gdzie indziej nowo utworzone naczynia przenikają aż do błony średniej (*Media*), rozsuwając pęczki mięśniowe takowej i tworząc liczne połączenia. W następstwie dokoła naczyń tworzą się obrączki łącznotkankowe. Jądra mięśniowe mętnieją, zmniejszają się i stają się niewyraźnymi.

Intima ulega zmianom najpóźniej; w miarę jak *media* wskutek rozrostu tkanki łącznej, coraz więcej zanika, błona wewnętrzna zlewa się z zewnętrzną w jedną masę.

Że wszystkie powyżej opisane zmiany, zależą wyłącznie od podrażnienia nerwu kulszowego, a nie od wpływów zapalnych wskutek wykonanej operacji, lub innych ubocznych względów, dowodzi: 1) zupełnie prawidłowe zachowanie się odpowiedniej drugiej kończyny, i 2) to, iż mimo zmniejszenia czucia w operowanej kończynie, największe zmiany powstają w głębokich nie zaś w powierzchownych naczyniach. Zmiany te zależą od czynnego rozszerzenia naczyń wskutek podrażnienia odpowiednich włókien naczynioruchowych. Im dalej od miejsca podrażnienia nerwu (a więc głównie na stopie), tem sprawa zapalna staje się wyraźniejszą; autor bowiem już dawniej przekonał się, że wpływ układu naczynioruchowego, wzrasta w miarę oddalania się od środka.

Najnowsze badania nad zmianami, zachodzącymi w ścianach worków tętniaków, zupełnie są zgodne ze spostrzeżeniami autora. Vogt, Helmstedter i Köster przekonali się, iż zapalenie w postaci pojedynczych ognisk dokoła vasa vasorum rozprzestrzenia się aż do błony średniej (media) i bywa najwyraźniejszym tam, gdzie owe naczynia rozpadają się na capillary. W ten sposób media ulega niszczeniu, a adventitia i intima wzajemnie się zlewają.

Jeśli w podobnie zwyrodniałych ścianach naczyniowych ciśnienie krwi pod wpływem np.: uderzenia, upadnięcia, lub też wrażeń psychicznych się podnosi, wówczas powstać może usposobienie do tętniaka.

Pacanowski.

296. FRANÇOIS - FRANCK. **Wpływ zmian w ciśnieniu wewnątrzserdziejowym na krążenie w żyłach sercowych.** (*Com. rend. de la Soc. de Biol. Nr. 11*).

Do rzędu kwestyj dotychczas prawie niezbadanych, należy wpływ serca na odbywające się w niem samem—drogą aspiracji wewnątrzpiersiowej w ogóle, a wewnątrzserdziejowej w szczególności—krążenie żyłne.

Autor doszedł do wyników następujących.

1) Przedewszystkiem na krążenie w żyłach wieńcowych, wpływa aspiracja płuc czyli wahanie oddechowe. Żył wieńcowe leżą powierzchownie i oddzielone są od właściwej jamy osierdzia tylko cienkim listkiem surowicznym. Skutkiem aspiracji płucnej żyły te utrzymują się z łatwością w ciągłym rozszerzeniu. Wzmocnienie aspiracji, czyli znaczniejsze rozszerzenie żył wieńcowych następuje podczas każdego wdechu. Akt wydychania wywołuje zwężenie żył wieńcowych, nigdy jednak nie następuje zupełne opadnięcie ścian żylnych. Ponieważ takiemu samemu wpływowi podlega i uszko prawego przedsionka, przeto krew z żył wieńcowych swobodnie do tego odplywa.

2) Na aspirację wewnątrzserdziejową wpływa również „skurcz komórek sercowych”. Ażeby tego dowieść, nie uwzględniajmy przez chwilę ruchów oddechowych i starajmy się zbadać wpływ samej tylko czynności serca, na krążenie żyłne w jego własnych ścianach. Każdy skurcz komórek powoduje wydalenie krwi ze ścian serca do żył wieńcowych, warunki do odpływu krwi są bardzo pomyślne, ponieważ następuje aspiracja osierdziowa, wywołana zmniejszeniem objętości komórek w chwili skurczu takowych. Jednocześnie z tem ściany prawego uszka rozszerzają się pod wpływem atrakcyi, wywieranej na nie przez osierdzie; tym sposobem do jamy uszka, w której ciśnienie staje się ujemnem, krew odpływa z żył wieńcowych nader łatwo.

3) Podczas rozkurczu komórek odpływ krwi żyłnej ze ścian serca, oraz krążenie w żyłach wieńcowych odbywa się także, lubo w mniejszym stopniu, niż w czasie skurczu. Doświadczenia Chauveau i Rebatela wykazały, iż rozkurcz komórek przyspiesza krwiobieg w tętnicach wieńcowych, skutkiem czego jednocześnie wzmagają się ciśnienie w żyłach (vis a tergo). Prócz tego w chwili roz-

kurczu krew z prawego przedsionka wlewa się do komórki, a więc uszko prawe się opróżnia i jest w stanie przyjąć nową ilość krwi.

4) Strumień krwi w żyłach wieńcowych ulega zwolnieniu, a nawet chwilowemu zatrzymaniu w końcu rozkurczu ogólnego (pauzy), t. j.: gdy prawe uszko nagle się kurczy; wtedy jednocześnie ze skurczem uszka, widać istotnie lekkie podnoszenie się ściany żył wieńcowych, czyli tętno żyłne przedskurczowe.

Pacanowski.

297. SEEGEN. **Przyczynnik do nauki o znaczeniu peptonu dla ustroju.** (*Zur Kenntniss der Leistungen des Peptons im Organismus*). *Wien. med. Woch. Nr. 11—1883.*

Autor sądzi, iż w wątrobie z peptonu wytwarza się cukier. Do teorii tej S. doszedł na zasadzie następujących doświadczeń:

Głodzone przed tym psy, karmił wyłącznie peptonem. Po zabiciu zwierząt, w wątrobie ich znajdował o 50 — 200% cukru więcej niż w zwykłych warunkach. W drugiej grupie doświadczeń, wstrzykiwał psom pepton do żyły wrotniej; wątroby tych psów zawierały 2 — 3 razy tyle cukru, co wątroby innych psów (rozumie się wzięty był pod uwagę stosunek co do wagi).

W trzeciej grupie doświadczeń, S. oznaczał ilość cukru w żyłach wątrobowych u psów które karmiono wyłącznie peptonem, lub którym wstrzyknięto to ciało do żyły wrotniej. I z tych doświadczeń się okazało, że wprowadzenie peptonu do ustroju zwiększa ilość cukru w żyłach wątrobowych resp. w wątrobie.

Ponieważ Schmidt-Mülheim, wykazał, iż wstrzyknięcie do żył peptonu, działa trująco na ośrodki nerwowe, przeto S. musiał jeszcze inne doświadczenia wykonać, aby się przekonać, że rzeczywiście pepton w wątrobie zamienia się na cukier, aby nie sądzić, że zwiększanie wytwarzania się cukru w wątrobie zależało w jego

doświadczeniach od wpływu wstrzykniętego, lub wprowadzonego do żołądka peptonu na ośrodki nerwowe. W tym celu dwa równe kawałki świeżo wyciętej z psa wątroby, oblał jeden czystą wodą, a drugi wodą, zawierającą w rozpuszczeniu pepton i umieścił je we krwi tętniczej do której było ciągle doprowadzane powietrze. Po upływie pewnego czasu przekonał się, że kawałek wątroby oblały roztworem peptonu, zawierał daleko więcej cukru (o 70%) niż drugi kawałek.

M. Rejchman.

298. BECHTEREW. **O funkcyi wzgórków wzrokowych.** (*Wracz Nr. 4 i 5, 1883*).

Autor za pomocą doświadczeń na rozmaitych zwierzętach starał się określić funkcyę wzgórków wzrokowych. Z doświadczeń tych wynika, że tylna część wzgórka wzrokowego jest w związku z okiem, gdyż zniszczenie takowej powoduje stałe zaburzenia wzroku: hemiopię, przeciwniej strony, czasami zaś brak połowy pola widzenia jednego oka, przy zniszczeniu przedniej części wzgórków powstają tylko szybko znikające zaburzenia wzroku.

Wzgorzki wzrokowe mają jeszcze inną funkcyę—mianowicie: w nich znajdują się ośrodki innerwacyi nie zależnej od woli dla mięśni biorących udział przy wyrażeniu uczuć. Co się zaś tyczy wpływu na źrenicę, na koordynacyę ruchów i t. d., jakiego przypisywano wzgorzkom wzrokowym, powiada autor, że właściwie taki wpływ posiadają nie wzgorzki, lecz istota szara głębokich części trzeciej komórki.

J. Przybylski.

II. Medycyna wewnętrzna.

299. Prof. JULIUS GLAX (z Gratzu). — **O stosunku przyjmowania płynu do ilości wydzielanego moczu przy płonicy.** (*Deutsch. Archiv f. klin. Medicin. T. XXXIII*).

Jakkolwiek lekarze po wszystkie czasy

zwracali pilną uwagę na wydzielanie moczu przy najrozmaitszych chorobach, a w nowszych czasach szczególnie uwzględniali skład jego chemiczny: to jednakże bardzo nieliczne są wskazówki, co do ilości moczu, wydzielanego w przebiegu pojedynczych procesów chorobowych. Wiemy wprawdzie, że w gorączce zmniejsza się wydzielanie moczu, że przy wysiękach opłucnej, diureza znacznie się zmniejsza i t. d., lecz odnośnie stosunku przyjętego płynu do wydzieliny moczowej, spotykamy bardzo nieliczne spostrzeżenia, nie pozwalające na robienie ważniejszych wniosków. A tylko w tym kierunku przedsiębrane poszukiwania doprowadzić mogą do rezultatów poważnych. I tak spostrzeżenia Nasse'a dowiodły, że u chorych na moczówkę (diabetes), pozorna przewaga wydzieliny wody nad ilością przyjętego płynu, polega na złudzeniu, które dało powód do tworzenia najdziwniejszych hipotez.

Na klinice niegdyś prof. Körner'a w Grazu u wszystkich chorych wymierzano 24-godzinną ilość moczu, jako też sumę przyjętych przez nich w tymże czasie płynów. W ten sposób otrzymano szereg interesujących danych, z pomiędzy których autor podaje spostrzeżenia zestawione z badań chorych na płonicę.

Wiadomą jest rzeczą, iż przy płonicy, równie jak i przy innych chorobach gorączkowych, diureza się zmniejsza.

FABRE przypisuje nawet ilości wydzielonego moczu przy płonicy, pewne ważne znaczenie prognostyczne. Autor odróżnia trzy formy pod względem ilości wydzielonego moczu:

1) *Ilość moczu obniża się dopóty tylko, dopóki trwa gorączka, następnie zaś stopniowo wzrasta aż do normy, albo nawet przez kilka dni przewyższa ilość prawidłową.* W takich wypadkach przebieg choroby bywa zawsze pomyślny, mimo bardzo wysokiej ciepłoty początkowej. Zaraz po ustąpieniu gorączki, na skórze występują obszernie złuszczenie. Mocz albo wcale nie za-

wiera białka, albo też tylko ślady podczas pierwszych dni choroby. Autor przytacza historję choroby jednego z wypadków tej grupy, wraz z krzywiznami ciepłoty, ilości przyjętego płynu i ilości wydzielanego moczu.

Wydzielanie moczu było obniżone przez pierwsze 6 dni w czasie trwania gorączki, albowiem chory przez ten czas przyjął 9400 cm. płynu, a oddał tylko 3800 cm. kub. moczu, gdy tymczasem według poszukiwań autora, wykonanych na ludziach zdrowych (Ueber die Wirkung von Trinkcuren etc. 1875), najmniej dwie trzecie przyjętego płynu odchodzi z moczem. W następnych 9 dniach suma przyjętych płynów wynosiła 13600 cm. kub., suma zaś wydzieliny moczowej 9410, a zatem więcej jak dwie trzecie. — Z przytoczonej krzywizny widzimy także, że ilość moczu od chwili opadnięcia gorączki stale wzrasta i że w ostatnich dniach więcej jak dwie trzecie płynów, wprowadzonych do organizmu odchodziło z moczem, a więc, że wydzielala się woda nagromadzona podczas gorączki.

2) *Wydzielanie moczu podnosi się zaraz po ustąpieniu gorączki — często do bardzo znacznej wysokości, — jednakże w późniejszych dniach znowu się obniża i w ogóle podczas całego przebiegu przedstawia nieprawidłowe wahania.* Przebieg choroby w wypadkach takich bywa przewlekły, wysypka błędnie bez obfitego złuszczenia. Pierwsze tony w sercu są słabe, lub podobne do szmeru, tętno najczęściej łatwo dające się ucisnąć, częste, odnośnie skurczu serca opóźnione. — Wytwarza się znaczna małokrwiistość, skóra bywa biała, często przychodzi do obrzęków, jakkolwiek w moczu nie występuje białko. Często występują małe nasilenia gorączkowe, które zwykle poprzedzane są zmniejszonym wydzielaniem moczu, przez kilka dni trwającym. I tę formę autor popiera opisem jednego wypadku płonicy wraz z krzywiznami, jakie podaje w formie poprzedniej.

3) *Wydzielanie moczu, bardzo obniżone podczas gorączki, podnosi się szybko do normy lub wyżej wraz z opadnięciem ciepłoty i utrzymuje się przez dni kilka, tak samo jak w wypadkach opisanych w pierwszej grupie, na jednakowej wysokości. Następnie jednakże nagle opada i pozostaje małym aż do śmierci chorego, albo też po kilku dniach powiększa się i stopniowo dochodzi do normy.* Do tej kategorii należą wypadki, w których po prawidłowo z początku przebiegającej chorobie rozwija się później zapalenie nerek i puchlina. „W tych wypadkach zdarza się często, iż za nim jeszcze białko wystąpi w moczu i zanim pojawią się ślady obrzęku, już zmniejszenie wydzieliny moczowej jest pierwszym zwiastunem późniejszych przypadłości niebezpiecznych”.

Formę tę autor ilustruje za pomocą bardzo interesującego opisu choroby. Nie będziemy tutaj szczegółowo wypadku tego przytaczać, odsyłając czytelnika do oryginału.

Wspominamy tylko, iż autor przyznaje, iż spostrzeżenia swoje opiera na materiałach nie dość licznych i spodziewa się, iż praca jego pobudzi do dalszych poszukiwań w tym kierunku.

W. Kosmowski.

III. Choroby nerwowe.

300. V. HOLST. **Leczenie histeryi, niemocy nerwowej i nerwic ogólnych funkcyjnalnych.** *Die Behandlung der Hysterie, der Neurastheme und ähnlicher allgemeiner funktioneller Neurosen.* (Stuttgart—r. 1883—str. 73).

W ostatnim dwudziestolecu, wszystkie działy medycyny o wiele posunęły naprzód. Postęp ten jednak nie jest jednakowy na wszystkich polach: patologija chorób zrobiła znaczniejsze postępy, aniżeli właściwe leczenie. Szczególniej słabym okazał się postęp w dziale leczenia macinnicy, niemocy nerwowej i innych nerwic, co po części przypisać nale-

ży tej okoliczności, że patologija tych chorób również była zaniedbana. Ponieważ tylko w szpitalach i klinikach rozwija się nasza wiedza o naturze chorób, przeto nic dziwnego, że patologija macinnicy i niemocy nerwowej nie rozwinęły się w tej mierze, jak innych chorób, gdyż nerwice funkcyjnalne najrzadziej, a czasami prawie nigdy nie są spostrzegane w szpitalach, a tylko w domach prywatnych, w których przeprowadzić dokładnie naukowe spostrzeżenia jest niemal niepodobieństwem.

Podmiotowe objawy tych chorób, nieuzasadnione przekonaniem większości lekarzy, że przy macinnicy niema nic do roboty, również wpływały ujemnie na dokładniejsze zapoznanie się z temi cierpieniami.

Histeryja ma dotychczas bardzo liczne, często ze sobą niezgodne określenia. Pierwszym, który naukowo określił histeryję, był ROMBERG, podług niego histeryja jest nerwicą odruchową, której punktem wyjścia są organy płciowe. Pótnieważ histeryja nie zawsze powstaje w ten sposób, przeto określenie to, jako zbyt jednostronne, prędko zostało porzuconem.

Valentin, Niemeyer i Hasse, histeryją nazywają zaburzenie odżywiania całego układu nerwowego. Jednak określenie to, jako zbyt ogólnikowe, nie mogło się utrzymać.

Pod nazwą histeryi Holst pojmuje funkcyjnalną nerwicę, pozbawioną widocznej podstawy anatomicznej, odznaczającą się następującymi cechami:

- 1) Do histeryi istnieje skłonność (często dziedziczna).
- 2) Cechuje się ona wzmogoną, lub niższą pobudliwością.
- 3) Objawy histeryi mogą występować we wszystkich działach całego układu nerwowego.
- 4) Przy histeryi niezmiernie ważną rolę odgrywają wahania pobudliwości w układzie nerwowym naczynioruchowym,

które wywołać mogą objawy wtórne, a zależne od nieprawidłowego rozdziału krwi w ośrodkach nerwowych.

5) Pobudliwość odruchowa jest tak wzmożona, że najłżejsze podrażnienia wystarczają do wywołania najrozmaitszych objawów.

6) Wszystkie objawy histeryi, odznaczają się wielką zmiennością.

Niemoc nerwową określa Beard (1) w ten sposób:

1) Neurasthenia powstaje skutkiem zubożenia siły nerwowej i nadmiernego zużycia tkanki nerwowej.

2) Rozmaite objawy tój nerwicy powstają przez podrażnienia odruchowe nerwów, głównie naczyńoruchowych.

3) Skutkiem tego krążenie podlega ciągłym wahaniom.

4) Neurasthenia jest zupełnie niezależna od niedokrewności.

Möbius przytem zwraca uwagę, że przy neurasthenii nieznacznie zaciera się granica pomiędzy zdrowiem a chorobą. Również granice pomiędzy macinnicą a niemocą nerwową nie są dość jasne. Obraz chorobowy, dziś podciągnąć się dający pod określenie histeryi, nazajutrz może być brany za neurastheniję. Dla tego też autor uważa wspólne rozpatrzenie leczenia tych nerwic, za sprawiedliwione.

Profilaktyka ma bardzo ważne znaczenie przy neurozach. Znaczny wpływ na rozwój histeryi w późniejszych latach wywiera, zdaniem autora, obecny system szkolnego nauczania, którego zadaniem jest dostarczyć dzieciom jak najwięcej nauki, co wcale nie licuje z rozwojem ich sił fizycznych i intelektualnych.

Dziecko uczy się za wiele, a za mało poświęca czasu na sen, gimnastykę i t. d.

Nic więc dziwnego, że substancja nerwowa się wyczerpuje.

Tym sposobem zarodki histeryi mogą już istnieć w dzieciństwie. Przeciw temu

systemowi nauczania wystąpił w r. 1880 Hasse, słusznie dowodząc, że przepelnienie umysłu chłopca, témbardziej dziewczyny, rozmaitemi wiadomościami, prowadzić musi do osłabienia logicznego myślenia.

Zdaniem autora, należy przedewszystkiem gruntownie zreformować obecny system nauczania i dbać nie o ilości pozytywnej wiedzy, a bardziej kłaść nacisk na pojmowanie i na jasne myślenie dziecka.

Na powstawanie histeryi, również wpływa obecna moda, by każda kobieta grała na fortepianie, co wcale nie daje się pogodzić z obecnym systemem nauczania. Obowiązkiem lekarza jest nie pozwolić, aby dzieci bez jawnej skłonności koniecznie zmuszać do gry.

Chcąc leczyć macinnicę, lub niemoc nerwową, należy przedewszystkiem sobie zaskarbić formalne zaufanie chorych, bez czego nie może nawet być mowy o leczeniu. Ponieważ chorzy, lub chore takie cierpią na nieustanny niepokój wewnętrzny, na brak energii i postanowienia, przeto pierwszym obowiązkiem jest nauczyć ich porządku, konsekwencyi i wytrwałości. Osiągnąć się to daje tylko przez drobiazgowo określenie ich sposobu życia i zajęć. W tym celu należy chorym dać piśmienne przepisy, tyżące się czasu wstawania, jedzenia, zajęć fizycznych i umysłowych, kładzenia się i t. d., co bardzo zbawiennie wpływa na tego rodzaju chorych, nie mogących lub trudno się na coś decydujących. Najlepiej zabronić zupełnie poważniejszych zajęć umysłowych.

Większość tych przepisów jest prawie niepodobna stosować w domu, i dla tego najodpowiedniej jest leczyć takich chorych w specjalnych zakładach, na co obecnie się zgadza większość lekarzy.

Bardzo ważną rzeczą jest odpowiednia dyjeta. Najodpowiedniejsze są pokarmy mieszane. Beard uważa tłuszcze za szczególnie ważny środek odżywczy dla substancji nerwowej. Weir-Mischell, przy neurasthenii, cechującą się znaczną pro-

1) Zobacz Kron. Lekarską nr. 1—r, 1882.

(Przyp. spwzd.)

stracją sił i ogólnego odżywiania, zaleca absolutny spokój duchowy i cielesny, w połączeniu z systematycznym odkarmianiem chorych.

Playfair²⁾ wiąże z tem ugniatanie i radyzacyję mięśni. Palenie w umiarkowanym stopniu chorym nie szkodzi; kawę, wbrew Beardowi, autor uważa za doskonałą, w wielu przypadkach, *nervinum*. Kawa szkodzi w nadmiarze, a także przy bezsenności i przy palpitacjach serca, ponieważ silnie pobudza układ nerwowy sercowy.

Wino jest jednym z najlepszych środków pobudzających układ nerwowy. Neurastenicy znoszą doskonale wielkie ilości wina, które oddziaływa na nich bardzo dobrze.

Autor właściwe leczenie nerwic funkcjonalnych poprzedza rozważeniem leczenia ginekologicznego. Jeżeli histeryja powstała w następstwie cierpienia organów płciowych, leczenie miejscowe jest zupełni na miejscu. Autor jednak jest zdania, że leczenie miejscowe nie powinno się odbywać jednocześnie z leczeniem zaburzeń nerwowych, gdyż badanie kobiety i stosowanie miejscowe rozmaitych środków, powiększa zaburzenia nerwowe.

Przy leczeniu histeryi należy przede wszystkim uwzględnić hydroterapię.— Ta gałąź lecznicza ostatnimi czasy, dzięki sumiennym pracom Winternitza, Czerwińskiego i Kungego, zyskała sobie naukowe podwaliny.

Na zasadzie fizjologicznych doświadczeń, wiadomo już teraz, jakie skutki są do osiągnięcia przez hydroterapię, która ogromny wpływ wywiera na układ naczyniowy i nerwowy.

Hydroterapija oddaje wyborne usługi przy niemocy nerwowej i histeryi, lecz może być z korzyścią stosowaną tylko w specjalni na to urządzonych zakładach. W domach prywatnych dadzą się tylko

wykonać zimne obmywania i wycierania, kąpiele pełne i nasiadowe, rozmaite formy mokrych obwijań.

Przy użyciu hydroterapii należy ostrzegać przed zbyt niską ciepłotą wody, która przez zbyt głębokie wstrząśnienie, może więcej przynieść szkody, aniżeli pożytku.

Leczenie wodami mineralnemi, zdaniem autora, nie wiele pożytku przynosi tym chorym.

Zachwalają jednak wpływ cieplic węglanych (Oeynhausien i Nauheim, jak również cieplic—obojętnych: Wildbad, Gastein i Teplitz). Prawdopodobnie działają tu więcej zmiana otoczenia, wrażeń, powietrza, zajęć i t. d.

Większość lekarzy zaleca przy histeryi i neurasthenii wody żelaziste. Holst uważa żelazo za środek przy tych stanach patologicznych przeciwwskazany. Jego zdaniem histeryja nie jest następstwem niedokrewności, a raczej jej przyczyną, co łatwo zrozumieć, zważywszy że przy wyczerpaniu nerwowém trawienie również jest upośledzonym, a tém samem i tworzenie się krwi jest słabsze. W tych więc warunkach stosowanie żelaza nietylko nie przynosi ulgi, ale jeszcze szkodę, bo upośledza trawienie żołądkowe. Zdaniem Brauna żelazo powinno być stosowane tylko po obfitych krwotokach; zaś przy blednicy, rozwijającej się w następstwie długotrwałych chorób (jak histeryi), żelazo jest przeciwwskazane.

W niektórych przypadkach dobrze działają kąpiele rzeczne, głównie morskie, pobyt w górach, gimnastyka i masaż.

Obecnie, przy leczeniu histeryi i neurasthenii odgrywa najważniejszą rolę elektryczność. Prace najnowsze obecnych neuropatologów dowiodły, że przy tych chorobach najodpowiedniejsza jest ogólna elektryzacyja, którą wprowadzili w użycie przy neurasthenii Beard i Rockwell. Ogólna elektryzacyja, wywołując lekkie pobudzenie całego zewnętrznego układu

1 Zobacz Lek. nr. 3—r. 1883.

Przyp. spr.

nerwowego, pobudza na drodze zwrotnej cały układ nerwowy ośrodkowy, a także i naczynio-ruchowy. Ma ona więc takie same działanie jak hydroterapija, nad którą posiada tę wyższość, że łatwiej jest wykonalna i łatwiej się daje dozować. Benedict, Möbius, Fischer, Erb i Stein są gorącymi zwolennikami leczenia histeryi, ogólną faradyzacyją.

Technika jój jest bardzo prosta. Jeden z biegunów pokryty czemś wilgotnym, stawia się na podeszwie, drugim zaś równie wilgotnym, po kolei dotykamy się całej powierzchni skóry.

Ogólna faradyzacyja ma jedną wadę, która nadzwyczaj utrudnia wprowadzenie tej metody leczniczej do praktyki. Ponieważ dla ogólnej faradyzacyi potrzeba całkowitego rozebrania się, przeto łatwo zrozumieć, na jaki opór trafia to leczenie u kobiet. Dla uniknięcia tej niedogodności, wprowadzono kąpiele elektryczne, które są niczem innym, jak modyfikacją ogólnej faradyzacyi. Kąpiele elektryczne stosowali Fischer, Schweig, Lewandowski, Domański; (Przegląd Lekarski Nr. 9 i 10—r. 1879), Stein, Iżewski³⁾ i wielu innych. Pacjenta usadawia się w wannie drewnianej, kaflowej, lub marmurowej, napełnionej wodą, w którą wpuszczają oba elektrody bateryi elektrycznej.

Ponieważ rozdział elektryczności przy tym sposobie jest nie jednokowy, przeto autor wprowadził tego rodzaju modyfikacyję, że jeden z biegunów trzyma chory w ręku, drugi zaś biegun wpuszcza się do wody.

Wreszcie w najnowszym czasie zaczęto przy histeryi i niemocy nerwowej stosować metaloterapiję, którą należycie opracował Charcot.

Idea tego leczenia powstała z obserwacyi Burg'a, że połowiczny brak czucia u histeryczek, znika przez przyłożenie

małej blaszki metalowej na kończyne, pozbawioną czucia, przenosząc się (transfert), na zdrową drugą kończyne.

Charcot i wielu innych stwierdzili wielokrotnie tę obserwacyję, dotychczas jednak brak objaśnienia dla tego zjawiska.

Zjawiska transfert'u otrzymał również Adamkiewicz, przez przyłożenie na znieczuloną skórę plastru gorczycznikowego i nawet zjawisko to nazwał sinapioscopia. Wartość jednak lecznicza metaloskopii, jest niewielka, gdyż szybko poprawa przechodzi.

Ze środków aptecznych, stosowanych często przy histeryi, żaden nie wywiera działania trwałego, a tylko chwilowe, uśmierzające.

Ze środków tych najczęściej są przepisywane: amylnitryt do wzięcia przy zjawiskach połowicznych, zależnych od spazmu naczyń; chloroform dla wywołania pełnej narkozy i gaz rozweselający, zalecany przez Beard'a, dla pobudzenia układu nerwowego. Użycie morfiny, jeżeli tylko nie przechodzi w nałóg, również dobre czasami oddaje usługi. Przy histeroepilepsyi dobre rezultaty otrzymał Holst, od podskórnych wstrzykiwań atropiny.

Ze środków wewnętrznych najwłaściwszém jest użycie preparatów z kory chinowej; wreszcie valeriana, Moschus, a głównie kalium bromatum. Autor nie wierzy w skuteczność często teraz przepisywanej camphorae monobromatae, która działa tylko objawowo, mianowicie przy nerwowych palpitacyjach serca.

Ponieważ w ostatnim czasie przypisują ważną rolę przy histeryi układowi nerwowemu, naczynioruchowemu, przeto zaczęto coraz częściej stosować środki na ten układ działające: sporysz, a głównie Ergotinum Wernichii.

Zresztą autor dodaje, że żaden środek apteczny nie jest w stanie uleczyć histeryi lub niemocy nerwowej. Autor w tym względzie zgadza się z GERHARDTEM, któ-

3) Patrz Kron. Lekarska nr 7—r. 1882).

Przyp. spr.

ry utrzymuje, że choroby te usuwa nie lekarstwo, lecz lekarz.

H. Goldblum.

IV. Chirurgija i Oftalmologija.

301. Prof. Dr. E. ALBERT. **O wypilowaniu stawów przy próchnieniu kości.** *Ueber Gelenksresektionen bei Caries.* (*Wiener Klinik IV April 1883*).

Wprowadzenie rezekcyi w końcu zeszłego stulecia stanowiło wielki krok naprzód w chirurgii, nic więc dziwnego, iż wszyscy chirurdzy śledzili z wielkiem zajęciem tak za rozwojem techniki operacyjnej, jako też za ostatecznymi jej wynikami. Literatura dotycząca rezekcyi stanowi jeden z najokazalszych działów chirurgii nowoczesnej i posiada niektóre cenne monografie.

W ostatnich wszakże latach nastąpił stanowczy zwrot w sposobie zapatrywania się na doniosłość rezekcyi, co uwydatniło się w wielce ożywionych sporach na ostatnim kongresie międzynarodowym w Londynie. W Niemczech acz bez polemicznej wrzawy w kwestyi tej również się przełom dokonywał.

Prof. Albert na zasadzie obserwacji König'a, Hueter'a i własnych usiłuje streścić ostatnie wyniki badań w tej kwestyi leczenia próchnień kości za pomocą rezekcyi, porównywał wyniki tą drogą otrzymane z wynikami spostrzeganymi przy zastosowaniu metody wyczekującej, lub wskrobanie (evidement).

Skreśliwszy w krótkości historję rozpowszechnienia rezekcyi w Anglii, Francji, Niemczech i Austrii, autor zaznacza, iż obecnie coraz częściej zaczynają się pojawiać głosy podkopujące niezachwianą wiarę, jaką dotąd w rezekcyjach pokładano. Tyczy się to przedewszystkiem dwóch cierpień, które uważano dotąd za kardynalne wskazania dla wykonania rezekcyi, a mianowicie: ran postrzałowych i gruźlicy kości, stanu, który dawniej próchnieniem (caries) nazywano.

Co do pierwszych, autor zadawałniam się zdaniem Gurlta, który na podstawie olbrzymiego materiału, wyczerpująco ten przedmiot traktuje i przychodzi do wniosku, że ostateczny rezultat rezekcyi stawów po ranach postrzałowych, bynajmniej nie jest pomyślnym. Natomiast obszerniej mówi autor o rezekcyi stawów gruźliczych.

Główne zasługi na tem polu położył König. Sumienne i długoletnie obserwacje, doprowadziły tego znakomitego chirurga do następujących wniosków:

1) *Próchnienie nie jest niczem innym jak gruźlicą.*

Do wniosku tego przyszedł König, poddawszy badaniu anatomicznemu 72 stawy, których końce stawowe uległy próchnieniu.

Toż samo zdanie wypowiedział Volkmann, który starą, powagą Virchowa i Huetera na długo zachwianą, teorię Rokitańskiego (że próchnienie jest procesem gruźliczym), znowu do życia powołał.

2) Jeżeli gruźlica jest chorobą infekcyjną, to *operacyjne leczenie*, jako czysto miejscowe, *powinno ulegć ograniczeniu*, terapia zaś powinna być ogólną i postawić sobie za zadanie usunąć zakażenie całego organizmu i tą dopiero drogą wpłynąć zbawiennie na cierpienie miejscowe.

3) Nawet antyseptyczne rezekcyje stawów, *nie wywierają stanowczego wpływu* na przebieg ogólnej choroby. Wniosek ten wyprowadził König na mocy 117 rezekcyj, wykonanych przezeń w ciągu 3½ lat, których rezultaty ogłosił na IX zjeździe chirurgów niemieckich.

4) Tam, gdzie przy stosowaniu *wyczekującej metody*, można liczyć na zachowanie stawu nieuszkodzonym, lub prawie nieuszkodzonym, nie należy robić rezekcyi w celu zabezpieczenia osobnika od ogólnej gruźlicy.

5) Nakoniec, co do wpływu rezekcyi na funkcje stawu, König, uwzględniając szczególnie staw *kolanowy*, jako najważniejszy i najwięcej podlegający chorobie,

dochodzi do wniosku, że właśnie w tych razach, gdzie rezekcja najbardziej zdaje się być pożądaną (fungus genu u dzieci), grozi w następstwie *niebezpieczeństwo utraty funkcji*, gdyż nawet w najlepszym razie pozostaje skłonność do stopniowo wzmagającej się kontraktury; prócz tego, w wielu razach rozwój członka zostaje wstrzymany wskutek odpilowania końców stawowych kości, jeśli wraz z takowymi usunięto chrząstki epifizarne. Smutne te następstwa dopiero po dłuższym czasie, po 6, 7, 8 latach—sposzręgać się dają.

Na podstawie tych obserwacji König twierdzi, że najchętniej podejmuje się wypilowania u osobników 12—20-letnich, najniechętniej zaś u dzieci przed 7-ym rokiem życia i mniema, iż ilość nieudatnych rezekcyj przy fungus zmniejszy się, jeżeli dążyć będziemy raczej do usunięcia chorej torebki niż kości.

Co do innych stawów König również jak najmniej rezekcji zaleca.

Powyższy pogląd Königa, na skutki rezekcji przy gruźlicy stawów, podzielają i inni autorowie, jak Esmarch, zalecający amputację przy caries, Julliard i Kocher wychwalający znakomite działanie ignipunktury i inni.

Albert jest stanowczo za zaniechaniem rezekcyj typowych u dzieci.

Hueter, aczkolwiek należał do najgorliwszych obrońców rezekcyj, które uważał za najlepszy środek przeciwzapalny przy chorobach stawów ¹⁾, to jednak w późniejszych swych pracach, jeżeli obstawał jeszcze za rezekcjami z wyluszczeniem torebki, to, jak powiada Albert, robił już wrażenie walczącego pour l'honneur du drapeau, gdyż w rzeczy samej zgadzał się

1) W pierwszym wydaniu dzieła: „Klinik der Gelenkskrankheiten” Hueter powiada, że przeciwzapalne działanie rezekcji stawu, polega już to na oddaleniu chorych części, już to na mechanicznej regulacji procesów zapalnych.

Zdanie to Albert obala, nie szczędząc Hueterowi uszczypliwych docinków.

na ograniczenie rezekcji i w ostatniem swem dziele (Grundris der Chirurgie), bardzo rozszerzył wskazania dla amputacji kończyn przy gruźlicy stawów.

Następnie autor zastanawia się nad przyczynami tego zaślepienia, z jakim dotychczas zapatrywano się na wartość leczniczą rezekcyj typowych i przypisuje go trzem następującym okolicznościom:

1) We wszystkich prawie pracach o rezekcjach kierowano się mniemaniem, jakoby przebieg rezekcyj patologicznych był pomyślniejszy niż rezekcji po ranach postrzałowych. Otóż zdanie to nie jest dowiedzionem, gdyż statystyka pod tym względem, daje nader niezgodne rezultaty; zresztą nieuwzględniono następstw funkcjonalnych, a zwracano uwagę li tylko na najbliższy rezultat leczenia, t. j.: śmierć lub utrzymanie przy życiu.

2) Nie robiono różnicy między leczeniem dzieci i dorosłych. Wiadomo, że u dzieci caries leczy się czasami sama przez się, jednakże robiono rezekcje u dzieci zarówno jak u dorosłych.

Przeciw takiemu postępowaniu oświadczył się pierwszy Volkman, a za nim Albert. Najślynniejsi chirurgowie londyńscy. (Bryant, Croft, Holmes, Hulke, Mae Cormac, Norsh i Lyell), porównywali rezultaty konserwatywnego i operacyjnego leczenia coxitis; porównanie to wypadło na korzyść pierwszego.

I tak:

W szpitalu dla dzieci cierpiących na coxitis, obserwowano 384 przypadków leczonych konserwatywnie; prócz tego obserwowano 320 rezekcyj w rozmaitych zakładach leczniczych. W ogóle śmiertelność po rezekcjach wynosiła 40%, przy konserwatywnem zaś leczeniu 33,5%, jeśli występowało ropienie; tam zaś gdzie nie dochodziło do ropienia śmiertelność wynosiła tylko 30,7%.

3) Metoda wypilowania była niewłaściwą. Polegała li tylko na utorowaniu sobie mniej lub więcej wygodnej drogi do końców stawowych kości i odpilowaniu

takowych. W ten sposób postępowano przez całe dziesiątki lat, pozostawiając miękkie części zajęte procesem gruźliczym.

Coby powiedziano, zapytuje Albert o metodzie operowania raka, polegającej na wycięciu części tylko nowotworu z pozostawieniem reszty?

Toż samo da się zastosować do rezekcji przy gruźlicy stawów, gdzie oddalono końce stawowe kości, podczas gdy tylko powierzchowna warstwa była chorobliwie zmieniona, a gruźliczą torebkę pozostawiono.

Wkońcu prof. Albert tak streszcza rezultaty najnowszych badań nad użytecznością rezekcji:

Jak uprzednio przy ranach postrzałowych, tak obecnie i przy próchnieniu kości, nastąpił stanowczy zwrot w zastosowaniu rezekcji.

Przy próchnieniu dziedzina wypitowań została z dwóch stron uszczuploną, ustępując miejsca amputacji u dorosłych, tudzież konserwatywnemu leczeniu u dzieci.

Tam, gdzie rezekcja jeszcze się praktykuje, wykonanie jej uległo zmianie: z jednej strony rezekcja przestała być typową, z drugiej strony mnożą się próby usunięcia samej torebki.

Dotychczas rezekcje polegały na oddaleniu chorąg kości. Obecnie operacja polega na obszernem cięciu w celu oddalenia torebki i na evidentem końców stawowych tylko na miejscu choroby.

Nie ulega wątpliwości, że nowy sposób operowania jest racjonalniejszy, gdyż polega na usunięciu części chorych z pozostawieniem zdrowych, gdy tymczasem dawniej, oddalano wiele części zdrowych, a pozostawiano nieraz chore.

Pierwszego oddalenia torebki dokonał Albert, w 1876 r., z nader zadawalniającym skutkiem.

Dotychczas jego materyjał nie jest jeszcze dość liczny, aby dozwolił na ostateczne rozstrzygnięcie kwestyi użyteczności tego postępowania.

Co do évidement, to Mosetig, Billroth i inni, zalecają je z zastrzeżeniem, że jamę kostną należy po operacji opatrzyć jodoformem, na co Albert się nie zgadza, uważając w ogóle évidement za sposób jeszcze mało wypróbowany.

Wkońcu autor uwzględniając znaczną ilość próchnień kości u dzieci, uleczonych bez operacji, bez rzekomych specyfików (jodoform), uwzględniając pomyślnie następstwa funkcjonalne, przy leczeniu konserwatywnem, przyznaje, że rezultaty operacji znacznie ustępują terapii konserwatywnej.

Praktyka więc obecnie powinna się zwrócić na drogę konserwatywnego leczenia.

U dzieci, lepiej jest zupełnie zaniechać operacji, natomiast prawdziwa terapia polegać winna na leczeniu ogólnego cierpienia, używaniu odpowiedniego pokarmu, powietrza i gimnastyki.

B. Polkier.

302. Dr. GUIARD. — **Rozwój samodzielny gazów w pęcherzu moczowym.**

Du développement spontané des gaz dans la vessie. (Annales des maladies des organes genito-urinaires—Nr. 4, 5, 6—1883 r.)

Autor, na zasadzie 4-ch osobiście obserwowanych przypadków, jako też 3-ch innych dokładniej opisanych w literaturze, stara się wyjaśnić sposób powstawania, przebieg i znaczenie semjologiczne rzadkiego objawu, polegającego na wydzielaniu gazów wraz z moczem przez cewkę.

Już w r. 1671 Wedel zwrócił uwagę na możliwość wydzielania się gazów przez cewkę moczową, następnie zauważyli ten objaw J. L. Petit, Boyer, Richerand, Vidal de Cassis, Piorry, Raciborski, a w ostatnich czasach Keyes. Przeglądając jednak odnośną literaturę przekonamy się, że prawie we wszystkich przypadkach gazy zostały wprowadzone do pęcherza, bądź przy katetyzacji, bądź też przez połączenie, które się wytworzyło między pęcherzem a kanałem pokarmowym; w zna-

cznej tylko mniejszości przypadków, zdaje się, iż gazy rozwinęły się pierwotnie w pęcherzu, do takich np. należą przypadki Raciborskiego i Keyesa, lecz obaj ci autorowie, przytaczając zresztą bardzo sumienne obserwacje, nie kusili się jednak o wyjaśnienie patogenii tego objawu.

G. kreśli następujący obraz cierpienia:

Symptomatologia: Wydzielanie gazów przez cewkę nie bywa poprzedzanem żadnem specjalnem uczuciem, które by dozwoliło przeczuć choremu, iż wydzieli gaz z moczem.

Okolica nadłonowa nie jest ani wzdęta, ani bolesna, uczucie potrzeby oddania moczu nie jest gwałtowniejsze jak zazwyczaj. Podczas samego przejścia gazów przez cewkę nie ma żadnego bólu.

Zwykle najprzód wydziela się mocz, a następnie dopiero gazy, bez względu na to, czy chory znajduje się w położeniu stojącym, czy leżącym, zależy to od tego, iż w obu razach szyjka pęcherza leży niżej od większej części jamy pęcherza, a gazy zbierają się w górze.

Inaczej się rzecz ma jeśli wysoko podniesiemy miednicę przez podłożenie poduszki, wtedy gazy pierwsze odejdą—jak to rzeczywiście miało miejsce w jednym przypadku, który autor obserwował wraz z prof. Guyon. Wydzielaniu się gazów przez cewkę, często towarzyszy odgłos podobny do powstającego przy wydzieleniu gazów przez odbytnicę,—czasami gazy mogą się wydzielać bez żadnego odgłosu; pod koniec zwykle wydziela się płyn spieniony, powstały ze zmieszania ostatnich kropli moczu z resztkami zawartego w pęcherzu gazu. Gazy wydalane nie mają żadnego zapachu. W żadnym z obserwowanych przez autora przypadków, nie udało się zebrać gazów, dla uskutecznienia analizy chemicznej. Chorzy, przedstawiający ten objaw, nie wydzielały gazów przy każdym moczeniu. Jest to objaw nieregularnie przepuszczający,

niekiedy znika na 1, 2 lub 3 dni, aby znowu występować regularnie przez 8, 10, a nawet 15 dni z rzędu.

Nigdy ani rodzaj pokarmów, lub napojów, ani spokój, lub ruch nie wywierały żadnego wpływu na wydzielanie gazów. Mocz bywał niekiedy zupełnie czysty, niekiedy zaś mętny i zawierał wielką ilość ropy, zawsze jednak oddziaływał kwaśno. W jednym przypadku z moczu nalanego do szklanki, wydzielaly się pęcherzyki gazu, jak z wina szampańskiego. Badany pod mikroskopem zawierał we wszystkich przypadkach wielką ilość wibryjonów.

Patogenija. Autor zauważył, że we wszystkich 4-ch przypadkach, w których obserwował wydzielanie gazów przez cewkę moczową, chorzy cierpieli na cukrzycę. Wiadomo powszechnie, iż mocz chorych cukrzycowych, nadzwyczaj szybko ulega fermentacji, tworzy tak wielką ilość gazów, iż wysadza korek od butelki, w której jest zawarty; mocz ten będąc słabo kwaśnym lub neutralnym w chwili wydzielenia; następnie daje coraz wyraźniejszy odczyn kwaśny, a cukier w nim zawarty rozkłada się na alkohol i kwas węglany. Przyczyną tej fermentacji są zarodniki *Torulae*, obficie napotykanne w moczu chorych cukrzycowych ulegającym kwaśnej fermentacji. Fermentacja odbywająca się na zewnątrz pęcherza, może się odbywać i w pęcherzu, pod warunkiem, iż do moczu skłonnego do fermentacji doprowadzimy niezbędne, wywołujące ją, niższe organizmy, dzieje się to zaś najczęściej w skutek katetyzacji; rzeczywiście autor zauważył, iż we wszystkich przypadkach, wydzielanie gazów przez cewkę powstało po uprzednim wprowadzeniu kateteru.

Tak więc we wszystkich przypadkach G. stwierdził:

1) Kwaśny odczyn moczu, charakterystyczny dla fermentacji moczu cukrzycowych.

2) Katetyzacyję, która poprzedzi-

ła wydzielanie gazów z moczem i bez której nie można by pojąć na jakiej drodze dostały się grzybki do pęcherza.

3) Istnienie grzybków w moczu chorych, wydzielających gazy przez cewkę moczową.

4) Nakoniec obecność większej lub mniejszej ilości cukru w moczu tych chorych.

Na podstawie tych danych autor twierdzi, iż tworzenie się gazów w pęcherzu jest w ścisłym związku z cukrzycą i polega na rozkładzie cukru na alkohol, który się miesza z moczem i kwas węglany, który się wydziela.

Potwierdzić możnaby hipotezę autora:

1) Przez chemiczną analizę gazów wydzielanych, jeśli się okazało, iż główną składową częścią jest kwas węglany.

2) Przez destylację moczu, jeśli w destylacie otrzymano alkohol.

Nie wykonawszy obu tych prób z przyczyn od niego nie zależnych, G. utrzymuje, iż sam fakt obecności cukru u wszystkich chorych wydzielających gazy z moczem, jest dowodem przemawiającym na korzyść jego hipotezy. Od dalszych obserwacji należy oczekiwać stwierdzenia jej przez powyższe próby.

Znaczenie semjologiczne. Ze wszystkiego wyżej powiedzianego wypływa, iż samodzielne tworzenie się gazów w pęcherzu, należy uważać za ważny objaw cukrzycy, w tem też polega cała jego wartość.

Znaczenia prognostycznego zdaje się nie mieć żadnego, chorzy czują się zupełnie jednakowo tak podczas wytwarzania się gazów w pęcherzu, jak i po zniknięciu tego objawu. Kruszenie kamienia lub cięcie pęcherza, mogą być u takich chorych wykonywane bez obawy.

Leczenie. G. zaleca leczenie djetetyczne i farmaceutyczne, stosowane zazwyczaj u chorych cukrzycowych; specjalnego leczenia zwykle nie potrzeba, jeśli

jednak wydzielanie gazów wywoływało jakieś niedomaganie, któreby skłoniło chorych do życzenia jak najszybszego pozbycia się nieprzyjemnego objawu, natenczas G. radzi wstrzykiwać do pęcherza roztwór azotanu srebra ($\frac{1}{300}$), lub kwasu bornego ($\frac{1}{20}$), dla zabicia niższych organizmów wywołujących fermentację cukru.

W. H. Krajewski

303. GALEŹOWSKI. **O leczeniu tabetycznego zaniku tarcz nerwów wzrokowych za pomocą podskórnych wstrzykiwań cyjanku złota, platyny i srebra.** (*Comptes rendus hebdomadaires des seances de la société de biologie* Nr. 13, 1883).

Postępowy zanik tarcz nerwów wzrokowych jest po większej części tabetycznego pochodzenia; przy leczeniu dotychczas używanem udawało się wprawdzie otrzymać znaczne polepszenie innych objawów wiađu rdzenia kręgowego, lecz zanik nerwów wzrokowych postępował zawsze naprzód. W 11 przypadkach tabetycznego zaniku tarczy zastosował autor podskórne wstrzykiwania podwójnych soli: cyjanku srebra i złota z cyjankiem potasu i cyjanku platyny z cyjankiem sodu, (0,20 cent.—gram. wody destylowanej).—Rezultat w trzech przypadkach był nadzwyczaj zachęcający: nietylko zanik nerwów wzrokowych nie postępował dalej, lecz u niektórych bóle strzelające bardzo szybko znikły, lub przynajmniej znacznie się zmniejszyły.

Taką samą metodę postępowania zaleca autor przy cierpieniu natury syfilitycznej,—cyjanek rtęci może dać także w tym razie dobry rezultat (4 przyp.); lecz preparat ten podawać można niedługo i w dozach nieprzewyższających 10 miligramów, gdyż w przeciwnym razie wywołuje nadzwyczaj silne rozwolnienie.

Przybylski.

304. Dr. GERMANN. *Statistisch-klinische Untersuchungen über das Trachom.*—(*Inaug. diss. Dorpat 1883 str. 80*).

Autor oparł ciekawe wyniki swych obserwacji na 250 chorych, obserwowanych

w klinice profesora Raehlmanna. Dzięki znacznej ilości cierpiących na jaglicowe zapalenie łącznicy, jakie dostarczają ostsejskie gubernije, w Dorpacie, często

pojawiają się ciekawe prace dotyczące cierpień łącznicy, przeważnie jaglicy (trachoma) i mączkowatego jej zwyrodnienia (hyaline et. amyloid. degener.)

		I Stadium Liczba chorych 76. Liczba oczu 126.	II Stadium. Liczba chorych 76. Liczba oczu 127.	Stadium III. Liczba chorych 123. Liczba oczu 217.
Oba oczy w jednakowym stadium		66 ⁰ / ₀	67 ⁰ / ₀	79 ⁰ / ₀
Tylko jedno oko jaglicowe		20 „	12 „	1 „
Oba oczy w rozmaitych stadiach :		14 „	21 „	20 „
Jedno oko zdrowe		13 „	9 „	0,5 „
Choroby powiek	Zapalenie brzegu powiek	29 ⁰ / ₀ brak brak brak brak	61 ⁰ / ₀ 25 „ 17 „ 10 „ 13 „	69 ⁰ / ₀ 54 ⁰ / ₀ 31 „ 44 „ 36 „ 16 „
	Zwężenie szpary powiek (blepharophymosis)			
	Distichiasis et trichiasis			
	Skrzywienie chrząstki powiek			
	Zmiana w położeniu brzegu powiek (entropion).			
Choroby dróg łzowych	Plica et caruncula zapalne	17 ⁰ / ₀ brak brak 2 ⁰ / ₀ brak	61 ⁰ / ₀ 15 ⁰ / ₀ 21 „ 13 „ 58 „ brak	64 ⁰ / ₀ 4 ⁰ / ₀ 22 „ 33 „ 56 „ 5 „
	„ „ bruzdowate			
	Caruncula zanikła.			
	Stenosis i fałszywe położenie punkcików łzow.			
	Dacryocystoblenorrhoe			
Choroby rogówki	Pannus	63 ⁰ / ₀ 33 ⁰ / ₀ 18 „ 21 „ 10 „ brak	28 ⁰ / ₀ 74 ⁰ / ₀ 24 „ 26 „ 17 „ 13 „	38 ⁰ / ₀ 47 ⁰ / ₀ 7 „ 60 „ 16 „ 6 „
	Phlyctenae			
	Zmętnienie rogówki			
	Ulcera et leucomata			
	Keratoconus et Staphyloma			
Rogówka pomimo jaglicy nie porażona		37 ⁰ / ₀	2 ⁰ / ₀	1 ⁰ / ₀
Ostrość wzroku	Prawidłowa	45 ⁰ / ₀	10 ⁰ / ₀	6 ⁰ / ₀
	Zmniejszona	55 „	90 „	94 „
Symblepharon.		brak	13 ⁰ / ₀	20 ⁰ / ₀
Xerosis conjunctivae		brak	brak	8 ⁰ / ₀

Poprzedziwszy wypisami z autorów, co to jest conj. granulosa i trachoma, autor na str. 16-tój, przechodzi do części klinicz-

nej, gdzie rozpatruje jaglicę pod każdym względem: przebieg, symptomatologia, pochodzenie i etiologia, różniczkowe roz-

poznanie i terapia (w wypadkach ostrych, 1 lub 2% rozc. lapisu, zimno, w chronicznych tuszowanie sinym kamieniem, wyciskanie jaglicowych ziaren; przytem obmywanie oczu 2% rozcynem kwasu borowego etc.)

W ziarnach jaglicowych Saemisch i Raehlmann wykryli limfatyczne foliкуły. Przeto dr. G. nazywa conj. foliculosa Saemisch'a—trachoma acuta. Zdaniem G-na jaglica wtedy tylko może być rozpoznana, gdy mikroskopijnie (za pomocą 4 — 6 krotnego powiększenia lupą) ziarna jaglicowe — limfatyczne foliкуły Raehlmanna — dowiedzione będą. Jaglica jest to zbiór symptomatów choroby z przebiegiem typowym.

Część statystyczną jaglicy (od str. 37), którą głównie obserwujemy między 10 — 25 rokiem życia, streszczam w następującej dość pouczającej tablicy.

Autor zwrócił uwagę nietylko na zejścia i komplikacje tej uporczywej choroby, ale też i na ostrość wzroku zmniejszającą się wskutek porażenia rogówki do możliwości liczenia palców lub poczucia światła.

V. Gyniekologija i Pediatryja.

305. BERRY HART i BARBOUR. **O rozdarciu szyjki macicznej.** *De la lacération du col (Annales de Gynécologie. Marszec 1883).*

EMMET był pierwszym, który zwrócił uwagę na doniosłe znaczenie rozdarcia szyjki macicznej, jako na jedną z głównych przyczyn różnorodnych cierpień macicznych i pierwszy też zaproponował radykalne leczenie tegoż.

Anatomija patologiczna. Siedliskiem rozdarcia bywa pospolicie część przednia i strona lewa szyjki, — prawdopodobnie skutkiem częstości położenia czaszkowego I-go, przy którym największa objętość główki uciska szyję maciczną od przodu. Rozdarcie może nastąpić w jednym, w dwóch, lub kilku kierunkach, i przed-

stawiać różną rozciągłość, — od małego przedarcia ujścia zewnętrznego, aż do szczeliny dzielącej obydwie wargi, a niekiedy przechodzi aż na sklepienie pochwy.

Następstwem rozdarcia jest obnażenie błony śluzowej, kanału szyjki i sprowadzenie tem samym stanu zapalnego, już to bezpośrednio, już to przez tarcie o ściany pochwy, skutkiem czego powstaje przerost szyjki i bardzo często wywrócenie (ectropium) jej warg. Nierzadko mianowicie po stronie rozdarcia dostrzegać się daje cellulitis, lub stwardnienie więzów szerokich, powodujące uczucie bólu, zwłaszcza przy badaniu.

Skonstatować można również często niekompletną inwolucyję macicy.

Napotykamy też nabłonek cylindryczny, na szyjce macicznej tam, gdzie go w stanie normalnym nie ma, — zajmuje on miejsce nabłonka płaskiego, szybko się rozradza, nadając powierzchni wejrzeń owrzodzenia.

Przyczyny. Podług Emmet'a rozdarcia szyjki przytrafiają się 32,8, podług Runde'go zaś 30 na 100 porodów. Szyjka maciczna, której tkanka z jakiego bądź powodu jest stwardniałą, bez wątpienia ulega łatwiejszemu rozdarciu, w ogóle jednak nie wiadomo jakie zmiany usposabiają szyjkę do rozdarcia.

Zdawałoby się, że przy porodach szybko postępujących, a zatem przy takich, przy których szyjka nie ma czasu do dostatecznego rozszerzenia się, rozdarcie łatwiej następuje. Emmet jednak i Pallen, stwierdzili, że nierównie częściej przytrafia się przy porodach długotrwałych.

W klasie zamożnej rzadziej się z tem zбочeniem spotykamy.

Objawy. Rozdarcia same przez się nie wywołują żadnych objawów; krwotok wprawdzie może powstać w chwili naruszenia całości tkanki, lecz nie występuje przy istniejącym już rozdarciu. Jako następstwo pojawia się jedna z ważniejszych zmian, t. j.: katar szyjki macicznej, później objawy nerwowe natury refleksyjnej, bę-

dące wyrazem tworzenia się tkanki bliznowatej.

Cellulitis i niedokładna inwolucja macicy często występują jednocześnie z rozdarciem. Niekiedy jednak znaczne nawet rozdarcia, nie powodują żadnych zaburzeń w miednicy.

Najczęściej chore skarżą się na białe upławy, oraz na dolegliwości właściwe stanom zapalnym miednicy lub macicy.— Miesiączkowanie odbywa się nieregularnie; zwiększone ilościowo, — występują niekiedy newralgie, cechujące się dolegliwym bólem zwłaszcza przy badaniu.— Emmet zaznacza zniknięcie newralgii po usunięciu tkanki bliznowatej z szyjki rozdartej. Drgawki kataleptyczne były również obserwowane.

Rozpoznanie. Przy badaniu wyczuwać się daje na części pochwowej rozdarcie pod różną postacią; ujście maciczne bywa niekiedy otwarte, tak, że palec w nie wejść może. Gdy wywiniecie warg (ectropium) jest w znacznym stopniu, wówczas może ono maskować rozdarcie,— wszelką jednak wątpliwość w tym względzie usuwa badanie wziernikiem, pozwalające dostrzedz powierzchnię żywo-czerwoną, łatwo krwawiącą, dającą wejrzenie ziarniny. — Powierzchnię tę niesłusznie oznaczają mianem owrzodzenia, nie ma tu bowiem utraty substancji, lecz tylko przerwa w ciągłości.

Przy pomocy tenaculum, wywinęte wargi ust macicznych, możemy chwilowo odwrócić ku ich powierzchni wewnętrznej, przy czem rozdarcie przedstawia się w całej okazałości; — do diagnostycznego tego środka uciec się można ilekroć zachodzi jaka wątpliwość.

Leczenie zasadza się na dokładnej znajomości anatomii patologicznej i na niej też opartą jest operacja Emmet'a polegająca na odświeżeniu brzegów rozdarcia i zjednoczeniu ich za pomocą szwów. Przeciwwskazania do operacji stanowią 1) rozdarcia znacznych nawet rozmiarów nie wywołujące wszelako żadnych objawów i

2) obecność stanów zapalnych w miednicy jak cellulitis lub pelwiperitonitis.

Wskazania. Emmet uważa operację za konieczną w tych wszystkich przypadkach, w których rozdarciu towarzyszy przerost macicy, lub gdy występują objawy nerwowe. Autorowie radzą operować przy obecności wywinęcia błony śluzowej (ectropium) w połączeniu z katarą szyjki, bez względu na to, czy istnieje inwolucja macicy lub nie.

Na kilka tygodni przed operacją, chora winna używać wstrzykiwań z ciepłej wody,—wrazie gdy objawy cellulitis występują, należy zaaplikować vesicans.— Emmet uważa to przygotowawcze leczenie za bardzo ważne i nadmieniam, że do operacji nie należy przystępować ilekroć przy badaniu palcem dostrzedz się daję jakąbądź nadczułość.

Operacja. Narzędzia potrzebne do operacji: irrigator; wziernik Simsa; pincety; podwójne tenaculum; kółko kauczukowe; bistury i nożyczki; porte-aiguilles; drót srebrny średniej grubości; igły krótkie, proste i krzywe. Po zachloroformowaniu układu się chorą jak do operacji kamienia, po czem pincetą sprowadza się szyjkę maciczną na dół, jednocześnie zaś ściga przy pomocy podwójnego tenaculum obydwą brzegi rozdarcia, celem zbadania jaką ilość tkanki należy oddalić.—

Następnie na pincetę utrzymującą szyjkę maciczną, nakłada się kółko kauczukowe, które posuwa się aż do podstawy szyjki, tym sposobem unika się krwotoku i z większą łatwością operować można. W miejsce kółka kauczukowego można stosować irygację ciągłą z wody karbolowej, przez cały czas trwania operacji. Odświeżenie brzegów dokonywa się skalpelem lub nożyczkami. Emmet używa pierwszego—inni autorowie przekładają te ostatnie dla prędszego i łatwiejszego działania: nożyczkami o długich ramionach można oddzielić jednym cięciem całą tkanę z jednego brzegu. Przy rozdarciu obu stronem należy na linii środ-

kowej pozostawić szeroką przestrzeń, która ma formować ścianę kanału szyjki.

Do zszywania tak odświeżonych brzegów, Emmet używa igieł okrągłych i drutu srebrnego. Szwy nakłada się jak pokazuje fig. 1, poczynając od części górnej rany; drutu nie należy skręcać dopóki następny szew nie zostanie nałożony, gdyż często zmuszeni jesteśmy zwłaszcza gdy tkanka jest cienką, przeprowadzić igłę naprzód przez jedną następnie przez drugą wargę. Końce drutów winny być dostatecznie długie tak, aby z pochwy wychodziły.

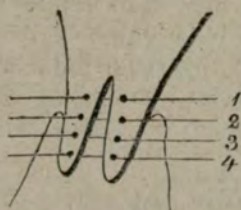


Fig. I.
Sposób nakładania szwu.

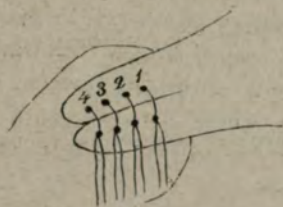


Fig. II.
Profil części pochwowej po zszyciu.

Odjęcie szwów następuje 7-go lub 8-go dnia, po wprowadzeniu wziernika przy pomocy nożyczek, krzywego haczyka i pinetki. Szwy należy odejmować kolejno począwszy od góry. *Jan Erlich.*

306. M. HERZ. **Rozwolnienie u dzieci w pierwszych latach życia.** *Die Diarrhoe im ersten Kindesalter.* (Wiener Klinik — Zeszyt II—r. 1882).

Cierpienia organów trawienia, stanowią główną przyczynę wielkiej śmiertelności dzieci w pierwszych dwu latach życia. Statystyczne biuro wiedeńskie obliczyło, że zmarłe w ciągu roku 1880 na zaburzenia w trawieniu dzieci, stanowią 70,8%

ogólnej śmiertelności. Największa ilość dzieci umiera w pierwszym roku życia skutkiem *rozwolnienia*, które wszakże nie stanowi oddzielnej formy chorobowej, lecz jest tylko wyrazem cierpienia umiejscowionego w jednym z odcinków kanału pokarmowego. Chcąc więc skutecznie zwalczyć rozwolnienie, należy przede wszystkim dokładnie oznaczyć umiejscowienie choroby, do czego dojść można przez troskliwe wypytanie się o sposoby żywienia dziecka, przez zbadanie wypróżnień stolcowych i innych towarzyszących rozwolnieniu objawów.

Chcąc poznać zбочenia w wypróżnieniach, należy zapoznać się z wypróżnieniami dzieci—ssawców zdrowych.

Ilość dzienna wypróżnień stolcowych u zdrowych ssawców, zdaniem UFFELMANNA, jest bardzo zmienna. Za zasadę przyjmując można, że na 100 gramów żywności przypada 3 gramy kału. Z początku dziecko miewa 2 do 4 wypróżnień na dobę, potem ilość ta spada do 1 lub 2 wypróżnień. Kał posiada zabarwienie żółte, które w kilka godzin później przechodzi w żółto-zielone, lub zielone, co zależy od przejścia bilirubinu w biliwerdynę.—Prawidłowe wypróżnienia posiadają skupienie białej maści, bywają jednak wypróżnienia prawidłowe twarde lub całkiem twarde. Zapach i odczyn słabokwaśne.

Badania drobnowidzowe kału, dokonane przez Uffelmana, pokazały, że zwykły kał u ssawców zdrowych zawiera liczne grzybki, kulki tłuszczowe i kryształki kwasów tłuszczowych, proteinę, mucynę, komórki nabłonkowe i śluzowe, sole, cholestearynę i kryształki bilirubinu.

Kał zawiera do 85% wody, i 15% części stałych. Z tych ciał nieorganicznych 1,5%, organicznych zaś 13,5%, a mianowicie ślady proteiny i cholestearyny, 2—3% tłuszczu,—resztę stanowią kokki, nabłonki i śluz. W tak zw. wypróżnieniach tłuszczowych, na które Demme zwrócił uwagę, ilość

tłuszczu i kwasów tłuszczowych może wynosić 13, a nawet 20%. Uffelman dowiódł, że z przyjętego pokarmu 1 — 3% zostaje wydalonych składowych części mleka matki, proteina prawie całkowicie przyswaja się, tłuszczu 97%, soli zaś tylko 80—90%—pozostała część wydalona zostaje ze stolcami.

Im dziecko staje się starsze i im pokarmy jego zbliżają się bardziej do pokarmów ludzi dorosłych, tym stolce coraz bardziej zbliżają się do stolców ludzi dorosłych.

Przy rozwolnieniu ilość wypróżnień na dobę znacznie wzrasta i dojść może do 30. Kolor się zmienia: wypróżnienia mogą być blade, białe, ryżowe, jasno — i — ciemno-zielone, czarne lub czerwone.

Zapach staje się przenikliwie kwaśnym; odczyn neutralny lub alkaliczny, zamiast być słabo kwaśnym. Wypróżnienia te mogą zawierać nieprawidłowe części składowe: niezwykłą ilość tłuszczu, śluzu; krew, ropę, obce zarazki i t. d., dla dokładnego rozpoznania choroby, należy wypróżnienia badać, nie tylko gołem okiem, ale drobnowidzem, a także przy pomocy odczynników chemicznych.

To ostatnie badanie jest najważniejsze, albowiem tą drogą najłatwiej oznaczyć jakość i ilość nieprawidłowych części, zawartych w kale. Na tem polu szczególnie położyli zasługi Monti i Uffelman.—

Dla wykrycia białka postępuje się w ten sposób: Kał rozpuszcza się w wodzie przekroplonej, zlekka zakwaszonej, (roztwór pół procentowy), poczem płyn ten przepuszcza się przez filtr. Przesączynę (filtrat) gotuje się i, jeżeli po ostygnięciu powstaje zmętnienie, należy płyn powtórnie przefiltrować, po czem się nań działa odczynnikami chemicznymi. Uffelman neutralizując przesączynę za pomocą rozmaitych odczynników, jak wyskokiem, roztworem taniny i t. d., nie tylko wykrywał białko, ale także naturę tegoż białka określał.

Dla wykrycia tłuszczu wystarcza do-

dodanie wody do kału; tłuszcz wówczas wypływa na powierzchnię płynu, tworząc pokład tłuszczowy tem większy, im większa była zawartość tłuszczu w wypróżnieniach.

Dokładniejsze oznaczenie ilości tłuszczu i kwasów tłuszczowych, dokonywa się za pomocą eteru.

Obecność bilirubinu w kale łatwo wykazać przez dodanie słabego roztworu sodu. Po przefiltrowaniu dodaje się do przesączyny stężonego kwasu azotowego, przy czem zabarwienie białe — żółtawe przechodzi w zielone, niebieskie, fioletowe, czerwone, a nareszcie w żółte. Dla wykrycia biliwerdinu, kał rozpuszcza się w chloroformie i po dodaniu do roztworu kwasu azotowego występuje zielone zabarwienie.

Śluz można już gołem okiem rozpoznać. Przy mniejszej ilości, rozpuszcza się nieco kału w wodzie; do filtratu dodany kwas octowy, który wywołuje zmętnienie, zależne od obecności mucyny. Jeszcze lepsza jest próba Hallera: Kał rozpuszcza się w wodzie, poczem dodaje się stężonego roztworu potasu. Jeżeli był śluz, roztwór przez ciągłe klócenie zamienionym zostaje w masę stężoną i ciągnącą się.

Ropę najłatwiej daje się wykryć przy pomocy drobnowidzu.

Czasami wypróżnienia stolcowe u ssawców zawierają obce substancje, jak rzewień lub drzewo kampszowe. Rzewień barwi kał na kolor mocnożółty.

Dla wykrycia rzewienia, rozpuszcza się nieco kału w wodzie; do roztworu dodaje się kilka kropel amoniaku, poczem wytwarza się osad granatowo-czerwony, który jednakże po dodaniu kwasu zupełnie ginie.

Drzewo kampszowe nadaje wypróżnieniom barwę mocno-czerwoną, którą łatwo można błędnie przypisać krwi.

Dla wykrycia kał rozpuszcza się w wodzie i jeżeli do roztworu dodamy kilka

kropel kwasu, barwa czerwona ginie zupełnie.

Następujące cierpienia kanału pokarmowego mogą wywołać rozwolnienie.

1) *Niestrawność* (dyspepsia).

Wypóżnienia stolcowe mają zabarwienie: białe, blado-żółte i żółtawo-zielone, zawierają strawione i niestrawione części pokarmów. Wypóżnienia te, badane chemicznie, składają się z tłuszczu i kwasów tłuszczowych, z resztek mleka, nabłonka i śluzu. Spojenie skutkiem większej zawartości wody, jest luźniejsze. — Niestrawność zależy zdaniem Widerhofera, od nadmiernego wytwarzania się kwasu masłowego i octowego. Przy tem oprócz rozwolnienia, można zauważyć odbijanie się kwaśne, wymioty, kwaśny zapach z ust, pleśniawki, tworzenie się niezwykłej ilości gazów w żołądku i kiszkiach, otarcia na skórze około odbytnicy (eczema, intetriga). Jednym z głównych objawów niestrawności są wymioty.

Niestrawność u ssawców powstaje z jednej strony przez zboczenie jakościowe i ilościowe w wydzielinach żołądka, z drugiej zaś skutkiem podrażnienia kanału pokarmowego wprowadzonymi do żołądka pokarmami (dyspepsia ab ingestis).

Soltmann utrzymuje, że u noworodków istnieje fizjologiczne usposobienie do niestrawności, skutkiem niedostatecznego rozwoju gruczołów trawieńcowych i niedostatecznego wydzielania się żółci i soku trzustkowego (Leube). Za częste i nieprawidłowe podawanie piersi, jak również nieodpowiedni pokarm, są prawie najważniejszą przyczyną niestrawności u noworodków.

Terapija. Przedewszystkiem należy wypełnić wskazanie przyczynowe. Dzieci sztucznie karmionych, pierwszym obowiązkiem jest zbadać pokarm.

Jeżeli dziecko zawczasem odstawionem zostało od piersi, nieraz powtórne podanie piersi, szybko usuwa niestrawność. Jeżeli to się nie udaje, należy z początku zamiast mleka podawać substancyje klej-

kie, owsiankę, rosół z cielęciny, a głównie mieszanek Biederta (Biedert's Künstliches Rahmgemenge), która pozwala na powolny powrót do czystego mleka.

Kiszki należy z początku oczyścić za pomocą kalomelu.

Przy braku soku żołądkowego, należy podawać dobrą pepsynę (gr. 1 — 11 przed każdym jedzeniem) i kwas solny.

Przy zbyt niemiernym wytwarzaniu się kwasów, zaleca się dwuwęglan sodu, lub woda wapienna. Wreszcie można zalecić dłuższe użycia Tinct. nuc. vomic gr. 11 na 2 uncyje płynu, (co 3 godziny po łyżeczce).

2) *Ostry nieżył kiszki.* Ilość dzienna wypóżnień, składających się przeważnie z wody i niewielkiej domieszki kału, jest znacznie zwiększoną.

W nich pod drobnowidzem znajdujemy niestrawione części składowe mleka, komórki nabłonkowe, ciała limfoidalne, śluz i nieco krwi w postaci kropek lub nitek.

Zabarwienie stolców jest słabe; zapach, z początku kałowy, po pewnym czasie ginie zupełnie, lub też staje się przenikliwie śmierdzącym, zgnitym. Odczyn wypóżnień, z początku słabokwaśny, w przypadkach ciężkich stać się może alkalicznym.

Dziecko przed oddaniem stolca, staje się niespokojnym; wypóżnienia, którym towarzyszy odejście wiatrów, następują szybko jedno po drugim i mogą stać się powodem szybkiego upadku sił. Jeżeli sprawa ogranicza się do kiszki cienkich, wypóżnienia są wodniste i niezawierają krwi. Przy przejściu procesu na kiszki grube, stolce stają się stosunkowo gęstsze skutkiem wielkiej zawartości śluzu, a nawet krwi.

Ostry nieżył kiszki najczęściej powstaje, jako dalsze następstwo niestrawności. Zła woda do picia, zepsute powietrze, nagłe zmiany temperatury, najczęściej wywołują nieżył kiszki, do którego zresztą największą posiadają skłonność

dzieci źle odżywiane, lub dotknięte krzywicą.

Przy leczeniu główną odgrywa rolę dyjeta. Najodpowiedniejszym jest pokarm matki lub mamki. U dzieci sztucznie odżywianych, należy chwilowo zupełnie się wstrzymać od mleka, a w zamian podawać pokarmy kleiste.

Postępowanie lecznicze jest z początku takie same, jak przy niestrawności. Należy oczyścić kiszki kalomelem lub rzezieniem, następnie stosuje się pepsynę i kwas solny.

U dzieci krzywicowych i anemicznych dobre oddają usługi ferrum i phospor calcis. Z zastosowaniem makowca należy być ostrożnym. Wiederhofer sześciomiesięcznym dzieciom daje jedną kroplę tincturae opii na dzień, lub po $\frac{1}{3}$ pulv. Doveri na dawkę. Ze środków ściągających należy stosować te, które zarazem mają działanie podniecające; tinctura kino, catechu, rhatanhae; oprócz tego chininum tannicum i bizmut.

Przy grożącym upadku sił, podawać środki pobudzające.

3) *Przewlekły nieżyt kiszek*, powstaje najczęściej skutkiem powtarzających się błędów dyjetetycznych, głównie, u dzieci, dotkniętych zółzami, krzywicą lub blednicą. Kliniczny obraz tego cierpienia stanowi:

Wzdęty brzuch, przepełniony gazami; ścięczenie ścian kiszek i zanikanie gruczołów kiszkowych, złe trawienie, bladaczka, wychudnienie w najwyższym stopniu — obrzmienie gruczołów krezkowych i t. d.

Wypróżnienia stolcowe są częste i obfite, zabarwione w sposób odpowiadający przyjętemu pokarmom, przenikliwe smrodliwego zapachu. Wypróżnienia albo następują szybko, jedno po drugim, przy silnych bólach i z odejściem gazów śmierdzących; albo też są one rzadsze i bez bólów. Opukiwanie kiszek daje jasny tympaniczny. Ilość moczu jest zmniejszona; pragnienie większe lub mniejsze,

stosownie do ilości wypróżnień. Apetyt jest wzmożony, dochodzi nieraz do uczucia gwałtownego głodu. Dzieci są w najwyższym stopniu wyniszczone, przyłącza się obrzęk kończyn, obrzmienie gruczołów pachwinowych i t. d.

Przy leczeniu najważniejszą odgrywają rolę środki dyjetetyczne. Pokarmy należy podawać dzieciom często i w niewielkiej ilości. Dzieciom sztucznie karmionym, należy dać mieszankę śmietankową Biederta, mieszaninę mleka z rosółem cielęcym lub, według Soltmanna, mieszaninę złożoną z trzech części mleka, dwóch wody i jednej części wody wapiennej. Należy następnie dbać o dobre powietrze i o dobrą wodę do picia. Ze środków leczniczych znajdują najczęstsze zastosowanie: makowiec, proszek Dowera, chininum tannicum, bizmut, ratanhia, colombo, i t. d. Dobrze również działają zawijania przysnicowskie, a w rekonwalescencji żelazo.

4) *Enteritis follicularis*, polega na cierpieniu kiszek grubych, głównie gruczołów samotnych (gland. solitariae). — Najczęściej cierpieniu temu ulegają dzieci do pierwszego roku życia; choroba najczęściej powstaje z niestrawności, po odstawieniu od piersi — i w następstwie odry, krztuśca, chorób serca i płuc. Charakterystyczne są wypróżnienia, które składają się z wielkiej ilości śluzu szklistego, bezbarwnego, albo blado-zielonego, ze krwi, ropy i niestrawionych części pokarmów. Ilość wypróżnień na dobę, może dojść do dwudziestu i wyżej. Przed oddaniem stolca, dziecko jest zwykle niespokojne; sam zaś akt defekacji jest bolesny i połączony z wydymaniem, często prowadzącym do wypadnięcia odbytnicy. Dzieci chudną szybko i dostają po pewnym czasie obrzęku kończyn.

Leczenie jest takie same, jak przy nieżycie przywlekłym kiszek, z tą wszakże różnicą, że tutaj bardzo ważną rolę odgrywają lawatywy z dodaniem rozmaitych środków uspakajających lub ściągających.

Im proces jest świeższy, tem mniejsze powinny być lewatywy.

5) *Cholera dziecięca*.— Leczenie ma na celu zwalczyć groźne objawy upadku sił. W tym celu należy od samego początku stosować silne środki pobudzające.

Jeżeli wino nie jest znoszone, można je zastąpić cognaciem, mocną czarną kawą, herbatą i t. d.

Ponieważ zdaniem Bagińskiego i wielu innych, cholera u dzieci powstaje głównie skutkiem rozkładu i gnicia pokarmu w kanale pokarmowym, przeto należy przede wszystkim stosować środki usuwające zawartość kiszek.

Pierwszeństwo należy się zdaniem Widerhofera, kalomelowi in refr. dosi; Soltmann w tym celu zaleca 1 gr. kwasu karbolowego, na 2 uncyje wody miętowej z dodaniem jednej kropli nalewki makowej.

Soltmann oprócz tego gorąco zaleca natrum benzoicum (jedna drachma na 3 uncyje wody z dodaniem 1/2 drachmy cognacu). Natrum benzoicum działa jako antimycoticum i excitans. Jeszcze lepsze skutki otrzymywał Soltmann z rezorcyny (2 grana na 2 uncyje naparu z rumianku z dodatkiem jednej kropli Tincturae opii, co 2 godziny po łyżeczce).

Autor nieraz stosując w takich przypadkach rezorcynę, przekonał się również o dzielności tego środka.

Środki ściągające przy cholery u dzieci, nie cieszą się żadnym uznaniem; jeszcze najlepiej z nich działa bizmut. Makowca u dzieci, niemających jeszcze roku, najlepiej zupełnie unikać.

Przy leczeniu cholery u dzieci, należy baczyć na odżywianie. W tym kierunku autor otrzymał najlepsze wyniki, stosując metodę Epesteina.

Epstein przez pewien czas, zamiast mleka zwykle nie znoszonego, każe podawać dzieciom wodę białkową, którą przygotowuje się w ten sposób, że białko jajka kurzego zbija się z pół litrem wody

przegotowanej, roztwór następnie należy przecedzić.

Wody tej daje się dzieciom jedno—lub dwumiesięcznym po 50 grm., co dwie lub trzy godziny; starszym zaś nieco więcej. Dzieci, nie znoszące mleka, mogą przez pewien czas używać tej wody, którą Herz zaleca bardzo gorąco.

6) *Dysenteria*.—Przyczyny i objawy choroby, jako dokładnie znane, pomijamy w zupełności.

Najważniejsze leczenie jest dyjetetyczne. Podczas epidemii, należy unikać złych pokarmów, złej wody, niedojrzałych owoców i przeziębienia. Dzieciom sztucznie żywionym należy dostarczyć dobrego mleka krowiego.

Z początku należy oddać pierwszeństwo środkom przeczyszczającym. Następnie przejść można do makowca i jego preparatów. Przy dysenterji czerpiemy głównie z działu środków ściągających: bizmut, tannina, octan ołowiu.

Doskonale przy tém cierpieniu działają lewatywy, do których dodać można środki ściągające, kojące lub przeciwnie.

H. Goldblum.

MISCELLANEA.

307 Wycięcie pierwotnego stwardnienia przymiotowego.

Od czasu jak AUSPITZ w r. 1877 zalecił powyższą operację, zebrala się w tym przedmiocie obszerna literatura. Zdania niebawem się rozdzieliły.

Podług jednych autorów, jad specyficzny rozwija się z początku tylko miejscowo i stąd dopiero daje przerzuty, podobnie, jak złośliwe nowotwory. Inni mówią, iż jad przymiotowy rozwija się wprawdzie w miejscu pierwotnego zarażenia najmocniej, bo tu znajduje najpomyślniejsze dla siebie warunki, lecz jednocześnie i niezależnie zarazek roznosi się po całym ustroju.

Trzeci pogląd wreszcie jest ten, że ogólne zakażenie może nastąpić od razu, lecz działanie zarazka wskutek ciągłego wessania z pierwotnego stwardnienia zyskuje na sile.

Żaden wszelako z powyższych wniosków, opartych raczej na teorii, aniżeli na doświadczeniu klinicznym, nie da się całkowicie usprawiedliwić.—Dr Lassar, jako zwolennik wycinania pierwotnego stwardnienia, opisuje wyniki swych spostrzeżeń na 48.

chorych. Wycinał on szankier wtedy tylko, gdy nie było charakterystycznego obrznięcia gruczołów, co dowodzi że zarazek jeszcze się nie rozprzestrzenił w ustroju. Po uspianiu chorego chloroformem, lub miejscowem znieczuleniu eterem i obmyciu kwasem karbolowym L. wykonywał jedno tylko cięcie nożycami. Skoro stwardnienie sięgało głębiej, używał ostrój łyżeczki lub małych nożyczek Cooper'a. Po kilku dniach następowało zagojenie „per primam. Niekiedy powstawał nacisk obrzękowy w napletku, który wkrótce sam zniknął, lub też tworzyło się w ranie nowe stwardnienie, które L. w podobny sposób jak pierwsze usuwał. Z 48 chorych 13 pomimo operacji przeżyło przymiot,— pięciu po wycięciu pozostawało przez kilka lat następnych zupełnie zdrowi.

W wielu razach trudno wprowadzić odróżnić stwardnienie przymiotowe od innego, w każdym atoli razie, wycięcie nie ma w sobie nic szkodliwego, ponieważ zamienia owrządzenie na czystą ranę i po części zabezpiecza od możliwego zakażenia ogólnego.

(Berl. klin. Woch. Nr 23—83)

308 Epidemija zapalenia płuc. Dotychczas opisywano już kilka tego rodzaju epidemij. Sporządzane były najczęściej w szkołach, więzieniach, koszarach.

Objawy zawsze prawie są zgodne i przedstawiają się w sposób następujący: wysoka gorączka, z początku bez wyraźnego umiejscowienia w płucach,—ciężkie przypadłości mózgowe,—następnie stwierdzić można ognisko zapalne w płucach. Przesilenie bywa niewyraźnem i zazwyczaj dopiero po 7-ym dniu.—Obok tego biegunka, obrznięcie śledziony i wątroby a lekką żółtaczką.

W miejscowości, którą opisuje Dr Schmid, mając 549 mieszkańców i pozbawionj dobrych warunków zdrowotnych. zachorowało w przeciągu 2 miesięcy (od 11 maja do 10 lipca), 19 osób, z których 2 zmarły. Między innymi przechodziła zapalenie płuc cała rodzina, złożona z sześciu osób.

(Berl. klin. Woch. Nr 23—1883 r.).

309 Przyczynę do kazuistyki uszkodzeń nerwu błędnego. Dr RIEDEL opisuje operowany przez siebie przypadek wola rakowatego (struma carcinomatosa) z lewej strony,—nowotwór odsunął wprawdzie krtań o 2 centym., na prawo od linii środkowej, lecz nie spowodował żadnych innych oznak ucisku, ani naczyń, ani też nerwów szyjowych. Podczas operacji R. zmuszonym był wyciąć kawałek lewego nerwu błędnego 15 centym. długi. Tętno i oddech pozostały bez zmiany, szmer oddechowy w lewym płucu wyraźny. Chory umarł po 14 dniach.

Badanie zwłok wykazało obrzęk w płucu prawem, natomiast w lewym istniało ropne zapalenie błony śluzowej oskrzeli, szczególnie w górnym zrazie,—sam miąższ płuca pozostał zdrowym.— R. opie-

rając się na badaniach Schiffa, przypuszcza, iż zniesienie czynności nerwu błędnego wywołało bezwład mięśni oskrzelowych i skutkiem tego nagromadzenie śluzu w oskrzelach.

(Berl. klin. Woch. Nr 23—1883).

310 Uboczne działanie kwasu salicylowego. Dr Baruch opisuje przypadek ostrego reumatyzmu stawowego, gdzie chora po przyjęciu 2 gramów „Natri salicylici”, dostała wstrząsającego dreszczu, kończyny stały się zimnymi i sinemi, oddech i tętno przyspieszone, ciepłota 40,5° C. pod pachą. W godzinę później wystąpił obfity pot, a w 6—8 godzin ciepłota wróciła do granic normalnych. Po 5 tygodniach, gdy znowu zaszła potrzeba dania salicylanu sodu, B. spostrzegł te same objawy.

(Berl. klin. Woch. Nr. 23—83).

311 Dr Julius Ptok zaleca Aluminium metallicum jako znakomity środek przy gruźlicy płuc. Autor twierdzi, iż środek ten powstrzymuje zupełnie rozwój bacyllów Kocha, tak, iż choroba traci swój specyficzny charakter; zmiany, które już istniały przed rozpoczęciem leczenia, pozostają, lecz tracą skłonność do szybkiego rozprzestrzeniania się, i nowe ogniska się nie tworzą. Tak więc jeśli istniejące już zmiany nie są zbyt daleko posunięto, może nastąpić zupełne wyleczenie.

P. przepisuje Aluminium w pigułkach,—a mianowicie:

Rp. Aluminium metal. 1,00
Aluminae hydr.
Calcar. carbon. depur.
aa 5,00
Gummi Tragac. q. s. ut.
f. Pil. Nr 60.

DS. 3 razy dziennie po 2 pigułki zażywać we 2 godziny po jedzeniu;

lub też:

Rp. Aluminium metal. 1,00
Extracti mali ferrati
Calcar. carbon. depur.
aa 5,00
Extr. Taraxaci q. s. ut.
f. Pil. Nr 60

DS. rano 2, w południe 3 i wieczorem 2 pigułki zażywać.

(Wien. Med. Woch. Nr, 10, 1883).

312 Krótkowzroczność we Włoszech. Według Sormani'ego (Arch. f. Augenheilk. XI 1882) ilość krótkowidzów zwolnionych od służby wojskowej (miopija 1/6 i więcej), wynosiła 5761 na 2 miliony rekrutów, czyli 2,80/00.

Większość krótkowidzów pochodzi z Włoch południowych i z okolic nadbrzeżnych. Krótkowzroczność nie zależy od wpływu szkoły, albowiem mianowicie w tamtych okolicach przeszło 70% rekrutów nie umie czytać ani pisać.

(Wien. med. Woch. 15—83).

Wiadomości bieżące.

— **Departament lekarski** zajął się kwestyją rewizyi sanitarnej, wszystkich szkół rządowych i prywatnych w Petersburgu. (*Med. wiestn.* 18—1883).

— **Główny zarząd zakładów naukowych** wojskowych w cesarstwie, debatuje obecnie nad kwestyją ograniczenia chorób wenerycznych pomiędzy uczniami wyższych klas korpusów. Przytem odrzucono w zasadzie wszelkie środki karne; działalność zaś ma polegać głównie na perswazyi i nauce.

(*Wraczk.* 17—1883).

— **Towarzystwo lekarskie w Charkowie** wykazało, iż przeszło 13000 biednych rocznie nie może korzystać z pomocy lekarskiej.

(*Med. wiestn.* 18—1883).

— **Dr. KISTER** wniósł na posiedzeniu towarzystwa lekarzy rosyjskich, kwestyję środków w celu zmniejszenia wypadków gorączki połogowej w Rosyi. **Dr. K.** wymaga ściślejszej kontroli akuserek niż obecna i powtarzania od czasu do czasu egzaminu.

— **Lecznictwo w gub. archangielskiej** znajduje się w wyjątkowo opanowanym stanie. Jeden lekarz przypada na 50—40000 wiorst przestrzeni, felczarów w gubernii jest 35, a wpływ ich, według słów korespondenta, jest tylko szkodliwy, aptek posiada gubernia 2 (oprócz wiejskich). (*Med. wiestn.* 12—1883).

— **Termin podawania prac konkursowych** dla uzyskania nagrody od tow. Czerwonego krzyża za najlepszy wynalazek dla ulżenia cierpień rannych i chorych żołnierzy, wyznaczony jest na pierwszego grudnia r. b. Na członków komisji obrano: Zdekauer'a, Kaba'ta, Kaufmana, Obermüllera i Pietruszewskiego.

Premium to wynosi 16,600 rubli. (*Wraczk.* 17—1883).

— **Nagroda konkursowa** imienia prof. Botkina, przyznana została przez komisję złożoną z 4 profesorów—drogą losowania D-rowsi Mogilańskiemu (o działaniu przeciwgorączkowym natrysków), ponieważ komisja uznała trzech kandydatów, jako słuujących w zupełnie równym stopniu na nagrodę, a przepis nie pozwala na jej podział. Nazwiska 2-ch innych kandydatów są: Benediktów (o franklinizacji) i Praukenberg (o wannach powietrznych).

(*Wraczk.* 17—1883).

— **Wystawa higieniczna w Berlinie** otwartą została 10 maja, a 12 maja miał miejsce uroczysty obchód tego otwarcia; przemowę miał następcą tronupruskiego.

Zabudowania wystawy prawie całkowicie z żelaza i szkła złożone, zajmują ogółem 11,500 metrów kwadratowych i przedstawiają obszar kwadratowy podzielony na 25 równiej wielkości czworokątnych pawilonów, 19 metrów długości i 16 szerokości mających.

Cały obszar wystawy zajmuje 75,500 metrów kwadratowych (30 morgów). Wszystkie palne materiały użyte przy budowie wystawy, powleczone są ogniotrwałym pokostem.

Od wejścia głównego znajduje się ogród piękny, a po stronach jego kioski i namioty, w których znajdują się rozmaite artykuły higieny. Pokażne miejsce zajmuje pawilon miasta Berlina; wiele też okazów nadeszło z Wiednia i Heidelberga. Znajdą się na wystawie produkta fabryk chemicznych, zakłady szczepienia ospy, aparaty sanitarne z Węgier, tablice, mapy, modele, obrazy, wystawa dentystów niemieckich, pawilon narzędzi sanitarnych Krupp'a. Nadto istnieje dość bogata biblioteka własna, panorama, żaźnia, pawilon meteorologiczny, chiński pawilon herbaty, szkoła kucharska, kuchnia ludowa, pralnia i farbiarnia chemiczna, zakład ćwiczeń dla straży ogniowej i mnóstwo rozmaitych cennych zbiorów.

(*Wien, Med. Pr.* 1883)

— **Paryzka akademja umiejętności** obrata na członka wydziału medyko-chirurgicznego (na miejsce prof. Sédillot), prof. Richet'a większością 32 głosów, przeciwko 23 otrzymanym przez Brown-Séguard'a i 3 — przez Guerina, Charcot otrzymał w pierwszej kolei tylko 1 głos.

(*Le progrès médical.*—1883).

— **Nocna służba zdrowia w Paryżu.** Według statystyki założyciela tej służby, D-ra Passan'a wizyt w pierwszym kwartale r. b. było 1865, o jedną więc wizytę mniej, niż w roku zeszłym (21 wizyt na noc); w tej liczbie wizyt u mężczyzn wypadło 36%, u kobiet 54%, u dzieci (nie mających 3 lat)—14%. W liczbie wypadków figurują: dławiec 55, choleryna—9, przepuklina uwieczona—24 porodów 258, poronień 67, konwulsyi 69, krwotoków—69, oparzeń 14, otruc — 15, samobójstwa—2 wścieklizny—1, zacczadzenia 6, złamań i zwichnięć —39.

W 47 przypadkach śmierć nastąpiła przed przybyciem lekarza. (*L'union médical* 15 maja).

— **Morfinizm przed trybunałem.** Izba trybunału poprawczego w Paryżu skazała aptekarza Vassy na 8 dni aresztu i 3000 franków kary za sprzedaż niedozwoloną morfiny niejakię pani Junot, która wyżywszy w ciągu kilku miesięcy biizko 2 funty tego alkaloidu (693 grm.) uległa chorobie umysłowej. (*L'union médical.*—67—1883).

— **Oryginalne ogłoszenie** podaje pewien lekarz w Paryżu: iż poszukuje panienki anemicznej do doświadczeń somnambulicznych; wynagrodzenie 100 franków miesięcznie za 3 posiedzenia tygodniowo, po 2 godziny. (*Le progrès médical*—19—1883)

— **51-szy mityng roczny brytyjskiego tow. lekarskiego**, rozpocznie się mszą w kościele po katedralnym; oprócz zebrań sekcyjnych odbędzie się 5 ogólnych. Drugiego sierpnia ma być wydany wieczór przez mera Liverpoola, 3-go zaś sierpnia odbę-

dzie się kilka wspólnych wycieczek w celu zwiedzenia zastugujących na uwagę zakładów.

(*The Lancet*, 12—1883)

— **Wydawca czasopisma** „The British med. Journ.”—dr. Ernest Hart, ma zamiar wkrótce zaprosić kilku najznakamitszych lekarzy rossyjskich w imieniu Brytyjskiego tow. lek., na miting towarzysztwa mający się odbyć w Liwerpolu. (*Wracs* 17—1883).

— **Uczenie zasług Ernesta Hart'a**, głównego redaktora „Brit. med. Journal”. Znaczna liczba lekarzy urządziła manifestację na cześć tego sumiennego pracownika i ofiarowała pani Hart portret jej męża. Rzadkość podobnych manifestacji w Anglii, zależy od skrupulatnego wyboru, dla tego też uroczystość podobna stanowi wielki zaszczyt w tym kraju. Znakomity rozwój olbrzymiego towarzystwa lek. brytyjskiego zawdzięcza poniekąd był Hart'owi. Działalność jego dotyczyła głównie warunków socjalnych stanu lekarskiego i wszelkich kwestyj higieny praktycznej; z jego inicjatywy zrobilo się wiele na polu ograniczenia użycia napojów mocnych, on też gorliwie bronił wiwisekcyi. Pani Hart gorliwie pomaga mężowi w pracach na polu medycyny; studjowała ona medycynę w Paryżu, jest uczennicą Ranvier'a, nie mało przyczyniła się do rozwoju szkoły lekarskiej dla kobiet.

(*L'union médicale*—13 maja 1883).

— **Demonstrację przeciwko szczepleniu ospy** urządzono w Halifax, z towarzyszeniem muzyki i z plakatami treści burzliwej, tak, iż zdołano wzburzyć pospólstwo.—Władza miejscowa nie tylko jednak zdołała przywrócić porządek, ale nadto zmusiła niespokojnych do publicznego odwołania propagandy.

(*Lancet*, 12-go maja 1883).

— **Czasopismo „Impfgegner”** (Przeciwnik szczeplenia) uskarża się (w N. 4—1883), iż po rozestaniu 8000 egzemplarzy numeru próbnego i pomimo sympatyj bezstronnych kolegów, oraz pomimo ogłoszeń w gazetach, zyskało zaledwie 150 prenumeratorów.

(*Deutsche med. Zeitung*, 17 maja 1883).

— **Pierwszy zeszyt czasopisma „Archiw psychiatryi, nejropatologii i psychopatologii”** zawiera poważne prace Botkina, Kowalewskiego, Orszańskiego i wielu innych zdolnych autorów.

(*Med. wiestn.* 18—1883).

— **Liczba studentów medycyny w Wielkiej Brytanii** oficjalnie rejestrowanych wynosiła w r. 1882—1862, z których 1064 studjowało w Anglii, 585—w Szkocyi i 424—w Irlandyi.

W r. 1872 ogólna liczba wynosiła tylko 1317.

(*Brit. med. Journ.* 1155—1883).

— **Liczba aptekarzy we Włoszech** wynosi według l'Orosi—11,572 (na 29,000,000 ludności), jeden więc aptekarz przypada na 2502 mieszk.

— **Z Persyi** otrzymała międzynarodowa rada sanitarna telegram, iż we wsiach Zeilan i Bekir-Bei (okręg Diuvanero), wybuchła dżuma dymieniczna (pestis bubonica); wszyscy chorzy dostają dymienic pachowych lub pachwinowych.

W pierwszych dniach maja liczba umarłych wynosiła już 178.

Zbadanie kwestyi na miejscu o tyle jest trudnem, iż miejscowości pomienione otoczone są kordonem i wódz nomadów Habib-Bey, nie dopuścił delegowanego lekarza. Według wiadomości przez tegoż zebranych, ilość zmarłych w ciągu 2-ch miesięcy szerezenia epidemii wynosi tylko 70.

(*Deutsch. Med. Zeit. Nr. 17*, 1883)

— **Prawo praktyki lekarskiej w Stanach Zjednoczonych** zostanie wreszcie ograniczonem, jeżeli wejdzie w życie bil o urzędzie egzaminacyjnym państwowym.

W myśl tego bilu, nikt nie będzie miał prawa praktyki (począwszy od r. 1884), kto nie zyska na to pozwolenia od pomienionego urzędu (State Board of Examiners), dowody egzaminacyjne tych, którym prawo przyznano, pozostawać mają w archiwach uniwersytetu.

(*Med. Record*—646—83).

— **Szkoła dozorczyń** otwartą została w Cincinnati, przy „Cincinnati College of Medicine and Surgery”.

(*The med. Record*, 646—1883).

— **Szkoła inżynierii sanitarniej** założoną zostaje przy „Columbia College”.

(*med. Record*, 646—1883).

— **Handel trupami w Stanie Massachusetts.** Poszukiwania gubernatora Butlera wykazały, że od lat wielu odbywa się w Massachusetts handel ciałami biednych. Z liczby 2800 dostarczono kolegom medycynym podług prawa 580 ciał. Pozo stałe pochować miano wszystkie; pokazało się atoli, że pewna ilość grobów były puste; ciała zakonserwowane w płynach odpowiednich rozsełano w odległe miejsca w beczkach po nafcie.

(*Med. Record*, 646—1883).

— **Uniwersytet.** — Z Pragi donoszą „Wien med. Presse”, iż prof. Lambl nie zdecydował się dotychczas na propozycję wszechnicy praskiej, co do objęcia katedry anatomii patologicznej.—Układy trwają wciąż jeszcze.

— **Katedrę kliniki akuszerijnej i giniatrycznej**, szpitalnej w Petersburgu, opróżnioną po śmierci prof. Horwica, ma podobno objąć prof. Stawianskij.

(*Wracs* 17—1883).

— **Prof. PERRO**, który jak wiadomo tak szczęśliwie zmodyfikował operację cięcia cesarskiego porzucił katedrę w Padwie i udaje się do Medjolanu,

(*La Progrès médical* 5 maja)