

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

1. O środkach zapobiegawczych na wypadek cholery w Warszawie.—

Czy przyjmimy bezwzględnie twierdzenie, że z chwilą pojawienia się cholery w Niemczech, Austrii, lub w Odesie, przeniesienie się jej do nas stanie się niezawodnem, lub nie, czy przyjmimy, że zarazek cholery tylko przez osoby posiadające ftakowy w ustroju lub przez rzeczy się udziela, czy też wreszcie wyznamy, że drogi, któremi cholera kroczy nie są jeszcze zupełnie znane, w każdym razie po ostatnich epidemijach dość już wybitne miała Europa przykłady pandemicznego charakteru plagi, ażeby prawdopodobieństwo przeniesienia się jej do nas nie miało uznanem być za nader wielkie. Prawdopodobieństwo to uznanem zostało u nas już podczas pierwszych okresów epidemii w Tulonie i elaborat w sprawie zapobiegania epidemii został wypracowany przez redakcję „Gazety lekarskiej” i wniesiony do Towarzystwa lekarskiego na posiedzeniu 8-go lipca r. z. Na tem posiedzeniu polecono komitetowi sanitarnemu towarzystwa wypracowanie nowego projektu z pozostawieniem możności skorzystania z elaboratu powyższego. Ten nowy projekt zmodyfikowany został i ostatecznie przyjęty już 18-go lipca na umyślnie zwołanem posiedzeniu towarzystwa. W krótkich słowach przytoczymy treść uchwały w mniemaniu, że niektórym z czytelników naszych nie jest ona znaną, a znaną być powinna albowiem zawiera wiele wskazówek ważnych opartych na wynikach ostatnich spostrzeżeń i doświadczeń, uczynionych zwłaszcza w Niemczech i Francji osnutych, a po części i na osobistych spo-

strzeżeniach niektórych członków z czasu minionych epidemij.

Trzy kategoryje środków podaje Tow. lekarskie:

A) środki zapobiegawcze:

- a) wczesne zawiadomienie o wypadkach;
- b) izolowanie chorych;
- c) dezynfekcja;
- d) przewożenie właściwe chorych;
- e) środki zmniejszające usposobienie do chorób;
- f) unieszkodliwienie trupów.

Oto jest polecany przez towarzystwo szemat do notyfikacji wypadków, ułożony na wzór paryzkiego: 1) nazwisko i imię chorego, 2) wiek, 3) zajęcie, 4) adres, 5) kiedy zachorował, 6) kiedy dowiedział się donoszący o chorobie, 7) kto kieruje leczeniem, 8) podpis, 9) uwagi.

Zawiadomienia te mają na celu:

- 1) diagnozę wypadków.
- 2) pozostawienie w domu lub odesłanie do szpitala.
- 3) przeniesienie—izolację.
- 4) dezynfekcję.
- 5) wsparcie na kurację.
- 6) wsparcie dla rodziny.
- 7) informację lokatorów domu.

Wszystkie te środki zastosowane być winny najpóźniej w 3 godziny po nadejściu zawiadomienia.

Izolacja polega na wydaleniu z pokoju chorego wszystkich osób z wyjątkiem jednej osoby z rodziny chorego, oraz z wyjątkiem lekarza, felczera, akuszerki, księdza i urzędników służby sanitarnej.— Przed wyjściem z pokoju chorego osoby te winny używać środków dezynfekcyjnych. To samostосуje się do rozmaitych przedmiotów w pokoju chorego pozosta-

jących. Dla chorych, których warunki mieszkania nie pozwalają na izolację zbudowane być winny w zdrowszych dzielnicach miasta stacje izolacyjne, mogące mieścić 20—30 chorych. Pożądaną byłaby też podobna stacja dla rekonwalescentów niezamożnych. Do szpitali ogólnych choleryczni przyjmowani być nie powinni a ci, którzy w szpitalach ogólnych zachorowali przewożeni być winni do baraków. Stacje izolacyjne powinny znajdować się i na głównych stacjach kolei żelaznych i tym, którzy zachorowali w drodze, dalsza podróż wzbroniona być powinna, a zatrzymani być muszą na stacyi wraz z rzeczami. Stolce oddawać mają chorzy do kubłów lub nocników, których zawartość dopiero po dokonanej dezynfekcyi wlewaną być może do ogólnych wychodków. Dezynfekcyja poleconą być winna dezynfektorom publicznym pod nadzorem lekarza i chemika szpitali. Środki dezynfekcyjne (sublimat, kwas karbolowy, siarczan glinu i t. p.), podane są w rozmaitych kombinacjach w tablicy opracowanej podług wzorów cesarskiego urzędu zdrowia w Niemczech.

Do przewożenia i przenoszenia chorych należy zbudować pewną liczbę lektyki i karetek. Na wezwanie lekarza i policyi takowe bezpłatnie dostarczone być winny do mieszkania chorego (lektyki przenoszą posłańcy publiczni); karetki i lektyki (drewniane) wewnątrz muszą być blachą obite i oszklone szkłem matowem; w nich znajdować się mają materace druciane. W pociągach osobowych jeden przedział 3-ej klasy zarezerwowany być musi dla cholerycznych. Woźnicom zakazuje się przewożenie chorych bez wezwania policyjanta. Nakazaną jest wreszcie dezynfekcyja wszelkich powozów po cholerycznych.

Co do środków zmniejszających usposobienie do cholery, to takowe polegać winny przede wszystkim na asenizacyi miasta, a w celu przeprowadzenia takowej urządzone mają być delegacje rewi-

zyjne złożone z urzędnika policyjnego, policyjanta, lekarza i obywatela. Wodę pić należy tylko przegotowaną. Co się tyczy ulic, to przede wszystkim należy wprowadzić rynsztoki o ścianach ścisłych i poddawać je dezynfekcyi. Dalej koniecznym jest ścisły nadzór nad sprzedażą artykułów spożywczych i domowych środków lekarskich, a za pomocą kazań, plakatów i t. p., mają być podawane instrukcyje nakazujące szukania pomocy lekarskiej we wszystkich zaburzeniach usposabiających do cholery. Wskazaniem jest też dostarczenie zdrowej strawy klasom najbiedniejszym, zakazanie odpustów i jarmarków z chwilą wybuchu epidemii, oraz zakaz uczęszczania do szkół, ochron i t. p. na czas epidemii. Wreszcie wskazaniem jest wydalenie z miasta włóczęgów i żebraków, oraz zakaz sprowadzania łachmanów i starzyzny.

Trupy choleryczne obwijać należy w prześcieradła napojone sublimatem.— Trumna raz zamknięta otwieraną być nie może. Dom przedpogrzebowy ma być izolowany i odwietrzany parą chloru.

B) do środków zapewniających pomoc chorym cholerycznym należą stacje izolacyjne, zapewnienie pomocy lekarskiej oraz uorganizowanie instytucyj, dozorców i dozorczyń; osoby te mają być odpowiednio wynagradzane (lekarze w szpitalach cholerycznych po 300 rubli miesięcznie, funkcjonujący zaś w mieście po 5 rubli dziennie). Nadto zapewniona ma być łatwość w otrzymywaniu środków dezynfekcyjnych oraz pomoc nocna.

C) rekonwalescenci pod względem warunków życiowych polecają się filantropii publicznej; przytem izolowani być winni w miarę potrzeby.

Projekt ten był w odbitkach spopularyzowany i na tem przez czas pewien ograniczyły się dążenia profilaktyczne miasta. Z chwilą jednak wybuchu cholery we Francyi północnej, a zwłaszcza w Paryżu grożące niebezpieczeństwo posłużyło bodźcem do dalszych kroków. Tym razem ini-

cyjatywę podjął p. prezydent miasta i niezwłocznie odniósł się do Towarzystwa lekarskiego prosząc o udział doradcy, a mianowicie o przedstawienie kandydatów na posady lekarzy rewirowych z płacą po 5 rubli dziennie (około 160 rewirów). Towarzystwo, po zasięgnięciu bliższych informacji za pośrednictwem p. prezesa towarzystwa, zajęło się sprawą i w dniu 15-yim grudnia zebrało podpisy lekarzy przybyłych na skutek odezwy towarzystwa z 9-go grudnia r. z. Nieznaczną tylko liczbą rewirów pozostała nieobsadzona.—Nadto towarzystwo poleciło komitetowi sanitarnemu opracowanie instrukcyi dla lekarzy rewirowych i taką instrukcyję wraz z uwagami przyjęło. Wszystkie te czynności odbywały się niezmiernie szybko, tak, iż dyskusyi na posiedzeniu towarzystwa prawie nie było.

Towarzystwo lekarskie wszakże czynności swej na tem polu nie zawiesza; będzie niewątpliwie czuwać nad sprawą przez cały okres grożący. Proponuje ono p. prezydentowi miasta udział stałej delegacyi od towarzystwa z dwóch członków złożonej. Gdyby członkowie ci mieli cechę stałych referentów towarzystwa i zdawali sprawy z ad hoc wyznaczonych posiedzeń towarzystwa, wówczas wpływ doradcy tegoż miałby najkrótszą drogę do zastosowania wskazówek jego w czynienie.

Jeszcze uwag parę pozwolimy sobie tu dodać, uwag dotyczących asenizacyi miasta, a więc rzeczy, która najwcześniej uwzględnioną być winna.

Do asenizacyi domów i ulic ważnemi są pewne kryterya, któreby przez wczesną rewizyję kompetentną określone być mogły.— Rewizyja taka, gdyby tylko przez 20 — 30 lekarzy w ciągu miesiąca dokonywaną była, dostarczyłaby możliwość otrzymania takich kryteryjów resp. mapy sanitarnej miasta Warszawy. Nie byłaby to wprawdzie mapa zupełnie dokładna, ale stanowiłaby cenny dokument; mniejszemi siłami dokonane rewi-

zyje i mapa, wydana przed kilkudziesięciu laty przez redakcyję „Przyjaciela zdrowia”, stanowiłoby dostateczne potwierdzenie wniosku naszego.

Niezmiernie ważną—może najważniejszą kwestyję—przedstawia woda do picia. Nie ulega wątpliwości słuszność wniosku towarzystwa, aby studnie o złej wodzie zostały zamknięte, nie ulega też wątpliwości, że większość studni jest zanieczyszczona chlorem i związkami azotu, jak z drugiej strony, że woda wiślana jest stosunkowo dobra pod względem higienicznym. To też należyta funkcya wodociągów jest warunkiem sine qua non profilaktyki cholery u nas; powtórzenie się zaś oplakanego stanu, jaki miał miejsce latem roku przeszłego, bezwzględnie grozi ciężką klęską w życiu i zdrowiu ludności.

Niewątpliwą jest rzeczą, że gdyby cholera miała ominąć Warszawę, na przedsięwzięciu środków w tych najmniejszej straty, a raczej korzyść wielką miasto by odniosło.

Zdaje nam się wreszcie, że należałoby się zająć w Warszawie przygotowaniem kandydatów na dozorców chorych, aby prowincja miała obeznanych z rzeczą ludzi (miało to miejsce w r. 1852, w którym szkołę specjalną urządzono), oraz, że z chwilą pojawienia się pierwszych wypadków choroby powtórzonem być powinno dawne rozporządzenie komisyi spr. wewn. i duch. nakazujące codzienne oględziny lekarskie uczni, robotników fabrycznych i t. p.

J. Polak.

II. Medycyna wewnętrzna.

2. Dr. LUTON. **O wlewaniach podskórnych.** *De la transfusion hypodermique.* Arch. gén. de méd. Nr. 12. 84.

Terapeutyka poszukuje obecnie nowych dróg zastosowania środków lekarskich.

Żołądek przedstawia wiele niedogodności, zależnych poczęści od złego wpły-

wu na trawienie niektórych lekarstw, stykających się z błoną śluzową żołądka, a po części od zmian, którym lekarstwa ulegają pod wpływem soków trawiących. Sporysz n. p. ulega w żołądku zmianom, niweczącym prawie jego działanie. — W przypadkach nietolerancyi żołądka zastępuje go *kiszka prosta*, częściej służy jednak do stosowania środków lekarskich w celu wywarcia miejscowego działania. Zdolność trawienia tej ostatniej pozostaje dotychczas wątpliwą; lewatywy odżywcze są więc ostateczną ucieczką. *Naskórne* stosowanie lekarstw w wewnętrznych chorobach nie dało dobrych wyników.

Oprócz *podskórnego* sposobu użycia środków lekarskich (*méthode hypodermique*) w ostatnich czasach wprowadzono jeszcze wstrzykiwania tychże do otrzewny i do naczyń żylnych. Te ostatnie jednak w znaczeniu leczniczem działają jak i wstrzykiwania podskórne; są natomiast połączone z niebezpieczeństwem, którego się unika przy wstrzykiwaniach podskórnych.

Tkanka komórkowa posiada własność pochłaniania wszelkich substancji rozpuszczalnych, w mniejszym stopniu własność tę posiada tkanka zbita, włóknista. Jest również różnica pochłaniania między tkanką komórkową, oddziaływającą alkalicznie, a tkanką oddziaływającą kwaśno (międzywłóknowe przestrzenie mięśniowe). Przy wstrzyknięciu środka lekarskiego do żył, działanie następuje prędzej, niż przy wstrzyknięciu podskórnem, przy którym jednak unikamy niebezpieczeństwa ostrego otrucia, spostrzeganego przy użyciu środków takich, jak morfina, chloral itp. Aby wywołać działanie środka użytego podskórnie bierze się znacznie mniejszą ilość tegoż, niż przy użyciu wewnętrznem. Jeżeli dla morfiny stosunek ten oznaczmy, 1:2, to dla ergotyiny równa się on 1:10. Wyższość podskórnego użycia lekarstw polega jeszcze i na tem, że nie ulegają one tutaj żadnym zmianom i działanie ich jest pewne i stałe.

Co się tyczy płynów o składnikach morfologicznych, jak krew, mleko i t. p. to wiadomem jest, że często dość znaczne wylewy krwawe podskórne zostają wchłonięte bez śladu. Krew jednak przetoczona podskórnie może uleść rozkładowi i wytworzyć nawet ropnie. Karst i Landenberger przetaczali w tkankę podskórną krew odwłóknioną, lecz nie otrzymali żadnych dodatnich wyników. Wstrzykiwanie krwi do otrzewnej (Ponfick) nie ma również przyszłości, ponieważ czerwone ciała krwi, dostając się do naczyń chłonnych, prędko ulegają zniszczeniu.

Pozostaje więc surowica krwi, która stanowi element użyteczny i wystarczający do wywołania rezultatów, oczekiwanych po wstrzyknięciu. Surowica może być wstrzykniętą podskórnie lub do naczyń z jednakowym prawie skutkiem, obecnie zastępują surowicę krwi płynami sztucznie przyrządzonemi (mieszaniną Little'a, Dujardin—Beaumetz'a, Hayema) lub też roztynem siarczanu sodu, wodą morską i t. p. Duranty wstrzykiwał płyn Hayema do żył w 6-iu przypadkach cholery, nie otrzymał przytem dobrych wyników. Autor też protestuje przeciw wstrzykiwaniu mieszanin powyższych w znacznej ilości do naczyń żylnych, a poleca użycie tego samego środka podskórnie, płyny mieszają się z sokami organicznymi, a następnie, przefiltrowane przez ścianki naczyń, działają nie tak prędko, lecz za to skuteczniej.

Mleko w całości wstrzyknięte podskórnie, podług Hoddera, działa znakomicie w cholery. Brownséquard utrzymuje że może ono zastąpić krew. Inne zaś badania dowiodły, że wywołuje zatęszczenie, hemoglobinurię i białkomocz. Oprócz tego prawie zawsze po wstrzyknięciu mleka tworzą się ropnie podskórne. Mleko zaś przefiltrowane nie wywołuje tych niedogodności, posiada natomiast wiele jeszcze składników pożytecznych dla organizmu. Niektórzy autorzy wstrzykiwali podskórnie wodę ocukrzoną,

oliwę, żółtko, buljon, tran rybi i t. p. bez pożytku, ponieważ płyny te nie mogą być wchłaniane należycie przez tkankę komórkową. Do wlewań podskórnych używają się przeważnie środki, mogące zastąpić ubytek płynów odżywczych po krwotokach lub wycieńczających chorobach. Tutaj należą: woda zwyczajna lub morska, wody mineralne naturalne, surowica krwi, mleko i sztucznie przyrządzona surowica. Woda zwyczajna jest jednym z ważniejszych środków, zastępujących ubytek krwi lub soków organicznych. — Magendie w 1832 r. stosował wlewania wody do żył przy cholery, z powodu niszczenia czerwonych ciałek krwi środek ten okazał się niedobrym. W tkance komórkowej zaś woda staje się wkrótce surowicą i jej wchłanianie wówczas nie okazuje żadnych złych następstw. Wlewania rozczyńców solnych podskórnie już dawniej stosowane były przy różnych bólach neuralgicznych, a autor spostrzegł znakomite rezultaty przy wymiotach, powstających z różnych przyczyn (z niestrawności, w ciąży i t. p.) Przy wstrzyknięciu niewielkiej ilości siarczanu sodu występuje pobudzenie, jak przy przetoczeniu małej ilości krwi. Niektóre wody mineralne alkaliczne, których skład zbliża się do składu surowicy krwi, mają również tę własność.

Sposób wykonania wlewań podskórnych nie przedstawia żadnych trudności; używa się do tego sprycki, której zawartość wynosi przynajmniej 10 gr. Wlewania najlepiej wykonać w miejscu, obfitującym w tkankę komórkową i nie należy robić ich zbyt często. Zważać należy na czystość rozczyńców, nie powinny być one zbyt stężone.

Najczęściej stosuje się wlewania podskórne w następujących chorobach: cholera azyjatycka, cholera swojska, charłactwo noworodków — charłactwo wogóle i choroby z wycieńczenia występujące (po krwotokach, niestrawności,

zbyt długim karmieniem, anemii, blednicy i t. p.

Szczególnie w ostatniej epidemii cholery bardzo często stosowano wlewania wody do tkanki podskórnej z dobrym skutkiem. Wymioty ustępowały, biegunka zmniejszała się i następował okres reakcji, który może również być niebezpiecznym z powodu zbyt silnej gorączki, przekrwień narządów wewnętrznych, wylewów krwawych, zapaleń i t. p.

Autor otrzymał świetne wyniki lecząc cholereę dziecienną podskórniemi wlewaniem 5 grm. rozczyńca siarczanu sodu. W razie wskazania można dodawać do rozczyńca solnego i inne środki lekarskie, jak jod, arsenik, rtęć, żelazo.

W gruźlicy płucnej wlewania rozczyńca siarczanu sodu z arsenikiem, który w znacznie większej dawce może być w ten sposób podawanym (do 10 gr.), podług autora stanowi świetny środek, ponieważ nie wywołuje nieprzyjemnych objawów ze strony żołądka, a chorym przynosi wielką ulgę. Autor kończy swą pracę wnioskiem, że wlewania podskórne zupełnie zastępują wlewania do naczyń krwionośnych i że wlewania podskórne rozczyńca siarczanu sodu może zastąpić przetaczanie krwi.

M. Hopfenblum.

3. Prof. J. UFFELMANN. **Sposoby wykrywania wolnych kwasów w zawartości żołądka.** (*Ueber die Methoden des Nachweises freier Säuren im Mageninhalt.* (*Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VIII—H. 5*).

Najłatwiejszym jest sposób jakościowego oznaczenia wolnego kwasu mlekowego za pomocą mieszaniny chlorku żelaza i karbolu. Jeżeli 10 cent. sześć. czteroprocentowego roztworu kwasu karbolowego zmieszać z 20 c. sz. wody przekrojonej i dodać kroplę roztworu chlorku żelaza (*Liq. ferri sesquichl. off.*), to otrzymamy płyn ametystowego, niebieskawego koloru, w którym po pewnym czasie osiadają brunatne kłaczk.

Płyn ten, *świeżo przygotowany*, przedstawia nadzwyczaj czuły odczynnik na kwas mlekowy, który w najmniejszych nawet śladach zmienia niebieskawą barwę na żółtą, lub żółtozieloną. Próba ta występuje bardzo wyraźnie przy 0,1 na tysiąc kwasu mlekowego. Również czułą jest mieszanina: 20 c. sz. wody, 10 c. sz. czteroprocentowego roztworu kwasu karbolowego i 0,10 c. sz. obojętnego 10⁰/₀ roztworu chlorku żelaza.

Ponieważ wyrazistość reakcyi zależy od pewnego stosunku ilości odczynnika zawartości kwasu mlekowego w badanym płynie, przeto badanie należy wykonywać ostrożnie; najlepiej biorąc do epruwetki 1—2 c. sz. odczynnika i dolewając płyn kroplami, dopóki nie nastąpi zmiana barwy z niebieskiej na żółtą.

Obecność kw. solnego, ciał białkowych i fosforanów wpływa ujemnie na jasność reakcyi. W takich razach najlepiej wyciągnąć kwas mlekowy z badanego płynu przez kilkakrotne skłócenie z eterem—i w otrzymanym wyciągu próbę powtórzyć.

Kwas winny, cytrynowy, mrówkowy, dają tensam odczyn nie potrzebują jednak być brane w rachubę przy badaniu treści żołądka, obecne zaś w ostatnim kwasy: solny, octowy i masłowy nie dają omawianego odczynu.

Z również dobrym skutkiem daje się użyć w powyższym celu i *bardzo rozcieńczony roztwór chlorku żelaza*.

Autor bierze jedną kroplę liq. ferri na 50 c. sz. wody przekroplonej, lub też 2—3 kropel 10⁰/₀ wodnego roztworu obojętnego chlorku żelaza na 50 c. sz. wody.—Obydwie mieszaniny w cienkich warstwach posiadają bardzo słabo widoczny odcień żółtawy, po dodaniu zaś śladów kwasu mlekowego stają się natychmiast b. wyraźnie żółtymi. Obecność rozcieńczonego kwasu solnego (0,1—3,0 na tysiąc), kwasu octowego i masłowego, nie zmienia zabarwienia tych odczynników.

Przed przystąpieniem do opisanych

prób należy zbadać odczyn płynu; w alkalicznym płynie tworzą się bowiem męty i osady brudno żółtego koloru, które mogą wprowadzić w błąd z powodu niemożności wyraźnego oceniania barw.

Do wykrycia *kwasu solnego* w zawartości żołądka używanym bywa roztwór *metylfioletu*, który w obecności nawet 0,024⁰/₀ HCl przyjmuje niebieskie zabarwienie. Odczyn nie bywa tak jasnym przy obecności kwasu mlekowego w większych ilościach, a jeszcze więcej przy obecności peptonów i rozpuszczonych białków.

Autor używa stężonych wodnych roztworów metylioletu i postępuje w następujący sposób: kilka kropeł roztworu wlewa do epruwetki i dolewa parę cent sześć. filtratu z soku żołądkowego obserwując zmianę barwy (a także i widmo: mianowicie zjawienie się smugi pochłonnej na „δ” i blednięcie smugi swoistej roztworowi metylioletu między D i E). Dla kontroli można w drugiej epruwetce płyn odczynnikowy rozcieńczać wodą i porównywać zmianę barw z pierwszą.

Jeszcze czulszym nieco jest następujący sposób: parę kropli bardzo stężonego roztworu metylioletu rozprowadza się po ścianach porcelanowej miseczki, potem na brzeg jej wpuszcza się kilka kropeł badanego płynu. Jeżeli ostatni zawiera chociażby 0,40—0,38 na tysiąc kwasu solnego, to krople przechodząc przez smugi odczynnika pozostawiają w nich pasma niebieskie nawet przy obecności peptonów, białków i fosforanów. Kwas mlekowy daje niebieskie zabarwienie dopiero przy 0,5—0,4⁰/₀ (przy obecności peptonów dopiero przy 0,5—0,8⁰/₀); kwasy octowy i masłowy zmieniają barwę fioletową na niebieską dopiero w roztworach takiej siły, jakiej nigdy nie dochodzą w żołądku.

Zachwaloną przez wielu *tropeolinę* autor uważa za odczynnik bardzo niepewny. A to z powodu, że ciało to nie przedstawia zawsze jednakowego składu (tylko tropeolina oznaczana oo posiada potrzebne własności), a jeszcze bardziej z tej

przyczyny, że nawet bardzo małe ilości peptonu są w stanie przeszkodzić pojawieniu się reakcyi. Autor podaje następujący sposób, którym jeszcze można otrzy-
 mać niezłe wyniki, rozumie się, używając tropeoliny oo (od Schuchardta z Görlitz). Przygotowuje się nasycony roztwór tropeoliny w mieszaninie alkoholu i wody (1:3); jest on w cienkiej warstwie żółtawy, w grubszej czerwony. Parę kropeł rozprowadza się na miseczkę porcelanowej, a na brzeg puszcza się kroplę badanego płynu. Jeżeli w ostatnim znajduje się choćby ledwie 0,30 na tysiąc kwasu solnego (przy dużej ilości peptonów 0,40 na tysiąc) to kropla przepływając przez smugi odczynnik tworzy pasmo brudnolila, które już po dwóch sekundach przechodzi w brudno-brunatne i żółte.

Próby oddzielenia peptonów, które głównie przeszkadzają powyższemu odczyn-
 nom, nie przyniosły żadnego rezultatu.

Jako bardzo czuły odczynnik na rozcień-
 czony kwas solny i mlekowy autor u-
 waża barwnik *wina czerwonego*. Pół cent.
 sz. czerwonego wina, 3 c. sz. 90% wysko-
 ku i 3 c. sz. eteru przedstawiają razem
 mieszaninę prawie bezbarwną, którą po
 dodaniu nawet już 2 c. sz. roztworu HCl
 0,45—0,5 na tysiąc—przyjmuje różowe za-
 barwienie, i to przy obecności peptonów i
 soli. Wino musi być prawdziwem, naj-
 lepiej brać niezbyt stare Bordeaux.

Jeszcze czulszym jest barwnik *czarnych
 jagód* (Heidelbeere). Otrzymuje się wy-
 ciągając świeżo wyciśnięty sok wysko-
 kiem amyłowym. Najlepiej i najprakty-
 czniej jest przygotowywać papier z takie-
 go wyciągu, zanurzając w nim dobrą bi-
 bułę. Papier taki ma słabe szaro-niebie-
 skie zabarwienie, z lekkim odcieniem czer-
 wonawym. (Podobny papier przygoto-
 wuje się i z barwnika wina czerwonego).
 Papier ten wykazuje obecność śladów
 kwasu solnego (0,24—0,3 na tysiąc), na-
 wet w obecności peptonów i soli, zmienia
 on wtedy swą barwę na różową, która

pozostaje bez zmiany nawet, jeżeli papier
 zmyć eterem.

Kwas mlekowy, octowy, masłowy
 zmieniają również omawiany papier, ale
 dopiero w znaczniejszem stężeniu (4; 5—6;
 4,5 na tysiąc), przytem zabarwienie wy-
 wołane przez nie można zmyć eterem.

Podobne własności posiada barwnik
 kwiatu malwy.

Autor podaje następujący szemat do ba-
 dania na wolne kwasy:

Płyn żołądkowy należy badać jak naj-
 wcześniej po otrzymaniu, — jeżeli odczyn
 jest kwaśny, to precedzamy płyn i dzie-
 lemy go na cztery porcyje.

Pierwsza porcyja służy do ilościowego
 określenia zawartości kwasów w ogóle,
 za pomocą mianowanego alkalicznego roz-
 tworu. Nie należy go nigdy pomijać, po-
 nieważ stopień kwaśności rozstrzyga nie-
 kiedy, jaką z prób mamy użyć, i dla tego,
 że o naturze badanych kwasów sądzić mo-
 żna niekiedy tylko z ogólnej zawartości
 kwasów.

Druga porcyja służy do określenia ilo-
 ści kwasu mlekowego; probujem roztwo-
 rem karbolu i chlorku żelaza, lub b. rozcień-
 czonym roztworem chlorku żelaza; jeżeli
 rezultat niejest pewnym, ponawiamy te sa-
 me próby w wyciągu eterycznym z inne-
 j części płynu.

Trzecia porcyja—służy do badania na
 kwas solny—przedewszystkiem za pomo-
 cą papieru jagodowego. Różowe zabar-
 wienie nie znikające od eteru świadczy o
 obecności HCl; znikające dowodzi obe-
 cności dużych ilości kwasu octowego, ma-
 słowego lub mlekowego. Jeżeli nie ma
 zabarwienia czerwonego, to kwasu solne-
 go nie ma wcale, albo też mniej niż 0,24
 na tysiąc.

Opisane reakcyje pozwalają do pewne-
 go stopnia nawet ilościowo oznaczyć kwas
 solny.

a) jeżeli papier jagodowy barwi się
 czerwono—kwasu solnego jest przynaj-
 mniej 0,024%.

b) jeżeli roztwór tropeoliny (oo) przybiera kolor lila-czerwony—0,030%.

c) jeżeli fiolet metylowy zabarwia się na niebiesko—0,038%.

d) jeżeli papier z wina czerwonego zmienia się na czerwono—0,045%.

Czwarta porcja — służy do wykrycia kwasu octowego i masłowego. Płyn wyciągamy eterem, wyciąg parujemy, badamy powonieniem i dalej według zwykłych prawideł chemii analitycznej.

Autor zaleca wykonywanie prób kontrolujących. Jeżeli np. przy badaniu papieru jagodowy się nie zmienił, to dodajemy do małej porcji badanego płynu równą ilość 0,050% kwasu solnego (mieszana będzie 0,025%) i patrzymy czy się kolor papieru teraz zmienia i t. p.

Błędy przy określaniu kwasów powyższymi sposobami są nieznaczne i w każdym razie nie większe, jak popełniane przy bardzo zmuśnych i trudnych ilościowych chemicznych określeniach.

O. Hewelke.

4 BOUCHARD. Leczenie przeciwnilne chorób zakaźnych ostrych (*Revue de Médecine, Novembre 1884*).

Leczenie przeciwożączkowe, udoskonalone przez Liebermejstra, działa na objawy chorobowe lub przypadłości podniesionej temperatury; jest ono symptomatycznym lub fizjologicznym; przynosi ulgę chwilową. Leczenie patogeniczne, działające na przyczynę choroby, byłoby rzeczywistym leczeniem dla znacznej liczby chorób zakaźnych, mających patogenię pewną. Usiłowania terapii patogenicznej są uzasadnione, będzie to terapia przeciwnilna.

Niektórzy utrzymują, że ażeby podziałać na czynnik zakaźny, znajdujący się w ścisłym związku z organizmem, należy do takowego wprowadzić odpowiednią ilość środka przeciwnilnego, lecz tenże działając równocześnie na komórki organizmu i komórki zarazka, może prędzej zabić chorego aniżeli mikroby. Ten jednak sofizmat łatwo może być obalony,

posiadamy bowiem substancje nieszkodliwe dla człowieka, a zabijające pewne mikroby. Tlen niezbędny dla człowieka przeszkadza rozwijaniu się całej kategorii fermentów; połączenia srebra w dozach nic nie znaczących dla organizmu zwierzęcego zatrzymują rozwój aspergillów. Naodwrot są mikroby żyjące w roztworach chininy, arszeniku, antymonu i t. p., niektóre zaś z tych roztworów działają trująco na człowieka. Nakoniec są choroby jako to: krwawa biegunka, cholera, dyfterya, w których czynnik zakaźny ogranicza się powierzchnią pewnych organów i może być leczony miejscowo, bez nasycenia całego organizmu środkiem przeciwważnym. Przeciwnilne leczenie ma na celu nie zabicie, jak to mylnie utrzymują, jego zadaniem jest przeszkodzić rozmnażaniu się mikrobów.

Prawie wszystkie środki przeciwożączkowe są przeciwnilnemi; chinina obniża temperaturę w durzycy nie przez działanie fizjologiczne na chory organizm, lecz przez wpływ jadowity na pasorzyty, powodujące chorobę. Nie obniża ona temperatury u człowieka zdrowego, w tyfusach jak również gorączkach poporodowych w dozach dochodzących do 3 grm. może zniżyć temperaturę o 1 do 3 stopni, doprowadzić do normalnej ciepłoty, lecz prawie nigdy niżej normy. Chinina zatem działa na pewne mikroby; dla tego też w takich chorobach jak róża, zapalenie płuc włóknikowe, nawet przy znacznych dawkach, dochodzących do 4 gram, otrzymuje się zaledwie nieznaczne obniżenie ciepłoty. W durzycy brzusznej pierwsze dawki tej soli sprawiają pożądaną skutek, później przestaje działać.

Zupełnie inaczej działa kwas karbолоwy, jest on prawdziwym środkiem przeciwożączkowym; zniża temperaturę u człowieka zdrowego i chorego. Działanie kwasu fenilowego zdaje się być zależnym od jego wpływu fizjologicznego, a nie przeciwważnego, jednakże to ostatnie jest niewątpliwem. Autor zebrał 223 wy-

padków durzycy brzusznej, leczonych kwasem karbolowym, u 22 choroba trwała od 9 do 13 dni. W jednym wypadku było widocznym działaniem poronne kwasu karbolowego. Młody człowiek otrzymał przez nieostrożność 48 gram. ($1\frac{1}{2}$ uncyi) tego kwasu w lewatywie, która natychmiast wyszła napowrót. Po upływie pół godziny nastąpiła śpiączka i zapaść (collapsus et coma), temperatura z 40°C . spadła do $35,7^{\circ}\text{C}$. następnego dnia ciepłota w kiszce prostej dochodziła do 37 , od tej chwili nie podniosła się wyżej 38° , tyfus został przewany.

Bardzo wiele innych środków antypiretycznych dziś znanych, używa się przy leczeniu durzycy brzusznej; częściej używane są: chlor, jod, przetwory kwasu siarczanego, rozmaite połączenia rtęci, terpentyna, kreozot, thymol, kwas benzoowy, rezorcyna, kairyna, antipyrina i t. p. Statystyka jedynie mogła by wykazać wartość leczniczą tych środków.

Związki rtęci znalazły obszerne zastosowanie w leczeniu durzycy brzusznej. Z 31 chorych leczonych podług sposobu Dra Dreyfousa (polegającego na zadaniu choremu kalomelu po jednym centygramie ($\frac{1}{6}$ grana), co godzina, aż do pojawienia się ślinotoku), zmarło 2, t. j. w stosunku 6 na 100. Dwie trzecie chorych leczyło się trzy tygodnie, lub nawet mniej; u dwunastej części chorych cierpienie trwało więcej aniżeli 25 dni. Wszyscy chorzy, którzy mieli ślinotok wyzdrowieli; takowy nie pojawił się u 13, a z tych 2 umarło. Chorzy mający ślinotok wyleczali się dwa razy prędzej, od niedoświadczających tego objawu. Kalomelowi przyznano słusznie własności zobojętniające zarazek durzycowy. Spostrzeżenia jednak autora stwierdziły, że związki rtęci, jakkolwiek nieszkodliwe w czasie trwania choroby, zmniejszają przecież znakomicie odporność organizmu. Okres wyzdrowienia jest powolny, trudny, niedokrwestość trwa uporczywie, siły powracają późno. W czasie samej cho-

roby pojawiają się często krwotoki z kiszki i wypróżnienia dysenteryczne. Po wyzdrowieniu u podobnego rodzaju chorych autor spostrzegał nagłe pojawianie się krwotoków nosa, nieżyty ostre kiszki, zapalenia płuc i wsierdza. Powroty durzycy były tak częste, jak przy innych sposobach leczenia t. j. i na 5. Powyższe spostrzeżenia kliniczne dają prawo sądzić, że rtęć nawet w dawkach małych tamuje rozwój mikrobów durzycowych; że można działać odpowiednimi środkami na zarazek durzycy, nie zabijając chorego; że przeciwważne sposoby leczenia dadzą się urzeczywistnić, jakkolwiek dziś nie są jeszcze wydoskonalone. Doświadczenia są w stanie rozstrzygnąć istniejące pod tym względem wątpliwości i dać odpowiednie wskazówki.

Poszukiwania w pracowniach powinny poprzedzać zastosowania kliniczne. Na mikroby chorób zakaźnych, dające się odzielić i hodować, należałoby działać rozmaitemi związkami przeciwnilnemi, ażeby tym sposobem wypróbować ich odporność. Doświadczenia te powinny mieć na celu nie zabicie zarodka chorobotwórczego, lecz osłabienie i przeszkodzenie dalszemu rozwijaniu się takowego.

Autor zajmował się hodowlą lasecznika, znajdowanego stale u chorych durzycowych. Lasecznik ten dający się hodować łatwo w buljonie, szczepiony rozmaitym zwierzętom nie sprowadzał odpowiedniego cierpienia. Dodatek dwujodku rtęci w ilości 2 centygramów na litr buljonu, wstrzymywał rozwój wspomnianego mikrobu, 3 centygr. na taką ilość buljonu wstrzymywało rozrost bakterii zwierzęcych.

Doświadczenia mogą być robione jeszcze w innym kierunku. Należało by szczepić zwierzętom zarazek chorób przenoszących się na takowe, następnie wypróbować rozmaite środki lecznicze, zadając je zwierzętom, którym udało się zaszczepić odpowiednią chorobą. Tym sposobem moglibyśmy dokładnie oznaczyć

środki lecznicze dla każdej choroby, wstrzymując rozwój parazytów bez szkody chorego ustrojowi.

Wstrzykiwania do żył uważa autor za najlepszy i za najpewniejszy sposób wprowadzenia do organizmu zwierzęcego środków, mających służyć do doświadczeń.— Przed zaczęciem jednak doświadczeń z wprowadzeniem do żył środków przeciwniepalnych, należy oznaczyć tę ich ilość, która nie spowoduje śmierci, lecz tylko pierwsze oznaki zatrucia. Ilość samego środka leczniczego, obliczona w stosunku na kilogramm wagi zwierzęcia, będzie odpowiednim współczynnikiem. Tym sposobem autor otrzymał właściwe współczynniki (ekwiwalent) dla wody, spirytusu, gliceryny, eteru siarczanego, chloroformu, chloralu, kwasu fenilowego, kwasu salicylowego, kreozotu, aniliny, chininy, rezorcyny i boranu sody. Otrzymane cyfry przekonały Bouchard'a, że jadowitość wymienionych związków chemicznych nie jest proporcjonalną do ich siły przeciwniepalnej.

Oprócz działania ogólnego na cały organizm, środki te oddać mogą również dobre usługi leczeniu przeciwniepalnemu miejscowemu. Zadaniem takiego leczenia nie ma być wyłączenie działania na powierzchnię zajęte chorobą, powinno ono zwalczyć i zniszczyć produkta zaraźliwe pojawiające się w przebiegu choroby.— Już od 9-ciu lat autor daje węgiel roślinny sproszkowany chorym durzycowym w celu podziałania na rozkładające się produkta w kiszki; sprawa fermentacji nie zostaje przytem zniesioną, ale węgiel przeszkadza wessaniu się produktów gniących, pochłaniając takowe. Wypróżnienia nietylko tracą zupełnie zapach, ale dają po odfiltrowaniu płyn zupełnie przezroczysty. Pomiędzy pierwiastkami, zatrzymywanymi przez węgiel, znajdują się ciała trujące (alkaloidy), wytworzone przez gnienie w kiszki, analogiczne z ptomainami, których obecność w wypróżnieniach wykazał autor w 1882 r. Ptomainów bywa

tem więcej, im silniejszy jest rozkład w kiszki. Większa część tych związków znajdujących się w ciałach zwierzęcych, jest produktem wytworzonym przez organizmy roślinne spowodujące gnienie. Część alkaloidów z kiszki pochłania się przez błonę śluzową i bezprzestannie wydalana przez nerki, jeżeli te są zdrowe. Odfiltrowane wypróżnienia stolcowe chorych durzycowych, leczonych węglem, zawierały zaledwie ślady alkaloidów, uryna zaś była zupełnie ich pozbawioną.

Prawdopodobnie oprócz alkaloidów jest wiele innych ciał szkodliwych, będących produktem rozkładu w kanale pokarmowym, których węgiel nie jest w możności zubożyć. Należy więc starać się nietylko o zatrzymanie produktów rozkładu przez węgiel, ale przeciwdziałać samemu gnieniu. Da się to uskutecznić za pomocą środków przeciwniepalnych wcale, lub mało rozpuszczalnych, ażeby nawet przy zwiększających się wziętkach, mogły przejść przez kanał pokarmowy bez wessania się. W tym celu autor używa mieszaniny, składającej się z 60 centygr. (10 gran) jodoformu, rozpuszczonego w 100 centygr. (16 gr.) eteru siarczanego i 100 gramm (unc. 3 dr. 2) węgla sproszkowanego.

Po ulotnieniu się eteru do otrzymanego powyższym sposobem węgla jodoformowego dodaje się 180 gramm. gliceryny. Mieszaniny tej przyjmuje chory co 2 godziny po łyżce stołowej, rozprowadzonej w pół szklanki wody.

Odfiltrowana zawartość kiszki chorych durzycowych, przyjmujących węgiel jodoformowy, nie zawierała wcale alkaloidów i straciła zupełnie własności trujące.

Wyciąg z 17 gramm wypróżnień od zdrowych, wprysnięty w żyłę królikowi, spowodował śmierć po upływie niecałej minuty; wyciąg zaś z 200 gramm wypróżnień wziętych od chorego tyfusowego, przyjmującego węgiel jodoformowany—

pozostał bez żadnego wpływu na zwierzę.

Odsetka śmiertelności chorych na durzycę przyjmujących węgiel czysty, spadła z 20 na 15; leczących się zaś węglem z jodoformem—na 10. Oprócz durzycy Bouchard z dobrym skutkiem dawał powyższą mieszaninę w rozszerzeniach żołądka, niezbytach kiszek zwyczajnych i z owrzodzeniami, zastosowywał ją także w moczniczy.

Sposoby przeciwnilnego leczenia chorób zakaźnych nie odpowiadają jeszcze wszystkim wymaganiom, zrobiły jednakże już ważny postępek na tej drodze.

J. Wojciechowski.

III. Choroby nerwowe.

5. Dr. M. SCHERSCHEWSKY. **Ueber Thermoneurosen.** (*Virchow's Archiv B.* 96—H. 1).

Określenie roli, jaką odgrywa system nerwowy w gorączce, zajmowało wielu badaczy; stanowczych jednak rezultatów nie osiągnięto.

Do rozjaśnienia rozbieranej kwestyi przyczynić się mogą ścisłe kliniczne spostrzeżenia.

Autor przytacza 4 przypadki w których wzrost ciepłoty ciała należy przypisać wyłącznie zaburzeniom w ośrodkach nerwowych:

1) dziewczynka 12-letnia, córka niezamożnych rodziców — przebyła ciężką błonicę; po 3-ch tygodniach pacjentka powróciła do zdrowia; potem zauważono objawy zezu, następnego dnia porażenie gardła. Jednocześnie ciepłota podniosła się do 39,8; przez tydzień gorączka ciągła, dochodząca niekiedy do 41°, oraz silne bicie serca.

Badanie organów wewnętrznych, jak również i uryny dało ujemne wyniki; osłabienie bardzo silne. Siódmego dnia gorączki—zalecone wdechania tlenu, ciepłota zaraz na drugi dzień obniżyła się

do 38,6; od tego czasu ciągła poprawa, chora wyzdrowiała.

W niniejszym przypadku po pojawieniu się porażień wystąpiła znaczna gorączka, zresztą przebieg błonicy był prawidłowy. Autor nie może wytłómaczyć objawu tego w inny sposób, jak pewnem „indywidualnem usposobieniem” chorej

2) autor ma w ciągłej obserwacji córkę ludzi zamożnych, której matka przed wyjściem zamaż przedstawiała wybitne objawy niemocy nerwowej (neurasthenia); ojciec—nerwowy człowiek — zajęty ciągle pracą umysłową. Dziewczynka w dzieciństwie podlegała krzywicy, przytem miała częste drgawki, tak, że już w 8-ym miesiącu jej życia używał autor „antinervina”. Przytem odżywianie dziecka było dobrem.

W drugim roku życia rzeczzone objawy ustąpiły, natomiast pojawiał często bez widocznej przyczyny stan gorączkowy,—ciepłota ciała dochodziła do 40° C.; gorączka trwała 5—6 godzin, w tym czasie następowało wydzielanie się wielkiej ilości lepkiej śliny i bicie serca — (do 150 uderzeń na minutę); skóra przytem na dotyk była prawie chłodną.

Dziewczynka rosła i wyglądała zdrowo, umysłowo rozwijała się bardzo szybko; ataki jednak rzeczzone nie ustawały—przyłączyły się do nich wymioty, które uspokajały się przy poziomem położeniu ciała.

Przypadłości te w postaci napadów coraz jawniej zaczęły występować po każdym silniejszym wzruszeniu.

Zawsze i stale bromek potasu przynosił natychmiastową ulgę.

W jednym zaś napadzie gorączki, połączonym z kurczem kiszek, poskutkowało odrazu dawka belladonny. Od 7-go roku życia ataki stały się słabsze, jednak stale po silniejszych wrażeniach psychicznych występowały.

Jak najstaranniejsze badanie nie wykryło żadnych zmian w organach wewnętrznych; nawet przy bieganiu uderze-

nia serca przyspieszają się bardzo niezna-
cznie, natomiast lada wzruszenie podnosi
je do 120—150.

Okolo 9-go roku życia przyłączył się
nowy objaw: w czasie gorączki bolesność
*lewego splotu ramieniowego i 2-go lewego
międzyżebra, oraz uderzająca zmienność
wielkości źrenicy.*

Widzimy tu, tak jak w poprzednim
wypadku, nagle, bez wszelkiej przyczyny,
wznoszenie się ciepłoty ciała; nie było tu
ani zapalenia organów wewnętrznych, ani
zakażenia i t. p., przytem w drugim wy-
padku w miarę wzrastania dziecka coraz
wyraźniej występowały, jako moment
przyczynowy, wzruszenia psychiczne.

3) następna obserwacja tyczy się
8-letniej dziewczynki, której rodzice przed-
stawiają typy osób nerwowych; dziecko
nadzwyczaj rozwinięte—w 8 miu latach
wygląda na 13—14; silnie rozwinięta mi-
łość własna, wielka wrażliwość. Dziew-
czynka dostała nagle gorączki, która
trwała parę dni; przyzwany lekarz prze-
pisał chininę, która jednak nic nie skutko-
wała; w parę dni potem przyłączył się
suchy kaszel; dziecko do łóżka się nie kła-
dło i zachowywało dobry apetyt. Przy-
zwany autor znalazł dziecko w stanie
bardzo rozdrażnionym źrenice równe, lecz
ciągle zmieniające swoją wielkość; *bole-
sność lewego splotu ramieniowego i drugie-
go lewego międzyżebra*; odruchy mięśni-
owe i ścięgniste wzmożone. — Żadnych
zmian w płucach znaleźć nie można, śle-
dziona i wątroba niepowiększone, apetyt
bardzo dobry; puls 130 — 140 na minutę,
po 15—20 uderzeniach następuje pauza;
uryna zupełnie normalna. Przytem go-
rączka, trwająca 10 dni, wahająca się
około 40 wszystkie objawy trwały
przez cały czas gorączki.

Żadnej zakaźnej choroby rozpoznać
nie podobna, tembardziej że żadne środki
przeciwgorączkowe (chinina, salicylaty)—
nie okazywały najmniejszego wpływu,
natomiast pod wpływem bromku potasu
ciepłota opadała natychmiast.

Podobne paroksyzmy powtarzały się
jeszcze u tej samej chorej dwa razy; cie-
płota obniżała się pod wpływem wdechań
tlenu.

W opisywanym wypadku uderza
wspólność objawów z poprzedzającym:
bicia serca, bolesność lewego splotu ra-
mieniowego i lewego drugiego międzyże-
brza — oraz zmienna wielkość źrenicy.

4) ostatnia obserwacja odnosi się do
27-letniej panny, przedstawiającej bardzo
wyraźny obraz blednicy; chora, bardzo
drażliwa,—łatwo czerwienieje i blednie
tętno przy lada wzruszeniu silnie się przy-
śpiesza; częste i uporczywe bóle głowy,
ruchliwość źrenic, nadczułość *lewego splotu
ramieniowego i lewego drugiego między-
żebra.*

W tym także wypadku obserwował
autor dwakroć gorączkę wraz z uporczy-
wym kaszlem, biciem serca i nasileniem
wyż wspomnianych objawów; płuca zu-
pełnie zdrowe; zjawilo się po dwakroć
obrzemiecie prawego uda, jednakże we-
zwany chirurg zapalenia żyły nie rozpo-
znał.

Przy wysłuchiowaniu serca można by-
ło skonstatować szmery, najprzód przy
podstawie, następnie także u wierzchołka
serca, które jednak wraz z gorączką
znikły.

Stosowano z dobrym skutkiem wde-
chania tlenu.

Pomiędzy opisanymi wypadkami autor
dostrzega pewną analogię. Gorączka
przy porażeniach pobłonicowych stanowi
objaw bardzo rzadki, jednakże wzmianki
o niej znajdujemy u Sanné jak również
u Lorain'a i Lepine'a; ponieważ związek
tej ostatniej z porażeniem istnieć musi,
należy więc szukać wspólnej dla nich
przyczyny; utrudnia to zadanie fakt, że
pytanie co do przyczyn porażień błonico-
wych nie jest jeszcze dostatecznie wyświe-
tlone; najchętniej może dałoby się przy-
jąć zdanie Jaccoud'a, że cierpienie gardła
działa dośrodkowo na nerwy naczynioru-
chowe ośrodków nerwowych, wywołując

w nich zmiany odżywcze i czynnościowe; jeżeli zaś zwrócimy uwagę na to, że rzeczone porażenia znajdują się w promieniu nerwu błędnego, należy te zmiany przypuścić głównie w jego ośrodku; bardzo naturalnem będzie przy tem przypuszczenie, że i podniesienie ciepłoty zależy od zaburzeń w ośrodku naczynioruchowym. Opierając się na tem przypuszczeniu bardzo łatwo objaśnić wpływ wdechań tlenu na spadek ciepłoty: wiadomo bowiem, że pobudzalność ośrodka naczynioruchowego jest najmniejszą przy bezdechu (apnoe, Landois)—a ten właśnie stan wywołujemy za pomocą wdechań tlenu.

W drugiej i trzeciej obserwacji większość objawów jest najzupełniej identyczną; przytem przedstawiają zaburzenia czysto nerwowe:

1) bolesność drugiego lewego międzyżebra napotyka się stale przy dusznicy bolesnej (angina pectoris). Peter uważa ją za objaw nerwicy, lub zapalenia zwojów nerwowych serca i chociaż w tych razach połączone są one zwykle ze zmianami anatomicznymi (rp. ze zwyrodnieniem t. wieńcowych), jednak w mniejszym stopniu mogą mieć charakter czysto czynnościowy.

2) bolesność lewego splotu ramieniowego objaśnić trzeba rozpromieniowaniem podrażnienia z wyżej rzeczonych zwojów—czy to drogą anatomiczną (Hyrtl—Peter), czy to odruchową (Traube).

3) ruchomość źrenicy—i

4) wzmoczenie odruchów — znajdujemy bardzo często przy bezsilności nerwowej, niedokrewności i blednicy.

5) bicie serca i nieregularność tętna, obserwował autor tylko równocześnie z gorączką; w wolnych przestankach żadnych nienormalności w sercu odkryć nie mógł; zmęczenie fizyczne przyspieszało tętno bardzo nieznacznie, natomiast wrażenia psychiczne były w stanie podnieść je do 130 uderzeń na minutę. Ta drażliwość serca nie da się objaśnić w rozpatrywa-

nych wypadkach—ani wzmoczeniem pobudzalności zwojów wskutek zmian anatomicznych, — gdyż byłaby w takim razie stałą; ani porażeniem nerwu błędnego—gdyż to ostatnie nie mogłoby tak szybko—to powstawać, to znikać, zostaje więc tylko—podrażnienie włókien przyspieszających, albo podniesienie ciśnienia wskutek skurczu naczyń (nerwy naczynioruchowe), które działa jako mechaniczne drażnienie na lewą komórkę i wywołuje przyspieszenie i wzmocnienie czynności serca (Heidenhain—Slaviansky).

Oprócz tych wspólnych objawów mieliśmy w pierwszym wypadku objawy ze strony żołądka, ślinienie i poty; w drugim — kaszel; żadnych zmian w odnośnych organach znaleźć nie można było; jeżeli dodamy, że objawy powyższe występowały napadami, wspólnie z innymi czysto nerwowej natury, możemy je policzyć do tej samej kategorii — funkcjonalnych nerwowych zaburzeń; odnosząc ten pogląd i do przyczyny podwyższenia ciepłoty — możemy już a priori uznać gorączkę w tych wypadkach jako *skutek czynnościowy nerwowych zaburzeń*; popiera ten wniosek fakt, że przyczyną gorączki były w tym razie wzruszenia psychiczne. Przytem tego rodzaju faktu nie są nowością w literaturze: Botkin wspomina o wznoszeniu się ciepłoty przy kateteryzacji, a Charcot mówi o gorączce przy „hysterioepilepsyi”. Nareszcie, w obu przypadkach środki przeciwgorączkowe nie wywierały najmniejszego wpływu, gdy tymczasem bromek potasu, belladonna—wywoływały prawie natychmiast obniżenie ciepłoty.

W obserwacji Nr. 4—widzieliśmy wysoką gorączkę przy blednicy, co, jak wiadomo, do obrazu tej ostatniej nie należy, przy tem w danym wypadku poboczne objawy utrudniały rozpoznanie: i tak, kaszel wzbudzał podejrzenie gruźlicy, zjawienie się szmeru u wierzchołka serca—zapalenia wsierdza, a obrzęk uda—zapalenia żyły; każdy z tych stanów był do-

stateczny dla objaśnienia gorączki nawet wysokiej.

Jednakże niestałość dwóch objawów, a następnie ich zupełne ustąpienie przemawia dostatecznie przeciw stałym zmianom anatomicznym; objawów zapalenia żył także znaleźć nie można było, tak, że obrzęk należy przypisać skrzepowi, powstałemu w skutek słabej czynności serca, tembardziej, że podobne cierpienie chora już przebywała po długim i wycieńczającym zapaleniu płuc. Anaemiam perniciosam wyklucza szczęśliwy koniec choroby, tak, że pozostaje tylko przyjąć gorączkę towarzyszącą blednicy; takie formy uważa Immerman za przejściowe między chlorosis i anaemia perniciososa; przytém uważa on tę gorączkę, podobnie jak Biermer za zależną od zmniejszenia się ilości czerwonych ciałek krwi, niżej pewnej normy; trudno jednak objaśnić sobie, jakim sposobem tego rodzaju zmiana może wywołać podniesienie ciepłoty, gdy raczej powinna ona obniżenie się jej wywołać; prawdopodobniej daleko, opierając się na zdaniu Trousseau „że blednica należy do chorób nerwowych”—objaśnić gorączkę: jak w poprzednich wypadkach, *zбочeniem w ośrodku naczynioruchowym*.

Mamy więc przed sobą obraz gorączki, towarzyszącej różnym chorobom (porażenie błonnicowe (1.)—neurasthenia (2 i 3.)—blednica (4), który jednak jednakowym przyczynowym momentem objaśnić można; nie przesądzając pytania o istnieniu i umiejscowieniu ośrodka regulującego ciepłotę ciała, zwraca autor uwagę na to, że w opisanych wypadkach działał on za pośrednictwem ośrodków naczynioruchowych.

Na zakończenie przytacza autor wyjątek z dzieła Recklinghausen'a (Handbuch der allgemeinen Pathologie etc.)—potwierdzający przypuszczenie, co do istnienia gorączki wskutek zmian w ośrodkowym układzie nerwowym. *K. Ciagliński.*

(Miałem sposobność obserwować w m. marcu r. 1884 wypadek, najzupełniej od-

powiadający wyżej przytoczonym: chora lat 30—przedstawiająca bardzo wyraźne objawy hysterii, cierpiała dwa dni na silny nerwoból twarzowy; wieczorem drugiego dnia ból się uspokoił, chora czuła się tylko zmęczoną; była wesołą i miała apetyt. W parę godzin po ustaniu bólu byłem znowu przywołany do chorej i znalazłem ją w silnym dreszczu, tak że cała drżała i szczękała zębami; założony ciepłomierz pokazał, ciepłotę 40^o; dreszcz trwał z pół godziny—potem chora uspokoiła się i zasnęła. Na drugi dzień znalazłem stan zupełnie bezgorączkowy, chora czuła się najzupełniej dobrze; dreszcze i gorączka nie powtórzyły się, *pomimo, iż chinina zadawaną nie była.* Przepisek sprawozd.)

IV. Gynecologija.

6. Dr. August MARTIN. **Wykład chorob kobiecych i ich leczenie.**—*Pathologie und Therapie der Frauen-Krankheiten.* (Wien und Leipzig 1885—str. XII i 419).

Książka ta powstała z notatek, zbieranych stenograficznie z wykładów, prowadzonych przez autora, docenta ginekol., dla lekarzy w czasie wakacyj w Berlinie. Z natury więc rzeczy wypada, że wykład taki, jako przeznaczony dla lekarzy-praktyków, chcących odświeżyć i uzupełnić swe dotychczasowe wiadomości, musi być treściwym i głównie praktykę mieć na względzie.—To też nie wdając się w żadne teoryje naukowe, w żadne sprzeczności, wynikające z różnic poglądów rozmaitych pisarzy, autor przedstawił obraz dokładny obecnego stanu nauki o chorobach kobiecych, posiłkując się na każdym kroku wielostronnem swem doświadczeniem. Rozporządzając bogatym materiałem, autor, jak rzadko kto, miał sposobność zawładnąć doskonale techniką operacyjną; to też dokładny opis operacyj ginekologicznych stanowi główną zaletę tej książki.

W streszczeniu, które tu podamy, postaramy się głównie to tylko uwzględnić,

co jest własnością autora, mianowicie jego niektóre poglądy, jego metody operacyjne i wyniki, do jakich przez takowe doszedł. Książka ta odznacza się przede wszystkim oryginalnością i pod tym właśnie względem wyróżnia się bardzo od innych podręczników.

Wykłady Martin'a mieszczą się w dziewięciu działach, rozmaitej objętości, stosownie do ważności ich przedmiotu pod względem praktycznym. W dziale pierwszym o badaniu ginekologicznem, M. mówi dość obszernie o położeniu narządów płciowych w miednicy. Ostatecznie przychodzi do wniosku, że najprawdziwszy obraz położenia fizjologicznego narządów płciowych w miednicy jest ten, jaki podaje Karol Ruge. Według tego ostatniego macica spoczywa na przegrodzie miednicy (Beckenboden), dnem swem zwrócona ku spojeniu łonowemu, szyja zaś, mniej lub więcej silnie zgięta, skierowana ku dołowi w kierunku ku kości ogonowej. Ciało macicy leży na ściągniętym (pustym) pęcherzu, szyja jej wchodzi do pochwy przez otwór w przegrodzie miednicy się znajdujący i przebiegający ukośnie z góry ku dołowi i z tyłu ku przodowi. Cała macica położona jest nieco tylko ponad wymiarem prostym wchodu miednicy. Jama Douglas'a jest szeroko ku górze otwarta, aby pomieścić pętle kiszek; adnexa leżą więcej ku tyłowi, aniżeli z boku macicy. Macicę w jej położeniu głównie utrzymuje przegroda miednicy.

M. rzadko posługuje się rozszerzaniem macicy w celach rozpoznawczych, zastępując je badaniem drobnowidzowem cząstek błony śluzowej wnętrza macicy, zeszkrobanych za pomocą łyżeczki, która najczęściej i bez rozszerzenia przez usta wewnętrzne przechodzi. Tam zaś gdzie rozszerzenie jest koniecznem, zwłaszcza w celach leczniczych, wykonywa rozcięcie szyi macicznej (*discisio*), uważając preparaty pęczniące (gąbki prasowane, laminaria, tupelo), a także rozszerzadła stalowe i gumowe za stokroć od rozcięcia

szkodliwsze. Przed wykonaniem głębokiego rozcięcia szyi macicznej, sięgającego do ust macicznych wewnętrznych, często należy podwiązać tętnicę maciczną po obu stronach, aby się zabezpieczyć przed krwotokiem. Rękoczyn ten M. opisuje w sposób następujący: odciągnąwszy macicę silnie na stronę i ułatwiwszy sobie dostęp do sklepienia pochwy przez wprowadzenie wziernika Simon'a, należy wyszukać palcem przebieg naczynia tętniącego (arteria uterina) i wtedy igłą dość długą, silnie zgiętą, wkluć do sklepienia macicy na odległość szerokości palca od szyi macicznej, mniej więcej na wysokości przedniej powierzchni szyi. Po objęciu igłą dość znacznej masy tkanki, należy ją wykluć napowrót do sklepienia ku tyłowi od miejsca wklucia i w blizkiem od niego oddaleniu, mniej więcej na wysokości tylnej powierzchni szyi; następnie przeciągnąwszy nitkę, należy takową silnie ściągnąć. To samo dokonywa po stronie przeciwnej.

Rozcięcie szyi macicznej M. wykonywa w ten sposób, że najpierw rozcina zwyczajnym nożykiem część pochwową aż do przyczepu pochwy i próbuje czy palec przez szyję nie przejdzie. Jeżeli opór ust macicznych wewnętrznych jest mocny, to nacina nożykiem główkowym tkanekę po obu stronach cięciami powierzchownymi. Po zbadaniu lub oczyszczeniu jamy macicy, należy rany szyi z obu stron zaszyć i zdjąć przewiązkę prowizoryczną ze sklepień. W ogóle rękoczyny podwiązania tętnic, rozcięcia szyi i zeszywania ran, jako w głębi pochwy wykonywane, należą do trudnych i dla tego niewprawnemu w te manipulacje radzi M. posługiwać się laminarią.

Zeszkrobывanie (Curettement) błony śluzowej jamy macicy w celach rozpoznawczych i leczniczych M. wykonywa tępą łyżeczką, najczęściej bez uprzedniego rozszerzenia kanału macicy. Po dokładnem zeszkrobaniu całej błony śluzowej M. przemywa jamę macicy i zastrzy-

kuje do niej 2 do 3 grammów liq. ferri sesquichlorati za pomocą strzykawki Braun'a, poczem znowu ją przemywa, dopóki krwawienie nie ustanie zupełnie.

Badania Düvelins'a wykazały, że przy jak najenergiczniejszym nawet zeszkrobaniu nie jesteśmy w stanie zniszczyć błony śluzowej w całej jej grubości; głębsze warstwy pozostają na miejscu, a z niemi i zakończenia gruczołów. W tem właśnie M. widzi nieszkodliwość tego rękoczynu; z pozostałych bowiem części odradza się prędko na nowo błona śluzowa w całości. Zarzut więc, jakoby zeszkrobawanie błony śluzowej przyczyniało się do bezpłodności, musi upaść koniecznie.

Dział drugi obejmuje fizylogiję i patologiję miesiączki i poczęcia.

Dział trzeci zajmuje się *patologiją pochwy i macicy* i dzieli ją na następujące części:

- A) nieprawidłowości rozwoju, zmian kształtów i położeń.
- B) zapalenie błony śluzowej narządów płciowych.
- C) zapalenie miększu macicy.
- D) nowotwory sromu i pochwy.
- E) nowotwory macicy.

W części pierwszej zasługuje na uwagę sposób miejscowego leczenia *zaniku wrodzonego macicy* za pomocą pręcików z cynku i miedzi, wprowadzanych i pozostawianych w macicy 3 do 5 miesięcy, przez co wywołuje się długotrwałe jej podrażnienie, następstwem którego bywa obrzmienie macicy i w rezultacie rozrost mięśni i błony śluzowej. Jako dowód tego, że pręciki te wywołują nadzwyczaj silne podrażnienie błony śluzowej macicy, służyć może to, że część cynkowa powoli rozpuszcza się w wydzielinie macicy.

M. jest zawsze za radykalnem leczeniem *wypadnięć macicy i pochwy* t. j. przez operację, z wyjątkiem tych przypadków, w których późna starość resp. brak sił albo choroby ustrojowe czynią wyleczenie wątpliwem. Ponieważ na powstanie wypadnięcia macicy wpływają najczęściej 3

głównie przyczyny, razem działające, mianowicie wydłużenie szyi macicznej, rozluźnienie, wielkość pochwy i rozdarcia zastarzałe krocza, więc leczenie operacyjne wypadnięcia macicy M. opiera na usunięciu tych trzech zbroceń. W tym celu wykonywa przede wszystkim odcięcie części pochwowej (*amputatio colli uteri*), następnie częściowe obnażenie z błony śluzowej i zeszcycie ściany przedniej pochwy (*colporrhaphia anterior*) i wreszcie obnażenie i zeszcycie ściany tylnej pochwy i krocza (*Colpoperineorrhaphia*). Wszystkie te operacje M. wykonywa na jednym posiedzeniu w porządku tu podanym. Ostatnią z nich robi zwykle według własnej metody. *Operacja Martin'a* składa się z dwóch części: z obnażenia i zeszcycia bocznego podwójnego ściany tylnej pochwy (*Elytrorrhaphia duplex lateralis*) i z obnażenia i zeszcycia krocza (*Perinaeanxesis*).

M. opisuje dość szczegółowo operację prof. NEUGEBAUER'A, polegającą, jak wiadomo, na pośrodkowem obnażeniu z błony śluzowej i zeszcyciu obu ścian pochwy ze sobą (*Elytrorrhaphia mediana*). M. przyznaje, że sama ta metoda jest stosunkowo bardzo prosta i wyniki jej odnośnie wyleczenia wypadnięcia są zadawalniające. Ponieważ jednak skutek tej operacji kobiety zostają do pewnego stopnia pozbawione możliwości spółkowania, a operacja sama zasadza się na połączeniu ze sobą części fizyologicznie do siebie nie należących, to M. bezwarunkowo daje pierwszeństwo innym metodom operacyjnym, radząc jednak w ostateczności stosować metodę Neugebauer'a, wtedy mianowicie, gdy inne sposoby operowania zawodzą. M. wykonał dwa razy operację NEUGEBAUER'A i z wyników był zadowolony.

W części piątej, traktującej o *nowotworach macicy*, M. mówi bardzo obszernie o *mięśniakach macicy* (*myoma uteri*), rozbiegając bardzo szczegółowo sposoby ich leczenia. Własne jego doświadczenie mówi na korzyść *kastracyi* t. j. wycięcia

jajników, w celu przyspieszenia przemiany sztucznej w guzie, często napotykaney po nastaniu lat klimakterycznych (Climax praematurus, metoda HEGAR'A). Z operacji tej jednak radzi tam tylko korzystać, gdzie wycięcie guza jest niemożliwe, a bezustanne krwotoki życiu chorej poważnie zagrażają.

Wyluszczenie guza przez pochwę (enucleatio vaginalis) radzi tam tylko przedsiębrać, gdzie guz jest mały, albo gdy się już do połowy urodził, t. j. gdy wskutek wzrostu wywołał skurcze macicy i tym sposobem znacznie się przybliżył ku ustom macicznym. W przeciwnym razie radzi wykonywać *wycięcie guza po uprzednim przecięciu ściany brzusznej (laparotomia)*. Rodzaj operacji zależy tu od siedliska guza. Guzy, rozwijające się tuż pod osłoną surowiczą (*peritoneum*) i opatrzone nóżką, wymagają podwiązania i odcięcia nóżki; guzy rozwijające się z ciała macicy, nie dające się od niego oddzielić i dochodzące do znacznych rozmiarów, wymagają wykonania *amputationis uteri supravaginalis*. Guzy, leżące w samej ścianie macicy (*tumores intraparietales*), dają się zupełnie wyluszczyć ze swego łożyska po przecięciu otrzewny, pokrywającej macicę i części ściany pod nią leżącej. Pozostałą po wyluszczeniu jamę traktuje się stosownie do tego, czy błona śluzowa ciała macicy uległa zranieniu, czy nie. W pierwszym razie należy przedewszystkiem błonę śluzową zeszyć i tym sposobem jamę guza oddzielić od jamy macicy, a następnie dopiero jamę guza zamknąć. M. 9 razy operował z dobrym skutkiem guzy śródściennne. Guzy rozwijające się tuż obok macicy w więzach szerokich i pod otrzewną miednicową M. usuwa w ten sposób, że, przeciąwszy otrzewną, guz z jego łożyska palcem wyluszcza, a pozostałą jamę, zwykle bardzo obszerną, drenuje do tylnego sklepienia i następnie brzegi jamy zeszywa, w ten sposób jama ta jest w kierunku ku jamie otrzewny zamkniętą i tylko z po-

chwą komunikuje. Operacja ta wymaga znacznej wprawy.

Co się tyczy pochodzenia *raków macicy*, to M. zupełnie podziela zdanie Ruge'go i Veit'a. Według tych autorów komórki rakowe powstają zwykle z tkanki łącznej, będącej w stanie podrażnienia, często także daje im początek nabłonek gruczołów. Schröder dzieli raki szyi macicznej na rakowce powierzchowne części pochwowej, na raki szyi macicznej w ścisłym znaczeniu i na raki błony śluzowej szyi macicznej.

Przy leczeniu raków szyi macicznej M. zupełnie odstąpił od dawnej metody przyżegania takowych, nawet wtedy gdy ma do czynienia z cierpieniem czysto miejscowym, przekonał się bowiem o bezskuteczności tego środka. Nawet odcięcie całej szyi macicznej (Schröder) nie dawało dobrych rezultatów.

Z 23 tym sposobem operowanych tylko 2 pozostały wolne od recydywy. Lepiej więc jest już w okresie początkowym raka szyi zaraz przystąpić do leczenia doświadczonego i, skoro rak został drobnowidzem stwierdzony, wyciąć natychmiast całą macicę. Większość jednak raków szyi macicznej podpada leczeniu wtedy dopiero, gdy nawet z radykalnej operacji nie można się już więcej spodziewać trwałego skutku. Wówczas pozostaje jedynie starać się o powstrzymanie krwotoków, rozpadu i usunięcie bólów. Środki jakie M. w tym celu podaje, polegają na dokładnem wyskrobaniu mass zrakowaciących i zeszyciu ścian jamy stąd powstałej. Wskutek czego otwarta rana zostaje zakrytą, krwawienie ustaje i rozpad na zewnątrz na długi czas zostaje powstrzymany.

Wycięcie całkowite macicy przez pochwę (exstirpatio uteri vaginalis) wykonał M. do Czerwca roku 1880 razy 60, i mianowicie a) z powodu nowotworów złośliwych macicy 52 razy, b) z powodu nieuleczalnych wypadnięć macicy 3 razy, c) z powodu niczem nie powstrzymanych krwotoków

w latach klimakterycznych 5 razy. Z 60 tych przypadków zakończyło się śmiercią 13, czyli nieco ponad 21⁰/₀. Ostatni przypadek śmiertelny przypadł na 47ą operację, a więc 13 ostatnich przypadków po sobie idących, zakończyło się pomyślnie. Z chorych na raka macicy 19 poddało się operacji przed końcem 1882 roku — z tych zmarło 3. Z pozostałych 16-tu ośm (50⁰/₀) jest wolnych do tej chwili od recydywy.

Po szczegóły wykonania operacji musimy odesłać czytelnika do oryginału (dział V), gdzie znajdzie jaknajdokładniejszy opis metody, przez M. używanej. Jako przeciwwskazania do tej operacji podaje autor: 1) przejście nacieczenia rakowatego na części sąsiednie macicy, 2) zrosty macicy z częściami sąsiednimi, 3) znaczną objętość macicy. We wszystkich tych przypadkach pozostaje do wykonania, po uprzednim przecięciu ściany brzusznej, albo *odcięcie macicy ponadpochwowe* (*amputatio uteri supravaginalis* — Péan) albo *operacja Freund'a* (*exstirpatio uteri abdominalis*). M. raz jeden tylko robił operację Freund'a z zejściem śmiertelnem. Obecnie operację tę prawie zupełnie już zarzucono. M. jej nawet nie opisuje.

Operacja *przetok pęcherzo-pochwowych* (dział IV) są w dziele M. bardzo pobieżnie traktowane. Autor operacjami temi mało się w praktyce zajmuje. Dotychczas wykonał ich 14. Jak się zdaje, przyczyną tak małej liczby szukać w tem należy, że przypadki przetok są w Niemczech dość rzadkie. O metodzie przygotowawczej Bozemann'a, umożliwiającej wykonanie samej operacji, M. zaledwie wzmiankuje, a jednak jest to jeden z najważniejszych postępów w leczeniu przetok. Często otarcia i owrzodzenia, zrosty i zwężenia sromu i pochwy uniemożliwiają przystęp do przetoki. Systematyczne przemywanie pochwy wodą gorącą, pędzlowanie błony śluzowej 10⁰/₀ roztworem lapisu, nacinanie zrostów, wprowadzanie rozszerzań do pochwy, pociąganie ma-

cicy — po pewnym czasie przeinaczają zupełnie pole operacyjne tak, iż operacja staje się wykonalną.

M. wykonywa operację przetoki pęcherzo-pochwowej w położeniu pośladkowo-grzbietowym chorej, odstępując w ten sposób od ogólnie przyjętego sposobu operowania w położeniu kolanowo-łokciowym (Bozeman, Pawlik).

W dziale V o operacjach na macicy M. opisuje *rozcięcie ujścia zewnętrznego macicy* (*discisio orificii uteri externi*), posilkując się ku temu nożem i nożyczkami. Często z operacją tą łączy zeszkrobwanie błony śluzowej kanału macicy, używając metody tej z dobrym skutkiem przy uporczywych, przewlekłych zapaleniach błony śluzowej.

Dalej następuje opis *operacji* Simon'a (Kegelmantelförmige Excision), mającej zastąpić rozcięcie, *operacji* Emmet'a, służącej do usunięcia rozdarć części pochwowej, *operacji* Hegar'a, Schröder'a, Martin'a, służących do zmniejszenia przerostej szyi macicznej (*amputatio colli uteri*). W celu uniknięcia krwotoku przy tych operacjach, M. otacza prowizorycznie część pochwową rurką gumową, zakładając ją ponad szpilkę Karlsbadzką, którą wkłuwą poprzecznie w szyję macicy na wysokości sklepień pochwy, i silnie ją zaciskając. Po skończonej operacji rurkę tę zdejmuje. Tym sposobem operacja jest prawie bezkrwawą.

W dziale VI, zajmującym się *chorobami jajowodów*, została uwzględniona *cięża jajowodowa*. W razie pewnego rozpoznania takowej, M. radzi jak można najwcześniej usunąć jajowód wraz z jajem płodowym przez laparatomiję.

W dziale VII o *chorobach więzów szerokich* znajdujemy opis *guza krwawego zewnątrztrzewnowego* (*haematoma extraperitoneale*), cierpienia, które niedawno dopiero na stole sekcyjnym stwierdzonem zostało i które polega na wylewie krwawym między dwa listki więzów szerokich.

W dziale VIII mieszczą się *choroby*

otrzewny miednicowej, a więc *Perimetritis i Haematocoele intraperitoneale*. Leczenie przy guzie krwawym powinno być wyczekujące i w ostateczności jedynie zezwala się na drenowanie jamy Douglas'a do pochwy albo też na laporatomiję.

Dział IX wreszcie zajmuje się *chorobami jajników*. Operację wycięcia torbiela jajnika (*ovariotomia*) M. opisuje bardzo szczegółowo, zwracając baczną uwagę na przepisy antyseptyki, którą z nadzwyczajną skrupulatnością w zakładzie swoim stosuje. To też wyniki jego od chwili wprowadzenia ścisłego rygoru pod tym względem można nazwać świetnymi. Ze 100 operowanych od 1 Kwietnia 1881 r. zmarło tylko $3 = 3\%$, z tych zaś tylko 1% z powodu zakażenia septycznego.

Znającym język niemiecki *Gynekologiję* Martin'a śmiało polecić możemy. Lekarz-praktyk znajdzie w niej doskonały podręcznik, streszczający w jasnym i ścisłym wykładzie wszystko to, co dotychczas w tej gałęzi medycyny zrobiono.

Książka ozdobiona jest 164 drzeworytami, przeważnie oryginalnymi, które znakomicie ułatwiają zrozumienie tekstu, zwłaszcza zaś opisu operacyj. Wydanie dzieła jest bardzo staranne (Urban et Schwarzenberg w Wiedniu).

M. Zweigbaum.

V. Chirurgija.

7. Prof. SCHRÖTTER. **Przyczynę do leczenia tętniaków aorty.** (*Deut. Arch. f. klin. Med. Bd. 35 H. I—II*).

Leczenie tętniaków aorty nie zrobiło dotychczas znacznych postępów i pomyślne wypadki bardziej samowolnemu wyzdrowieniu przypisać należy, aniżeli leczniczym sposobom. O chirurgicznym postępowaniu, jakie się stosuje przy tętniakach tętnic obwodowych, mowy tu być nie może.

Wyniki podwiązywania naczyń, wychodzących z worka tętniakowego, nie są nader zachęcające, głównie z powodu ła-

two powstających zatorów. Nie bardzo też pomyślne wyniki otrzymujemy przy stosowaniu podskórnem ext. secalis cornuti, lub ergotyny w okolicy tętniaka. Jedni działanie środka tego widzą we wpływie jego na włókna mięśniowe, co możliwem jest przy niewielkich wrzecionowatych tętniakach, niemożliwem zaś przy workowatych, gdzie mięśniowycielementów brak jest zupełny, drudzy—w działaniu jego na otaczające tkanki, zwłaszcza skórę, która pod wpływem zapalenia wywołanego sporyszem grubieje, tworząc trwałą otoczkę około tętniaka; autor podobnego działania nie spostrzegął.

Nakłówanie galwaniczne (galvanopunctura) i wkłówanie igieł do worka tętniakowego (acupunctura), także w skutek ła-two powstających zatorów nie bardzo są zalecaniami.

Autor, mając do czynienia ze znaczną liczbą wypadków tętniaków aorty, które zużyły (usura) mostek i żebra i wyszły na zewnątrz pod skórę, szukał sposobu, z pomocą którego możnaby wywołać krzepnięcie krwi w worku i wzmocnienie ścian jego.

Anglik Moore był pierwszym, który w tym celu wprowadzał do worka drut żelazny.

Lewis z Filadelfii wypełniał tętniaki tętn. podobojczykowej włosiem końskim.

W 1879 roku Bacelli wprowadził do worka tętniakowego sprężyny zegarkowe, które uległy tam utlenieniu i skruszeniu.

Autor chciał użyć podobnego sposobu, szło tylko o wybór materiału, któryby nie ulegał, jak niektóre metale utlenieniu i kruszeniu, zagrażającemu zatorom, i który mógłby we wnętrzu worka przyjąć formę skręconą (spiralną). Catgut, na który zrazu autor zwrócił uwagę, nie był odpowiednim, gdyż w wodzie resp. we krwi, traci spiralną formę. Zwrócił się zatem do „Fils de Florence” otrzymywanych z jedwabnika. Nitki te w wodzie

przyjmują spiralną postać, są sztywne i łatwo się wchłaniają.

Za pomocą szprycy (2 mm. średnicy i 3 mm. długości zlekką zagiętej dla uniknięcia krwawienia) wykonał autor w d. 10 listopada 1883 r. operację wprowadzenia wspomnianych nitek u chorego lat 44, dotkniętego tętniakiem aorty wstępującej, który wystawał na zewnątrz, począwszy od dolnego brzegu prawego obojczyka aż do dolnego brzegu 4 żebra, a w poprzek od prawego brzegu mostka, aż na 2 ctm. za prawą linię sutkową. Tętniak był przykryty mięśniem i skórą i przyczyniał straszne cierpienie choremu. Powłokę, pokrywającą tętniak, podczas operacji odsunięto ku górze, nakłócie wykonaniem zostało w górnym odcinku, i bez krwawienia wprowadzano dwie nitki jedną 28 cm., drugą 24 ctm. długości. Operacja trwała 8 m. 50 sekund.

Po wyjęciu szprycy nie było wcale krwawienia; choremu zalecono absolutny spokój i zimne okłady. Następných dni ciepłota się nie podniosła, stan ogólny się nie zmienił. Sam tętniak stał się odporniejszym, mniej tętniącym, 13 listopada operację powtórzono i wprowadzono w dolny odcinek 74 ctm. nitek w przeciągu 19 m. 25 sek.

Po operacji stan zupełnie dobry.

Dnia 15 listopada ciepłota się podniosła do 38,2, następnego dnia spadła do 37,2 i później już wahała się między 37 i 38. Dnia 16 list. chory zaczął się uskarżać na bóle w prawej łopatce i ramieniu, guz się zwiększał w obu wymiarach, nokoło niego powstał obrzęk; chory silnie zaniepokojony, pomimo namowy, wypisał się d. 19 list. Zmarł d. 28 list. w jednym z zakładów prywatnych pod Wiedniu przy objawach obrzęku płuc.

Ogłędziny pośmiertne, wykonane przez prof. Kundrata, wykazały obrzęk płuc, rozstrzeń prawej komórki serca i stłuszczenie mięśnia sercowego, wrzecionowate rozszerzenie aorty wstępującej i łuku, tętniak aorty wstępującej wielkości pięści,

który przebijał mostek i żebra i łączył się z drugim workiem wielkości główki dziecka, wystającym na zewnątrz, przykrytym mięśniem piersiowym i skórą. Worek znajdujący wewnątrz klatki piersiowej nie zawierał zakrzepów i wypełniony był płynną krwią; ściany jego były utworzone z ścianek aorty, dotkniętej w wysokim stopniu sprawą miazdrzycową; worek zewnętrzny, otoczony tkanką łączną, wypełniony był zupełnie skrzepami krwi, po części odbarwionemi i przylegającemi mocno do ściany tętniaka.

W górnym odcinku w pośród zakrzepu można było odnaleźć część nitek.

Z badania pośmiertnego wynika, że przewidywanie co do działania nitek sprawdziły się zupełnie, mianowicie, że one powodują krzepnięcie krwi, zachowują swą skręconą postać i sprzyjają wzmocnieniu ścianki.

W końcu autor stawia następujące wnioski:

1) operacja powyższa musi być uważaną za niezagrażającą życiu: śmierć nastąpiła zupełnie nie w skutek operacji.

2) nie ma krwawienia; przyczem należy używać szprycę takiej średnicy, któraby szczelnie wsuwaną nitką wypełnioną była.

3) wybrany materyjał zdaje się być zupełnie odpowiednim.

4) byłoby pożądanem powtórzyć tę operację w celu postawienia ścisłych wskazań i zastosowania możliwych ulepszeń.

Brüner.

MISCELLANEA.

8 **Laseczniki przecinkowate.** Donosiliśmy w swoim czasie o wynikach prac rządowej komisji angielskiej w Indyjach, które przeczyły teorii Koch'a; donosiliśmy również o pracach Lewisa w tym kierunku oraz o poglądach Pettenkofer'a. Obecnie wypada zanotować nowy fakt podający teorię w wątpliwość. W Genui urządzoną została pracownia miejska pod kierunkiem prof. Ceci, który wraz z prof. Klebs'em wykonał szereg badań nad etyologią cholery azjatyckiej, opisanych w La Rivista

Internazionale di Med. e Chir. z miesiąca listopada (w doniesieniu tymczasowym).— Według autorów, laseczniki przecinkowate nie znajdują się w wypróżnieniach wszystkich chorych na cholere, ani też w trupach ludzi uległych gwałtownie tej chorobie, ani w powietrzu wydechanem przez chorych w okresie zapasści. W innych wypadkach nie znaleziono ich i w gruczołach Lieberkühna. Nadto laseczniki i spirylle nie różnią się pod względem morfologicznym od otrzymanych przez Finkler'a i Prior'a z wypróżnień przy cholere sporadycznej, a Klebs znalazł takowe również u chorego na biegunkę, wklajając ostre zapalenie płuc.

(*The Lancet* 20-go grudnia r. z.).

9 O pierwszym wypadku wycięcia nowotworu z mózgu, dokonany w szpitalu dla epileptyków w Londynie przez Hughes'a Bennett'a i Rickmann'a Godlee, podaje *Lancet* niektóre bliższe szczegóły.

Przypadek ten dotyczył 25-letniego silnego mężczyzny od czterech lat cierpiącego (po obrażeniu głowy), a zwłaszcza od sześciu miesięcy dręczonego codziennymi napadami drgawek, bólami gwałtownymi głowy, do których przyłączyły się i wymioty nader częste. Z objawów tych i z natury drgawek Bennett przyszedł do przekonania o obecności w korowej istocie guza ograniczonej wielkości, mieszczącego się w okolicy górnej trzeciej części szpary Roland'a. 25-go listopada zawezwany chirurg Godlee wykonał trepanację odpowiedniej części czaszki; po obnażeniu mózgu guza nie spostrzeżono; idąc atoli w kierunku naczyń, operator, dokonawszy przecięcia mózgu na głębokość cala, znalazł nowotwór wielkości orzecha (gliomat), który starannie wydalil.— Krwotok wstrzymano żegadłem. Chory po operacji czuje się bardzo dobrze, gorączka była niezna czną, napady ustąpiły. W raniu wprawdzie wytworzyła się niewielka przepuklina, przyczem zwiększyła się pareza lewej nogi, innych jednak objawów przykrych nie było do czasu sprawozdania (15-go grudnia). (*The Lancet* 20 grudnia r. z.).

10 Millard (New-York) podaje nowy **odezwnik na białko**, wykazujący najmniejsze jego ślady (1:300,000):

Acid. phenic. glacial (95%) dr. 2

Acid. aceticum puri dr. 7

Liquor potassae unc. 2.

Płyn ten strąca tylko białko, usuwa więc wszelkie wątpliwości. Zastrzega się, aby stosunek kw. karbolowego był brany ściśle według powyższego wzoru, inaczej mieszanina nie będzie przezroczystą.

(*Pr. Med. Woch.* 52).

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— Warszawskie towarzystwo lekarskie.

Stan towarzystwa lekarskiego ze stanowiska gospodarczego, jak to przedstawionem było przez sekretarza Stałego na dorocznem posiedzeniu administracyjnem (16-go grudnia), przedstawia się zadawalniająco.—Cyfry załączemy później, gdy opublikowane zostaną.

Na temże posiedzeniu kol. Hoyer przedstawił stan nowo wprowadzonej w życie pracowni, o której podawaliśmy wzmiankę w swoim czasie. Stan finansowy pracowni jest stosunkowo świetny, albowiem posiada ona około 1000 ruli funduszu zapasowego. Pracujących dotychczas było tylko 4-ch, nie ulega wątpliwości wszakże, że działalność laboratoryjną się rozwinie o wiele pokaźniej. Stan biblioteki również, jak to przedstawił kol. Peszke, jest pomysłny; dziś posiada księgozbiór około 12000 tomów, nadto w roku bieżącym mają być oddane towarzystwu biblioteki po zmarłych wiernych członkach instytucji: kol. Kościńskim i Klunku.— Niezmiernie ważną wiadomość podał prezes, iż na rzecz towarzystwa złożono bezimiennie za pośrednictwem kol. Dudrewicza nader poważną kolekcję antropologiczną, która jak postanowiono na posiedzeniu ma być zawiązkiem **zbiorowego tymczasem muzeum towarzystwa lekarskiego.**— Chwilowo mieścić się musi takowe w szczyptym lokalu pracowni, ale z dniem 1-go lipca, gdy rozwiązany zostanie kontrakt z lecznicą, znajdzie się więc miejsce na zbiory.

Na członków czynnych Towarzystwa wybrano D-rów Mączewskiego i Oltuszewskiego.

— Towarzystwo lekarskie kaliskie. —

W „Gazecie lekarskiej“ sekretarz towarzystwa tego Dr. Drecki umieszcza krótkie sprawozdanie z r. 1883—1884 (do 1-go lipca r. 1883 do tejże daty r. 1884). Rok ten był 7-ym od chwili powstania towarzystwa. Członków rzeczywistych było 27, członków korespondentów 5, członków honorowych 5 i 3-ch lekarzy weterynaryi. Posiedzeń zwyczajnych odbyto 10 (ostatnie rocznie), czyli 1 na miesiąc.

Na posiedzeniach komunikowano o epidemjach i endemjach, przy czem urzędnicy służby zdrowia składali odpowiednie raporty, demonstrowano nowe środki lekarskie. W liczbie odczytów figuruje kilka ciekawych przypadków chorób rzadszych (carcinosis acuta, echinococcus hepatitis, tętniak łuku aorty, pyo-pneumothorax po gościu stawowym i t. p.).

— Stan kasy towarzystwa: dochodu 207 r. 32 kop., wydatków 109 r. 58 kop., rezydent wynosi 97 r. 74 kop. Największą rubrykę wydatków przedstawia prenumerata pism, a mianowicie 57 r. 50 kop.

Biblioteka towarzystwa liczy 145 dzieł lekarskich (378 tomów), nadto 108 broszur, 5 atlasów i 333 pism periodycznych. (*Gazeta lekarska* 52—1884).

— **Berlińskie Towarzystwo Lekarskie**, posiedzenie z 19 list. 1884,

1) p. Karewski przedstawia dwóch chorych ze **złośliwemi gruczolakami limfatycznymi** (lymphoma malignum), mogących służyć za klasyczny przykład szybkiego **wyleczenia** tego cierpienia pod wpływem **arszeniku**. Obaj chorzy są do daleko posuniętym wieku i mocno wyniszczeni, stosowanie arszeniku wymagało przeto wielkiej ostrożności. Jeden z chorych nie mógł znosić sol. Fowleri do wewnątrz, przeto autor uciekać się musiał do podskórnych wstrzykiwań, a w końcu zmienił preparat na ac arsenicosum. Po wyżyciu 0,76 grm. ac. arsenicos. (wszystkiego razem), guzy zmniejszyły się do daleko części poprzedniej wielkości, ogólny stan się znacznie poprawił, a waga ciała wzrosła o 5 funtów.

2) p. Senator przedstawił **marskie nerki**, mogące służyć jako przyczynek do kwestyi etylogii marskości nerek, resp. związku jej z **charłactwem ołowianem**; prof. Virchow, który badał rzeczne nerki znalazł w samej rzeczy nader rozwinięte zapalenie śródmiażdżowe, ze znacznym udziałem rozrostu torebek kłębkowych, które w niektórych miejscach doprowadziło do zupełnego zniesienia krążenia.— W kanalikach moczowych istoty korowej znajdują się złogi po części z moczanu sodu, po części z soli wapiennych. Co się tyczy wymienionego wyżej przyczynowego związku to prof. V. nie może go przyjąć, gdyż widywał (demonstruje trzy preparata) zupełnie podobne nerki u ludzi, u których nie można było podejrzewać otrucia ołowiem.

3) p. Küster: **o nowotworach w pęcherzu i o ich leczeniu**; są one w ogóle rzadkie: i przypadek na 750 chorych chirurgicznych. Autor zebrał w literaturze 118 przypadków pierwotnych raków pęcherza, z tych 30 u kobiet, 88 u mężczyzn. Nie zgadza się ze zdaniem Klebsa, jakoby wszystkie raki pęcherza były wtórnymi. U mężczyzn raki bywają częściej mnogie, w postaci kosmków, u kobiet pojedyncze guzy są częstsze. Najważniejszym objawem jest krwawienie: krew zupełnie czerwona naprzemian z czystym moczem. Przy rakach bóle zjawiają się wcześniej niż przy innych nowotworach. Przy raku kosmatym strzępki mogą się odrywać i wychodzić na zewnątrz—niekiedy zatykają wewn. otwór cewki, wywołują powstrzymanie moczenia i mocznicę. Są trzy sposoby badania: obmacywanie oburęczne (w narkozie: jedną ręką per vaginam, albo per rectum, drugą nad spojeniem łonowym) badania za pomocą przyrządów, badanie palcem.

Z przyrządów K. używa łyżkowego cewnika, posiadającego na końcu na wypukłej powierzchni sze rokie oko, za pomocą którego daje się uchwycić i oderwać część miękkiego nowotworu. Badanie pal-

cem u kobiet odbywa się po uprzednim szybkim rozszerzeniu cewki za pomocą przyrządu G. Simona.

U mężczyzn należy przedtem otworzyć część bliźniastą; potem rozszerzyć ją wzienikiem Simona.— Małe nowotwory można odrywać palcem, wyskrobywać, większe wymagają otwarcia pęcherza. K. oddaje pierwszeństwo—sectioni altae.

4) p. Gluck zdaje relację o chorej, u której **zastąpił** zniszczone (wskutek płęgmone) **ścięgna Extensoris indicis proprii** przez **plecionkę z catgutem** na przestrzeni od art. metacarpo phalangea do lig. carpi dors. transversum. Obecnie już upłynęło od operacyi 10 miesięcy—chora czuje się dobrze—czynność jest zupełnie dobrze zachowaną. G. przedstawia drugiego chorego (76 lat wieku) po podobnej operacyi na mniejszej przestrzeni, — rezultat wyborny, 6 miesięcy po operacyi. Catgut nie ulega wessaniu, nie pozostaje też jako caput mortuum, ale zostaje według G. wciągniętym w sprawę życiową; wywołuje on, podtrzymując funkcję, nowotworzenie tkanek na około siebie i zostaje w końcu zastąpionym przez równy mu co do wielkości i postaci kawałek tkanki łącznej.

G. przypomina, że wstawiał między końce rozciętego nerwu rurki z kości, pozbawionej wapna i wewnątrz rurki przymocowywał końce nerwów za pomocą szwów. Odradzającym się włóknom odcinków nerwu tym sposobem została wytknięta droga na której mogły się spótkać i zrosnąć. Prof. Vanlair z Liège powtarzał te doświadczenia z dobrym wynikiem, t. j. z powrotem funkcji, i sprawę zachodzącą przy tem nazwał: „névrotisation du tube osseux”. Kostka zostaje z czasem zastąpioną przez odnawiającą się tkankę nerwową. G. sądzi, że obydwie wzmiankowane operacyje oddać mogą wielkie usługi w chirurgii i gorąco je poleca.

5) p. Gluck: przedstawia 2 przypadki wrodzonej **stopy szpotawej** (p. varus). W obu przypadkach po prawej stronie wystarczyło rozcięcie ścięgna Achillesowego resp. gwałtowne wyprostowanie (redressement) pod narkozą. Po lewej stronie, wskutek wysokiego stopnia skrzywienia, zależnego od zrośnięcia się stawów, musiano przystąpić do rezekcyi. Dla utrzymania zupełnie prawidłowego położenia stopy oddzielono kość skokową od k. piętowej aż do k. sześciennej, po uprzednim odpiętowaniu wierzchołka kostki wewnętrznej (malleolus). Przebieg operacyi był b. dobry i trwał 14 dni. Dzieci stąpają całą stopą, ruchy stopy są dosyć obszerne.

Wiadomości bieżące.

— **Prof. Henryk Hoyer** urodził się w Inowrocławiu, w r. 1834, z ojca Ferdynanda i matki Heleny z Trzczińskich, gimnazyjum ukończył w Bydgoszczy i w r. 1853 wstąpił na wydział lekarski we

Wrocławiu, w r. 1856 przeniósł się do Berlina i tam w r. 1857 uzyskał stopień doktora po obronie rozprawy: „De membranae mucosae structura”, po czem został asystentem prof. Reichert'a we Wrocławiu.— W r. 1859 Hoyer objął obowiązki adjunkta przy katedrze fizjologii i histologii w akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie, a w r. 1862 został zamianowany profesorem zwyczajnym w świeżo powstałej szkole głównej, który to tytuł otrzymał powtórnie w uniwersytecie warszawskim po obronieniu w r. 1871 rozprawy: „O nierwach rogowej obłóczki“ w uniwersytecie kijowskim i po otrzymaniu dyplomu doktorskiego od tego uniwersytetu. Prof. Hoyer jest członkiem wielu towarzystw naukowych zarówno w kraju, w cesarstwie, jak i w Austrii i Niemczech.

— **Jubileusz prof. Hoyer'a.** W dniu 20-y m. Warszawskie towarzystwo lekarskie, oraz ogół lekarzy obchodzili uroczystość 25-letniej działalności naukowej i profesorskiej prof. Hoyer'a.

W sali towarzystwa lekarskiego, w obec licznie zgromadzonych lekarzy, oraz profesorów, farmaceutów, przyrodników, o godzinie 7-ej prezes zagaił posiedzenie i wręczył jubilatowi dyplom na członka honorowego, poczem wice-prezes towarzystwa pokrótce skreślił przebieg działalności naukowej jubilata. Następnie Dr. Mayzel wypowiedział mowę gorącą, kreśląc zasługi Hoyera jako histologa i jako kierownika uczących się, redaktor „Gazety lekarskiej” o-fiarował numer jubileuszowy tego dziennika, zawierający na 54 stronach życiorys jubilata (pióra D-ra Matlakowskiego), w którym znajdujemy — wyliczenie prac dokonanych pod kierunkiem Hoyera (ogółem 2) przez innych badaczy, a oprócz życiorysu — wykaz prac jubilata do tego stopnia szczegółowy, że nawet streszczenia i sprawozdania są umieszczone, wreszcie streszczenie 46 prac prof. W końcu numeru wydrukowaną jest praca prof. Weigert'a z Lipska, dedykowana jubilatowi (nowy mikrotom do dużych skrawków).

Następnie Dr. Kondratowicz wręczył jubilatowi ze stosownym przemówieniem książkę jubileuszową w imieniu członków Gazety lekarskiej, Dr. Peszke wręczył dyplom na członka honorowego towarzystwa lekarskiego w Kaliszu, prof. Szokalski pozdrowił jubilata w imieniu akademii umiejętności w Krakowie, pp. Hubert i Karpiński wręczyli dyplom na członka honorowego towarzystwa farmaceutycznego, prof. Wrześniowski wręczył numer jubileuszowy czasopisma „Wszechświat”. Prof. Szokalski miał mowę o znaczeniu Hoyera jako jednego z pierwszych działaczy po przebudzeniu ruchu umysłowego z chwilą organizacji akademii lekarskiej, poczem odczytano telegramy i listy; Dr. Jasiński odczytał pozdrowienia nadeszłe do towarzystwa lekarskiego, Dr. Kondratowicz — nadeszłe do niego, jako do wydawcy „Gazety”. W liczbie innych nadeszli pozdrowienia: Heidenhain z Wrocławia, Ludwиг

z Lipska, Klein z Londynu, Agassiz z Cambridge (w Ameryce), Retzius z Stockholmu, Schwalbe z Strassburga, Weigert z Lipska i inni.

Jubilat dziękował wszystkim, w końcu zaś skreślił w krótkości sam historję rozwoju eksperymentalnych nauk w kraju i trudności, z jakimi nauki te, zwłaszcza zaś badania mikroskopijne, torowały sobie drogę w posród rutyny. Własnym swym usiłowaniom wyłącznego znaczenia mówca odmawia, podnosząc zarazem zasługi tych, którzy mu pracę ułatwiali i tych którzy z usiłowań jego korzyść stali się osiągnąć i w następstwie przyczyniali się do rozpowszechnienia i spopularyzowania w gronie lekarzy poszukiwań mikroskopowych.

Po zamknięciu posiedzenia miała miejsce uczta koleżeńską w resursie kupieckiej, gdzie wnoszono liczne toasta, podnosząc naukowe zasługi jubilata.

Jeszcze słów parę o książce jubileuszowej. Takowa wydana została przez współwłaścicieli „Gazety lekarskiej” sposobem rękopiśmiennym, a mianowicie w 145 tylko egzemplarzach, przeznaczonych dla członków redakcji „Gazety”, dla uniwersytetów, towarzystw lekarskich, bibliotek i dla niektórych uczonych; bardzo ograniczona tylko liczba egzemplarzy pozostała na rozprzedaż. Książka mieści 30 prac członków redakcji.— O pracach tych obecnie powiedzieć tylko można, iż są one owocem najlepszych chęci współwłaścicieli, co daje rękojmię wartości. Pod względem zaś zewnętrznym księga zadowolnić zapewne może najwybredniejsze gusta. Zastugę główną położył tu Dr. Peszke, który ilustrował księgę, zaopatrzył ją w inicjały, ozdobną kartę tytułową i obwódki; wszystko wykonanem jest w stylu XV wieku.— Papier wyborny, jak druk i litografia (Główczewskiego).— Księga zawiera 710 stronic in folio.

— **Piec do palenia opatrunków pomysłu p. Świecianowskiego,** jak dowiadujemy się, postawiony został w szpitalu Dz. Jezus, atoli próby wykonane nad paleniem opatrunków wypadły niekorzystnie, albowiem po włożeniu do rozpalonego pieca wydają na razie cuchnące wyziewy.

— **O kobietach lekarzach** przytacza l'Union médicale zdania zajmujących się sprawami socjo-logicznymi autorów. Jeden z nich z powodu rozwijającej się we Francji tendencji kobiet do poświęcania się sztuce lekarskiej powiada, iż uczucie bardziej niż rozum nakazuje uważać kobietę — lekarza jako anomalję. E. Pelletan powiada w tym przedmiocie: „Różnica natury kobiecej i męskiej pociąga te płcie do siebie; przemienić kobietę w męczyznę, jest to zabić miłość i podrzeć romans istnienia ludzkiego“.

(L'Union Médicale Nr. 180—1884).

— **Przyczynę do statystyki nieszczęśliwych wypadków z powodu pijaństwa.** Dr. Lipski przytacza statystykę odnośną m. Petersburga, z której pokazuje się, że prawie czwarta część (23,1%) wypadków nieszczęśliwych w tem mieście

pochodzi z pijaństwa. W r. 1883 klasyfikacja wypadków tych była następująca:

nagła śmierć.....	208	37,3%
utopienie.....	217	37,2%
usiłowanie samobójstwa...	147	35,2%
kalectwa	139	14,5%
rany.....	120	35,7%
stłuczenia.....	57	7,5%
oparzenia.....	14	7,6%
odmrożenia i zamarznięcia	4	66,7
ukąszenia (przez zwierzęta)	6	2,8
zaczadzenia.....	1	2,3
rozmaite wypadki.....	1	5,0
niewiadome wypadki.....	2	33,3%
	919	23,1%

W tej liczbie mężczyzn znajduje się 790, kobiet 129. (*Russkaja Medicyna* 54—1884).

— **Postępy na polu zdrowotności w Japonii.** Otrzymałmy egzemplarz katalogu japońskiego działu wystawy międzynarodowej higienicznej w Londynie, wydany przez urząd sanitarny ministerjum spraw wewnętrznych pod redakcją pp. Nagai i Murai reprezentantów rządu. Książka ta w angielskim języku wydana i obejmująca 136 stron druku wymownie świadczy o skutkach, jakie energja państwa tego osiągnąć zdołała w sprawie przyjęcia najlepszych wyników cywilizacji europejskiej. Znajdujemy drobnostkowe rozbiory wszelkich pokarmów japońskich z wykazem pożywnych cząstek, porcje przyjęte w zakładach publicznych, w więzieniach, na okrętach; historyję i opis wodociągów w Tokio, modele domów w ogólności i domów dla biednych, podobnie jak łaźni; opis znanych obić i dekoracyj japońskich, oraz farb wraz z rozbiorem chemicznym takowych znalazł tu też pomieszczenie, podobnie jak opis wszelkich gatunków odzieży, używanych w tym kraju.

— **Porównawczą statystykę sanitarną** wojsk Stanów Zjednoczonych podaje w streszczeniu „*The medic. Record.*”. Armija składa się z 20230 białych i 2519 krajowców. Odsetka śmiertelności ogólna wynosiła 12 na 1000. Śmiertelność krajowców była znacznie mniejszą 10‰, podczas gdy częstość zachorowywania była większą niż u europejczyków. Pomiędzy żołnierzami krajowego pochodzenia więcej napotymano chorób wenerycznych, pomiędzy białymi przeważał alkoholizm. Bagiennica bardziej rozpowszechnioną jest pomiędzy białymi, podobnie jak durzycia.

— **Dziewiąty kongres międzynarodowy lekarski,** mający się odbyć w r. 1887 już dziś jest

na porządku dziennym w Ameryce. Na prezesa obrano Austin'a Flint'a z New-Yorku, językami urzędowymi będą: angielski, francuzki i niemiecki, dyskusyje publikowane będą w języku angielskim. Program podzielono na 18 sekcji.

(*The medic. Record.* 13 grudnia r. z.)

— **Na wypadek cholery** w New-Yorku wyasygnowano w mieście tem sumę 50 tysięcy dolarów (100 tys. rubli).

— **Śmiertelność lekarzy w Bawaryi w okresie 1864—1883.** Dr. Majer porównywa śmiertelność lekarzy bawarskich w ciągu tych lat 20 ze śmiertelnością mężczyzn (oprócz wojskowych) w wieku od 20 lat począwszy. Śmiertelność lekarzy w okresie tym wynosiła 22,8‰, (a w ciągu ostatnich 10 lat—24,3‰), śmiertelność zaś cywilnej ludności męskiej w wieku 20 lat i więcej —23,6‰. Z cyfr tych wynika, że śmiertelność jest mniej więcej jednakowa wbrew powszechnemu twierdzeniu. (Pamiętać wszakże należy, że w tej drugiej cyfrze odbijają się i stosunki zdrowotne najbiedniejszych klas; przy zrównaniu tych warunków śmiertelność lekarzy w tym razie byłaby niewątpliwie większą).

(*D. Med. Ztg.*—)

— Sejm Sztokholmski postanowił, że lekarze prowincjonalni powinni po wysłużeniu 35 lat, lub też po dośściu do 60-go roku życia, być usuwani z roczną płacą 4000 koron.

(*St. Peter. med. Woch.*—).

— „*Berl. klin. Woch.*” donosi, (Nr. 52—1884), że chemik przysięgły p. Dr. Roth, przygotowuje wszelkiego rodzaju materyje rozplodowe (Nährsubstanzen) według wskazówek ces. urzędu zdrowia i dostarcza je pracującym w dziedzinie parazytologii z gwarancją czystości.

„**Wszechświat**“ Nr. 52 z dn. 28 grudnia 1884 r. Treść: Od redakcy.—Odżywianie roślin napisał S. Groszlik. (Dokończenie).—Mowa przy otwarciu zjazdu wygłoszona przez lorda Rayleigha, przełożył J. J. Boguski. (Dokończenie).—Ostatni rok podróży po Ekwadorze przez Jana Sztolcmana. (Dokończenie).—Korespondencje Wszechświata.—Odpowiedź prof. Rostańskiego przez p. d-ra Kazimierza Filipowicza.—Sprostowanie.—Ogłoszenia.