

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzną.

75. Dr. H. QUINCKE. **Przyczynę do nauki o żółtaczce.** *Beiträge zur Lehre vom Icterus. (Virchows Archiv. Bd. 95 H. I—1884).*

Wstrzykując psom krew pod skórę, autor spostrzegał stale po pewnym czasie żółte zabarwienie podskórnej tkanki łącznej, nie zależne od tego, czy krew pochodziła od tego samego psa lub innego, czy była pozbawioną włókienka lub nie. — Żółto zabarwione miejsca występowały w drugim tygodniu i trwały do 11-stu miesięcy. Najwyraźniejsze były one w luźnej tkance podskórnej, leżącej bliżej środkowej linii ciała, podczas gdy w mięśniowej, bogatej w tłuszcz tkance łącznej znajdowały się tylko małe żółte wysepki. Pod drobnowidzem okazywały się zabarwionymi komórki tkanki łącznej, niektóre pęczki włókien, przeważnie zaś włókna sprężyste; komórki tłuszczowe, włókna mięsne i ścianki naczyń wcale się nie barwiły. Oprócz żółtych plam w tkance podskórnej były jeszcze i brunatne miejsca, zależne od żółto-brunatnego ziarnistego barwnika, znajdującego się w komórkach i dającego odczyn na żelazo.

W naczyniach limfatycznych, odpowiadających miejscu wynaczynienia, zawsze znajduje się wielka ilość brunatnego ziarnistego barwnika; nie można zaś znaleźć żółtego zabarwienia, a nawet otrzymać mikrochemicznej reakcji na barwniki żółciowe. Powstanie tych plam objaśnić można podwójnie: w mniejszych podskórnych wynaczynieniach czerwone ciała krwi wnikają w komórki tkanki łącz-

nej, gdzie się zmieniają w ziarna barwnikowe; surowica zaś zostaje wessaną. Jeżeli wylew krwi jest znaczniejszy, to tworzą się przestrzenie krwawe wskutek zniszczenia tkanki, czerwone ciała krwi tracą tu swój barwnik, który przesiąka w surowicę i tworzy w niej stężony rozczyń. Z tego rozczynu przenika on następnie do różnych tkanek, pod wpływem których ulega następnym zmianom. Wszystko to odbywa się pod wpływem żywej tkanki łącznej t. j. jej komórek.

W wynaczynieniach krwawych u ludzi spostrzega się to samo. W „corpus luteum” z jajnika włóknisto zwyrodnionego znajdowało się w środku małe żółto zabarwione miejsce tkanki łącznej (komórki i włókna), okrążone wązkim pasem brunatnego barwnika, nie dającego odczynu na żelazo, podczas gdy cała obwodowa część tego ciała zawierała brunatne ciała barwnikowe z odczynem na żelazo.

Rozróżniają żółtaczkę pochodzenia żółciowego i pochodzącą ze krwi (icterus hepatogeneus et haematogeneus), rozumując pod tą ostatnią tworzenie się barwnika żółciowego bez udziału żółci. Barwnik żółciowy może powstawać w różnych tkankach; dowiedzionem jest tworzenie się go w tkance łącznej u człowieka, psa, gołębia, w łożysku psa i w innych organach. Dotychczas nie wykazano, by mógł się tworzyć w krążącej krwi; z krwi zaś może się tworzyć w wynaczynieniach pod wpływem żywych komórek tkanki łącznej. Ponieważ oprócz hemoglobiny nie znamy innego materiału tworzenia się barwnika żółci, więc i zwykła żółtaczka powstająca wskutek zastoju żółci, jest pochodz. hematogenego. Lepiej jest jednakże wszelką żółtaczkę niezależną od zbroceń w wątro-

bie nazywać icterus anhepatogeneus, tembardziej, że tworzenia się barwnika żółci we krwi krążącej nikt dotąd nie spostrzega.

Żółtaczka powstająca współcześnie z rozpadem czerwonych ciałek we krwi i zjawianiem się swobodnego barwnika krwi w surowicy krwi i tkanek nie zależy od obecności barwnika żółciowego we krwi (Naunyn). Stadelmann i Afanasiew widzieli przy zatruciu toluylendiamiem, które wywołuje zniszczenie czerwonych ciałek krwi, przeszkodę w odpływie żółci w skutek jej gęstości i tem objaśniają żółtaczkę. Afanasiew przypuszcza, że z rozpadem czerwonych ciałek idzie w parze zwiększone tworzenie się żółci i nazywa niesłusznie ten stan icterus haemohepatogeneus, ponieważ może to oznaczać częściowe tworzenie się żółciowego barwnika przy czynnym udziale krwi. Afanasiew znajduje następnie niestałość żółtaczki w obec rozpadu ciałek krwi. W niektórych przypadkach czerwone ciała krwi oddają surowicy swój barwnik, przy czem powstaje haemoglobinuria bez żółtaczki (przy wstrzyknięciu gliceryny, ogrzaniu krwi do 56°); w innych następuje rozpad ciałek krwi na żółto zabarwione odłamki, bez zabarwienia surowicy (w zatruciu toluylendiamiem i ogrzaniu krwi do 54°), wtedy mamy żółtaczkę bez haemoglobinuryi. Autor radzi dla odróżnienia obu stanów oznaczyć nazwą haemoglobinaemia, przenikanie barwnika krwi do surowicy, a rozpad czerwonych ciałek na odłamki nazywać Rhaestocytaemia.

Nie wszystkie gatunki zwierząt posiadają własność wytwarzania w tkankach swych barwnika żółciowego z barwnika krwi. Langhans nigdy nie otrzymywał tego u królików i świnek morskich, chociaż u gołębia występuje on już drugiego lub trzeciego dnia po wstrzyknięciu krwi. I względem barwnika żółciowego powstałego w wątrobie różne gatunki zwierząt różnie się zachowują. U człowieka zjawia

się barwnik żółci w moczu, kiedy tkanki i skóra przedstawiają już dość znaczne żółte zabarwienie. U psów zaś wystarcza najmniejszy zastój żółci w przewodach, by wywołać choluryę.

Dla królików wystarcza dwudziestogodzinne głodzenie do wywołania cholurii (Steiner); podług Stadelmanna występuje ona dopiero po dłuższem głodzeniu i to nie zawsze. Natomiast żółte zabarwienie tkanek nawet po długotrwałem przewiązaniu przewodu żółciowego bywa nieznacznem u psów i królików (Stadelmann) u ludzi zaś nagłe zamknięcie przewodu żółciowego wywołuje jeszcze przed upływem pierwszego dnia wywołuje ogólną żółtaczkę. U noworodków w icterus neonatorum nie ma barwnika żółciowego w moczu. Różne zachowanie się w obec barwnika żółciowego objaśnić by można niejednokrotnem powinowactwem tkanek różnych gatunków zwierząt do krążącego we krwi barwnika żółciowego: prędzej jednak zależy to od różnicy w stosunkach chemicznych przemiany materii, sprawy utleniania, lub od przenikalności barwnika żółciowego przez nabłonek nerek.

Gubler spostrzegając wypadki żółtaczki bez zbroceń w odpływie żółci i bez obecności barwnika żółciowego w moczu oddzielił niektóre przypadki żółtaczki pod nazwą Ictère hémaphéique od Ictère biliphéique. Jako przyczynę pierwszej, t. j. nagromadzenia się haemafeiny w surowicy krwi przyjmuje Dreyfuss-Brissac:

1) nadmierne przenikanie czerwonych ciałek krwi, zależne od chorób gorączkowych i od zatrucia, i 2) zbroczenia czynnościowe wątroby. Klinicznie postać ta różni się niezacznem zabarwieniem skóry i tkanek, brakiem zwolnienia tętna i swędzenia skóry, a także obecnością w moczu haemafeiny zamiast bilirubiny. Gerhardt uważa za jedno haemafeinę z urobiliną, którą w wielu przypadkach wprowadza z przemiany wynaczynionego barwnika krwi.

Autor krytycznie zapatrując się na po-

głądy Gublera i Gerhardta, utrzymuje, że oddzielna ictere haemaphéique lub urobilinicterus nie istnieje; tak nazwane przypadki są to słabsze stopnie zwykłej żółtaczki, której pochodzenie w skutek zastoju żółci, w większości przypadków może być dowiedzionem. Przy badaniu spektroskopem skóry chorych, nie otrzymał wcale charakterystycznego dla urobiliny widma, nawet i wtedy, kiedy mocz zawierał dużo urobiliny.

We wszystkich wypadkach żółtaczki, autor badał mocz na barwniki żółciowe i urobilinę, również i płyny surowicze z jamy brzusznej, opłucnej i osierdzia i doszedł do następujących wyników:

1) w nieznacznym stopniu żółtaczki w moczu i surowicznych płynach barwnika żółciowego nie znalazł; urobiliny w moczu ilość nieznaczną.

2) w nieco silniejszej żółtaczce w surowicy zauważył obecność barwnika żółciowego, w moczu tylko urobiliny. Kał w obydwóch tych razach bywa normalnie zabarwionym.

3) przy wyraźnej żółtem zabarwieniu skóry, występuje barwnik żółci w surowicznych płynach i w moczu, w którym jest również i urobilina. Kał mniej zabarwiony niż zwykle.

4) w obec zupełnego odbarwienia wypróżnień kałowych i ilość barwnika żółciowego w moczu się zwiększa; ilość urobiliny się zmniejsza do zupełnego jej zniknięcia.

Powstaje to w sposób następujący: Jeżeli większa ilość barwnika żółciowego przenika do surowicy krwi, część jego dostaje się do tkanek, druga przechodzi bez zmiany do moczu, a trzecia zmienia się w urobilinę i zjawia się również w moczu. Gdzie następuje przemiana bilirubiny w urobilinę—nie wiadomo. W mniejszym stopniu zastojów żółci, zjawia się barwnik żółci we krwi, lecz nie przenika do tkanek; zmienia się w urobilinę i w tym stanie zjawia się w moczu. Trudniej objaśnić zniknięcie urobiliny w moczu z po-

większeniem się zastojów żylnych. Można przypuścić, że zniknięcie to jest pozornym, ponieważ wykazanie urobiliny jest niemożliwym w obec znacznej ilości barwnika żółciowego; z drugiej strony, może pewien stopień nagromadzenia składników żółci w tkankach, nie dopuszczać ich przemiany; nareszcie możebnym jest, że urobilina pochodzi z kiszki, a nie z tkanek; a więc wraz z ustaniem tworzenia się jej w tem miejscu musi zniknąć i z moczu.

M. Hopfenblum.

76. T. HERING. **O grzybiczy gardzieli.** *Ueber Pharynx mycosis*. (*Zeitschr. f. klin. Med.* T. VII. Z. IV).

Dotychczas w literaturze posiadamy mało opisów choroby znanej od r. 1873 i nazwanej przez Fraenkla—Mycosis tonsillaris benigna. Zależy to być może od mieszania jej z innymi sprawami chorobowymi w gardzieli, tembardziej, że do dokładnego rozpoznania koniecznymi są pewne mikroskopowe i mikrochemiczne badania.

W krótkiej tabliczce autor wyszczególnia wszystkie znane przypadki tej choroby i następnie opisuje szczegółowo kliniczne i anatomopatologiczne jej własności.

Grzybica gardzieli cechuje się pojawieniem na migdałkach i podstawie języka białawych lub żółto-szarych miękkich wyniosłości i guzików, które długo pozostają na jednym miejscu, prędko powracają po sztucznem usunięciu, powodują nieznaczne miejscowe dolegliwości, a rzadko bardzo wywołują zbroczenia w ogólnym stanie.

Rozpoznanie omawianej sprawy przedstawia niektóre trudności, ponieważ łatwo ją zmieszać z błonicą, torebkowatym zapaleniem migdałków (tonsillitis follicularis) i ze złogami wapiennymi. Zwrócić jednak należy uwagę na: brak miejscowych objawów zapalnych, stan bezgorączkowy, twardość ognisk i zajęcie podstawy języka.

Nieco trudniej odróżnić je od złogów wapiennych, które pod mikroskopem

przedstawiają stłuszczone komórki nabłonkowe, kryształły wapna, cholestearynę i bakteryje, wśród których znajduje się i leptothrix (Fraenkel).

Badanie mikroskopowe mas, zdjętych z powierzchni migdałków, po odpowiednim przygotowaniu, wykazuje, że składają się one z płaskiego nabłonka, otoczonego drobnoziarnistą, żółtawą masą, w której znajduje się znaczna ilość krótszych i dłuższych pałeczek, tworzących w niektórych miejscach długie, nitkowate twory. Po dodaniu słabego rozczywnu Lugola wszystkie te pałeczki i nitki barwią się na mocno niebieski kolor, podczas gdy ziarnista masa przedstawia się niebieskawą.

Badanie nowoutworzonego osadu na migdałkach po pierwotnem sztucznem ich usunięciu, daje nieznaczną ilość nitek Leptothrix, a nadto mnóstwo komórek nabłonkowych i drobnoziarnistą masę nie dającą odczynu z jodem.

Również i w komórkach nabłonkowych, wyścielających zagłębienia (Krypten) migdałków po dodaniu jodu można było wyraźnie rozpoznać niebieskie pałeczki i nitki Leptothrix.

Aby dowieść genetycznego związku między występowaniem białych wyniosłości na migdałkach i pierwiastkami barwiącemi się na niebiesko, autor robił próbne szczepienia wytworów chorobowych na królikach, które dotychczas nie dały dodatnich wyników. Co się zaś tyczy natury pałeczek i nitek, autor podaje panujące poglądy na Leptothrix buccalis, które dotychczas nie są jeszcze ustalonemi i zależeć będą od następnych badań.

Leczenie cierpienia tego polega na usunięciu ognisk za pomocą pincety lub galwanokauteru. *M. Hopfenblum:*

77. Prof. PÉL (Amsterdam). **Przyczynę do różniczkowego rozpoznawania zapalenia płuc i wysięków do opłucnej.** (*Zt. für klin. Med. Bd. VII H. 4*).

Włóknikowe zapalenie płuc i wysięki

do jamy opłucnej należą do najczęstszych chorób i rozpoznawanie i wzajemne różnicowanie ich nie przedstawia zwykle żadnych trudności. Bardzo często ogólne objawy zapalenia włóknikowego płuc są tak wybitne, że rozpoznanie można stawiać „per distans”, a badanie fizykalne służy tylko do określenia chwili i rozmiarów sprawy chorobowej. W niektórych jednak razach różniczkowa dyagnoza wymienionych cierpień napotyka niezwykle trudności i staje się, nawet zdaniem tak doświadczonych badaczy, jak Andral, Hardy, Traube, Ewald, wprost niemożliwą. Przypadki takie nie są wprawdzie częste: na 400 przypadków zapalenia płuc, spostrzeganych na klinice prof. Stokvisa (w Amsterdamie), autor naliczył ich około 15. Stopień trudności przy rozpoznaniu nie bywa tu zawsze jednakowym: raz ogólny stan chorego rozstrzyga diagnozę pomimo niezgodnego z nią wyniku fizykalnego badania, w innym razie, gdzie ani ogólne objawy, ani wywiady nie mogą dać pewnej podstawy i gdzie fizykalne badanie również zawodzi—rozpoznanie nie może być stanowczo postawionem i waha się pomiędzy zapaleniem płuc i zapaleniem opłucnej, lub wreszcie kombinacją obydwóch tych spraw.

W pierwszym razie, najczęściej obok zapalenia włóknikowego płuc istnieje i wysięk do jamy opłucnej. Powikłania tego rodzaju są bardzo częste; wysięki bywają zwykle surowiczowłóknikowe, nie są zbyt wielkie, wystarczają jednak (już przy ilości 6—500 sz. c.), do osłabienia, a nawet zniesienia fizykalnych znamion nacieczenia płuc. Ulegają one nadzwyczaj szybko wessaniu (nawet w ciągu 24 godzin) i przeto nie pogarszają rokowania. Niekiedy zdarzają się i ropne wysięki, bardzo skłonne do samowolnego otwierania się do płuc, zapewne wskutek nie zupełnie prawidłowego stanu mięszu płucnego. Podejrzenie ropnego wysięku w przebiegu zapalenia płuc powinny budzić w nas:

- 1) silna bolesność chorej strony.
- 2) wieczorne poruszenia gorączkowe po przełomie.
- 3) brak apetytu, snu i t. p.
- 4) niektóre objawy fizykalne: oddech i odgłos oskrzelowy — słaby, lub niesłyszalny w dolnych częściach stępienia, a b. wyraźny w górnych; dalej podobne zachowanie się drżenia klatki piersiowej i nieliczne rżenia trzeszczące w najniższych częściach.

Leczyć tego rodzaju wysięki należy doszczętnie — t. j. przez przecięcie, skoro tylko zapalenie płuc można będzie uważać za skończone.

Niekiedy, wprawdzie b. rzadko rozpoznanie bywa utrudnionem z powodu, że wysięk do opłucnej umiejscowionym jest po jednej stronie, a nacieczenie płuc po drugiej. Ostatnie bywa przytem b. ograniczonem, a przez to łatwem do przeoczenia. W trzech przypadkach widzianych przez autora wysięk był po prawej stronie, a zapalenie płuc po lewej, raz w samym wierzchołku, drugi raz na linii pachowej lewej, a trzeci — na lewo od serca.

W innym szeregu przypadków, zwłaszcza przy braku wyraźnych objawów ogólnych, odróżnienie zapalenia płuc od wysięku staje się niemożliwem, gdy wskutek zatkania, lub uciśnięcia doprowadzającego oskrzela, znikną wszelkie fizykalne objawy, cechujące nacieczenie płuc (oddech i odgłos oskrzelowy, wzmocnione drżenie klatki piersiowej). Przy zatkaniu trudność jest tylko chwilową i znika po odkaszlnięciu i odkrztuszeniu nagromadzonej płwociny; gorzej bywa wtedy, gdy wskutek udziału w sprawie chorobowej i błony śluzowej oskrzeli, te ostatnie stale pozostają zamknięte przez włóknikowy wysięk. Tego rodzaju „całkowite” (masive) zapalenia płuc, które pierwszy opisał Grancher, mogą być odróżnione od zwyczajnych z równoczesnym wysiękiem do opłucnej tylko za pomocą próbnego przekłócia.

Autor przypuszcza, że niedrożność doprowadzającego oskrzela może nastąpić i wskutek ucisku przez gwałtownie rozszerzające się nacieczenie odpowiedniej części płuca. Wywołowany jednocześnie ucisk na klatkę piersiową zmniejsza jej zdolność do drżenia i z tej jeszcze strony przyczynia się do utrudnienia rozpoznania.

Trzeciem źródłem omyłek przy różnieniu omawianych chorób są *silne zrosty listków opłucnej* resp. *tworzenie się błon rzekomych opłucnej*. Zgrubienie opłucnej, i wynikająca ztąd nieporuszalność klatki piersiowej osłabia znacznie drżenie jej podczas mowy (fremitus pectoralis), będące według autora, najpewniejszą podstawą dla różniczkowej dyagnozy zapalenia płuc. Tylko ujemny wynik często powtarzanego próbnego przekłówania może wykluczyć obecność wysięku; uczucie zaś znacznego oporu i właściwy trzask, słyszany przy wkłówaniu igły, wskazuje na istnienie błon rzekomych. Z tego samego powodu nie można powiedzieć na pewno, czy słabestępienie, osłabiony oddech i drżenie klatki piersiowej u rekonwalescentów po zapaleniu opłucnej zależą od rozwiniecia się błon rzekomych, czy też od pozostałego jeszcze płynu. Rozstrzygnąć może tu tylko dobry ogólny stan chorego i ujemny wynik powtarzanego przekłówania.

Niekiedy wysięk do opłucnej może być naodwrot przyjętym za zapalenie płuca. Bywa to jednak znacznie rzadziej. Głównym powodem omyłki w tych razach jest oddech oskrzelowy na całej przestrzeni wysięku. Bywa on nieraz dość silnym, wydaje się jednak jakby pochodził z głębi, jest miękkim i nie towarzyszą mu rżenia. Zjawisko to powstaje wskutek uciśnięcia pęcherzyków i najdrobniejszych oskrzeli, a najbardziej wybitnem bywa przy *zrostach płuca z kolumną kręgową*, wskutek czego płuco nie może być oddechniętem w górę.

W trudniejszych dla rozpoznania przy-

padkach, gdzie i inne fizykalne znaki, jak drżenie klatki piersiowej—nie rozstrzygają pytania, należy uciec się do strzykawki Prawatza. Jednak tylko dodatni wynik próbnego przekłócia może dać stanowczą podstawę dla rozpoznania, niekiedy bowiem, pomimo obecności wysięku, przekłócie wypada ujemnie— np. przy bardzo gęstym, ropnym wysięku, lub gdy igła wkłóta zostanie w rzekomą błonę opłucnej. Autor przytacza kilka historii chorób, w których właśnie napotkał opisywane trudności przy rozpoznawaniu.

O. Hewelke.

78. Dr. J. THOMAYER. **Przytyczek do rozpoznawania gruźliczych i rakowych cierpień otrzewnej.** *Beitrag zur Diagnose der tuberculösen und carcinomatösen Erkrankungen des Bauchfels.* (*Zeitschr. f. klin. Med. T. VII. Z. IV.*)

Rozpoznanie kliniczne gruźliczego lub rakowego cierpienia otrzewnej bywa niekiedy bardzo łatwym, szczególnie jeżeli istnieją zmiany w innych narządach, cechujące gruźlicę lub raka. Znaczne zaś trudności przedstawia rozpoznanie w tych przypadkach, kiedy gruźlica otrzewnej towarzyszy podobnemu cierpieniu gruczolów kręzkowych lub narządów moczopłciowych. Również zachodzą często omyłki w rozpoznaniu i w przypadkach zapalenia otrzewnej, kiedy pierwotny rak żołądka, kiszek lub jajnika nie przedstawia żadnych lub nieznacznych objawów. W obec postępu chirurgii organów brzusznych, staje się rzeczą niezmiernie ważną dokładnie rozpoznać sprawę, zachodzącą w jamie brzusznej. Literatura lekarska podaje obszerną kazuistykę omyłek, popełnionych w skutek niedokładnego rozpoznania, ponieważ zamiast oczekiwanej torbieli jajnika znaleziono puchlinę brzuszną, zależną od gruźlicy lub raka otrzewnej (Olshausen). Dotychczas posiadamy mało wskazówek, dotyczących się rozpoznania powyższych cierpień. Baas zwraca uwagę na półksiężycowy kształt stępienia, otrzymywany przy opukiwaniu brzucha

przy puchlinie brzusznej i poleca dokładne zbadanie innych narządów. Bauer rozpoznaje gruźlicę i raka otrzewnej per exclusionem, wykluczając marskość wątroby, zakrzep żyły wrotnej, surowicze zapalenie otrzewnej, lecz zupełnie zapomina o torbieli jajnika, przedstawiającej najczęściej powód do błędów w rozpoznaniu.—Bamberger kładzie nacisk na zachowanie się wysięku, który zajmując przestrzeń między pętlcami kiszek, wypełnionych powietrzem, daje przy opukiwaniu brzucha odgłos tępy naprzemian z bębenkowym. Przytem się wyczuwa się w okolicy pępka i jest bolesną. Wszyscy inni autorzy wspominają o objawach gruźlicy i raka, do których należą: gorączka, bóle, wysięk, wzdęcie brzucha, zboczenia w czynnościach kiszek, które jednak nie stanowią nic charakterystycznego. Olshausen dokładnie wykazuje, jakie trudności przedstawia rozpoznanie różniczkowe torbieli jajnika od zwykłej puchliny brzusznej, dochodzącej do znacznych rozmiarów. W poczynającej się torbieli jajnika opukiwanie daje tępość więcej na środku brzucha, w poczynającej się puchlinie brzusznej, otrzymujemy tępość z boku.—Niekiedy przy znacznym napięciu ścianek brzusznych znika zupełnie odgłos kiszkowy, zarówno jak i wszelkie inne różnice.

Systematyczne badania autora doprowadziły go do wniosku, że stosunki otrzymane przy opukiwaniu są dość charakterystyczne, by w pewnych razach ułatwić rozpoznanie. Utrzymuje on, że zarysy bębenkowego dźwięku, zarówno jak i jego umiejscowienie na ścianie brzusznej w obydwóch zajmujących nas cierpieniach są inne, niż przy zwykłym nagromadzeniu się płynu w jamie brzusznej. Ponieważ przy puchlinie brzusznej, zależnej od chorób serca, nerek, lub wątroby, płyn zajmuje miejsca najgłębsze, a кишки pływają na powierzchni, otrzymywana więc przy opukiwaniu przestrzeń odgłosu bębenkowego, w pionowym położeniu chorego ma kształt półksiężycowy, a w poziomym — okrągły.

To samo ogólnie podają Skoda, Gerhardt, Weil i inni, nie zwracając uwagi na różnice w umiejscowieniu odgłosu, otrzymywane przy zajęciu otrzewnej sprawą gruźliczą lub rakową.

Następnie autor przytacza 5 przypadków raka i 8 gruźlicy otrzewnej, w których opukiwanie wypełnionej płynem jamy brzusznej przedstawia szczególne, we wszystkich przypadkach analogiczne własności. Zamiast półksiężycowego stępienia, otrzymanego przy zwykłej puchlinie brzusznej, w wymienionych przypadkach odgłos bębnowy zajmował całą prawą stronę brzucha, a tępy przeważał w dolnej części lewej strony brzucha. Stosunki te nie zmieniały się ze zmianą położenia chorego. Podczas sekcji okazywało się, że кишки cienkie zlepione w jeden pęk znajdowały się po stronie dźwięku bębnowego, a płyn wypełniał lewą stronę brzucha.

Stosunki powyższe zależą części od zmian, zachodzących w otrzewnej i kiszkiach, wskutek spraw chorobowych, a części od anatomiczn. warunków. Krezka wskutek raka otrzewnej ulega zmarszczeniu, a кишки cienkie zlepiają się w jeden pęk. Ponieważ zaś korzeń krezki (radix mesenterii) zwraca się w ukośnym kierunku od drugiego kręgu lędźwiowego do prawostronnego symphysis sacroiliaca, łatwo więc wytłomaczyć, dlaczego przy raku otrzewnej kiszki cienkie postępują za marszczącą się krezką i zajmują prawą stronę jamy brzusznej. Współcześnie ze zmianami w otrzewnej i kiszkiach odbywa się wysięk do jamy brzusznej, który zajmuje lewą część brzucha. Toż samo odbywa się i przy gruźlicy otrzewnej, chociaż nie w tak znacznym stopniu. Umiejscowienia tonu tępego z lewej strony brzucha było częstą przyczyną rozpoznania torzieli jajnika tam, gdzie jej nie było, jak to wykazuje Olshausen (Atlee, Peruzzi, Spencer Wells).

Nie we wszystkich jednak przypadkach raka i gruźlicy otrzewnej spostrzegal

autor powyższe umiejscowienie odgłosu bębnowego, co zależy być może, od rozmaitych zmian w krezce i otrzewnej i od zlepiania kiszek ze ścianą brzuszna.

M. Hopfenblum.

79. BOTTEY. Zaparcie stolca przez 18-cie dni trwające, wyleczenie za pomocą elektryczności. (*Prog. med. Nr. 3, r. 1884.*)

U 77-letniego mężczyzny, poprzednio zupełnie zdrowego, po kilkudniowym zaparciu stolca, wystąpiły objawy zupełnego zamknięcia światła kiszek (brzuch wzdęty, bolesny, wymioty z początku pokarmami, następnie i kałem, zupełny brak wiatrów i stolców). Badanie wykazało nagromadzenie się twardego kału w zgięciu biodrowym okrężnicy i w kiszce odchodowej. Pomimo zastosowania wszelkich odpowiednich środków do wewnątrz i w lewatywach, stan chorego w niczem się nie zmieniał. Pozostała już tylko droga operacyjna, a mianowicie utworzenie sztucznego odbytu. Poprzednio atoli autor postanowił jeszcze spróbować faradyzacji brzucha i kiszek; w tym celu wprowadził jeden elektrod do odbytnicy, drugim zaś dotykał się w różnych punktach brzucha. Drugiego dnia faradyzacji, a 18-go od czasu choroby, nastąpiły obfite stolce, a czwartego już dnia chory czuł się dobrze. Pomyślny ten rezultat tłumaczy autor pobudzającym wpływem strumienia elektrycznego na same кишки, a przede wszystkim na ścianki brzuszne, mające wielki udział w akcie defekacji: Tam więc, gdzie chodzi o podziałanie przede wszystkim na ścianki brzuszne, jak w danym przypadku, radzi autor użycie strumienia przerywanego, który największy wpływ wywiera na mięśnie poprzecznie prążkowane, gdzie zaś idzie o podziałanie wprost na same кишки (np. przy volvulus i t. p.), strumień stały, jako najwięcej wpływu mający na mięśnie gładkie, okaże się skuteczniejszym.

Sierpiński.

(Podobnie pomyślny rezultat po zastosowaniu

strumienia przerywanego przy zaparciu stolca otrzymałem w roku zeszłym. W styczniu r. z. leczyłem wspólnie z kol. Sommerem i Przewoskim 18-letniego studenta wydziału prawnego Sącz... Skutkiem ograniczonego zapalenia otrzewnej i następczego porażenia kiszki, chory przez kilka dni nie oddawał stolca, nie bacząc na zastosowanie silnie czyszczących środków i wlewań lejkiem Hegera przez odbytnicę. Piątego dnia choroby w obec grożącego upadku sił, zastosowałem faradyzację brzucha w sposób jak wyżej. Po 15 minutach chory oddał z początku znaczną ilość gazów, następnie i kału twardego. Dalszy przebieg choroby był zupełnie pomyślnym. (Przyp. spraw.).

80. T. H. GREEN. **Leczenie pierwszych okresów suchot płucnych.** (*The treatment of phthisis in its earlier stages.* (*Lancet* Nr. 4 i 5—r. 1884).

Liczne prace o suchotach płucnych, wywołane przez odkrycie Kocha, nie wywarły żadnego prawie wpływu na leczenie tego cierpienia.

Z obecnego stanu patologii suchot wpływa, że na powstawanie i rozwój suchot płucnych: wpływają głównie trzy następne czynniki:

1) stan mniej lub więcej ogólnego (konstytucyjonalnego) osłabienia, wrodzonego lub nabytego, czyniącego dany ustrój mniej odpornym na szkodliwe wpływy zewnętrzne.

2) pewien nieprawidłowy stan górnych części płuc, polegający na zwolnieniu krążenia krwi, a tem samem sprzyjający powstawaniu spraw serowatych, i

3) przenikanie pewnych ustrojów, prawdopodobnie laseczników gruzliczych, z zewnątrz do płuc.

Racyjonalne leczenie suchot musi przeto wypełnić trzy wykazania, z tych stanów wypływające:

I. Ogólne osłabienie najlepiej daje się zwalczyć za pomocą środków wzmacniających cały ustrój chorego. Najważniejszem wskazaniem przy leczeniu suchot będzie zawsze obok dobrej higieny, dobrych pokarmów i odpowiednich leków, podtrzymywanie, o ile to jest możebnem, prawidłowych funkcji organów trawienia i przyswajania, będących podstawą

prawidłowego odżywiania. — Rozmaite środki lekarskie, cieszące się sławą leczenia suchot, rozmaite sposoby żywienia chorych i leczenie przy pomocy odpowiedniego klimatu są o tyle tylko pożyteczne, o ile przyczyniają się do podniesienia sił chorego.

Środki, mające wypełnić to wykazanie, nie są nowe.

Jeżeli suchoty rozpoczynają się powoli, od lekkiego kaszlu, lekkiej duszności i osłabienia, ale bez gorączki, wówczas należy przedewszystkiem zalecić choremu jak największy *spokój* i usunięcie się od zwykłych i codziennych zajęć. Bez zachowania spokoju, nie może być mowy o skutecznym leczeniu. Nie znaczy to jednak, aby chory ciągle siedział w domu. Przeciwnie, umiarkowany ruch na wolnym powietrzu w dnie spokojne i jasne niezmiernie sprzyja leczeniu.

Bardzo ważnym czynnikiem przy leczeniu pierwszych okresów suchot jest *pożywna dyjeta*. Rzecz ta cieszy się aż nadto wielkiem uznaniem, aby się nad nią potrzeba było dłużej zatrzymywać. Pamiętać tylko należy, aby chorego nie przeładowywać pokarmami. — Choremu z raną znużonemu większym kaszlem, nie trzeba dawać pokarmów stałych, a lepiej ciepłe mleko, lub herbatę z mlekiem a to w celu ułatwienia wykrztuszenia zebranej w ciągu nocy płwociny. Zresztą pokarmy winny się składać z dobrego mleka, jaj, mięsa, tłuszczów i t. d.

Z leków należy wybrać te, które przyczyniają się do poprawienia ogólnego stanu zdrowia. Doświadczenie stwierdziło, że najlepsze są te środki, które wzmacniają funkcje organów trawienia. „My, powiada autor, pamiętajmy o żołądku, a płuca same o sobie myśleć będą, gdyż wiadomą jest rzeczą, że przy suchotach płucnych oznaką polepszenia jest polepszone trawienie i przyswajanie. Przy objawach, dowodzących nieżyty żołądka, najlepiej podawać kilka razy dziennie bizmut z sodą i wroniem okiem (*nux vomica*),

Czterotygodniowe takie leczenie zwykle wystarcza dla usunięcia nieżyty. Jeżeli chory nie cierpi na nieżyt żołądka, mamy zaś do czynienia tylko ze zmniejszonym apetytem, wówczas codzienne podawanie choremu goryczki (gentiana) z sodą i wroniem okiem autor uważa za leczenie najodpowiedniejsze i najskuteczniejsze. Użyteczność tych środków w pierwszych okresach suchot polega na ich własnościach poprawiania apetytu i pobudzania wydzieliny soku żołądkowego. Z korzyścią również w niektórych przypadkach znajdują zastosowanie: kwasy, chinina, arszenik, wyciąg słodowy.

Co się tyczy żelaza, autor oświadcza się przeciw temu środkowi w początkach suchot.

Tran rybi zajmuje tak wybitne stanowisko wśród leków, stosowanych przy suchotach, że nie wiele o nim powiedzieć można. Autor jest jego gorącym zwolennikiem, jeżeli tylko żołądek pozwala go przyjmować. Najlepiej tran dawać dwa razy dziennie, zaraz po jedzeniu.

Skoro tylko trawienie, dzięki powyższemu postępowaniu się poprawiło, można przejść do użycia żelaza i chininy. Ta ostatnia szczególnie dobrze działa w powikłanych gorączką przypadkach, a także przy osłabieniu nerwowem, tak często spotykanem u kobiet, znużonych karmieniem, zbytkiem pracy i t. d. Czasami dobrze działa połączenie żelaza, chininy i wroniego oka w postaci Earstona syropu.

Mówiąc o leczeniu ogólnem, autor zarazem zwraca uwagę na leczenie kaszlu i potów nocnych, które również osłabiają chorego, pozbawiając go snu i strat organicznych przez skórę.

Przy leczeniu kaszlu u suchotników należy przede wszystkim pamiętać, że zupełne wykrztuszenie płwociny jest niezmiernie ważnem, gdyż jej zatrzymywanie jest źródłem zakażenia sąsiadujących z danem ogniskiem zdrowych części płuc. Kaszel jest więc rzeczą potrzebną i dla tego środ-

ki kaszel uspakajające, można podawać tylko na noc dla dostarczenia choremu spokojnego snu. Podczas dnia podobne środki, nie tylko nie są potrzebne, ale wprost szkodliwe. Na noc można dać choremu nieco proszku Dowera; w dzień podajemy napoje ślazowe które, ochraniając bł. śluzową gardzieli od podrażnienia, również skutecznie przyczyniają się do złagodzenia kaszlu. Autor dodaje, że należy pamiętać aby dać choremu z rana dużo napojów ciepłych dla ułatwienia wykrztuszania płwociny, zebranej w ciągu nocy skutkiem podania środka nasennego.

Poty nocne najlepiej dają się powstrzymać, dawszy choremu na noc proszek, złożony z $\frac{1}{4}$ lub $\frac{1}{2}$ grana extracti belladonnae i dwóch lub trzech gran zinci oxydati albi; rzadsze przypadki suchot płucnych, rozpoczynające się od gorączki wymagają również spokoju; z leków zaś najkorzystniej stosować te, które przedewszystkiem zwalczają gorączkę, mianowicie chininę w połączeniu z naparstnicą.

Przy leczeniu suchot ważną rolę odgrywa *klimat*. Skuteczność zdrowego klimatu na początkowe okresy suchot pochodzi z dwóch powodów: 1) klimat poprawia ogólny stan zdrowia i 2) wpływa zbawiennie na chory narząd. Zdaniem autora dobroczynny wpływ klimatu należy głównie przypisać temu, że trawienie i przyswajanie poprawiają się, daleko zaś słabszy jest jego wpływ miejscowy na chore płuco. Autor nię jest gorącym zwolennikiem wysyłania chorych natychmiast po rozwinięciu się suchot w miejscowości południowe. Dopóki trwa stan gorączkowy i dopóki nie wiemy dokładnie, jaki przebieg w danym przypadku będzie miała choroba, lepiej nie narażać chorego na dalekie i męczące podróże, natomiast należy go umieścić na wsi blisko domu, ale w miejscowości, odznaczającej się suchem powietrzem. Dopiero po ustaniu gorączki i po polepszeniu ogólnego stanu zdrowia można się zgodzić na wyprawienie chorego na południe.

II. Druga część leczenia ma za zadanie zwalczyć usposobienie do zwolnienia krążenia krwi w górnych częściach płuc.

W tym celu niektórzy proponowali odpowiednią gimnastykę, która ma wzmocnić mięśnie oddechowe. Autor nie wierzy w to postępowanie. Jeżeli choroba już jest rozwinięta, skłonność do dalszego szerzenia się choroby zależy głównie od zakaźności uszkodzenia miejscowego i dla tego wpływ gimnastyki jest bardzo wątpliwy; jeżeli choroba zbyt ostro się rozwija, podobne postępowanie jest wprost przeciwwskazanem. Zdaniem autora, gimnastyka prędzej byłaby użyteczna przed powstaniem samej choroby. W wypełnieniu więc wskazania, wpływającego ze skłonności do zwolnienia obiegu krwi w górnych częściach płuc, daleko ważniejszą rolę odgrywa pierwsza część leczenia, gdyż wzmocnienie ustroju najlepiej przeciwdziałać może tej skłonności.

Przy leczeniu krwotoków płucnych, tak częstych w początkach suchot, pamiętać należy, że krew pochodzi zwykle z naczyń włosowatych i, że krwotoki te mają skłonność do samowolnego ustawiania i dla tego obawę wywołuje nie sam krwotok, a następstwa, t. j. pogorszenie stanu chorobowego płuc skutkiem krwotoku.— Dla zmniejszenia ciśnienia krwi w naczyniach płucnych, chory powinien utrzymywać ciepło nogi, używać potraw i napojów zimnych. Jeżeli przyczyną trwania krwotoku jest zaparcie stolca, należy dać solny lek przeczyszczający.

III. Trzecie wskazanie jest bardzo ściśle związane z odkryciem Kocha. Autor nie stara się rozstrzygnąć sporu, czy zapatrywania Kocha są uzasadnione lub nie; jednak na zasadzie bardzo licznych badań nie zdaje się przypisywać im większego znaczenia.

W każdym razie powinniśmy starać się z jednej strony przeszkodzić przedostawaniu się laseczników do ustroju, z drugiej zaś zniszczyć te, które już weszły do płuc, a głównie podtrzymywać

taki stan płuc, aby te nie stały się sprzyjającym polem dla dalszego rozmnażania się laseczników.

Powyżej opisane leczenie ma właśnie przez podniesienie ogólnego stanu zdrowia utrzymywać płuca w możliwie zdrowym stanie. Zniszczenie laseczników daje się osiągnąć za pomocą tak zwanych przeciwniśln. wziewań. Dla tego też obecnie na porządku dziennym stoją wziewania z kwasu karbołowego, thymolu, kreozotu, jodiny i t. d. Autor jednak powiada, że dotychczas wziewania podobne do żadnych praktycznych nie doprowadziły wyników, i że tą drogą nie udało się nikomu zniszczyć laseczników. Prawdopodobnie wziewane leki dochodzą tylko do górnych części dróg oddechowych, nie dochodzą zaś do oskrzeli średniego kalibru, a tem mniej do pęcherzyków płucnych. Być jednak może, że w przyszłości, po wynalezieniu lepszych metod, wziewania dadzą lepsze rezultaty i dla tego próby dotychczas nieudane nie powinny nikogo zniechęcać.

H. Goldblum.

II. Chirurgija.

81. Prof. Joseph LISTER. **O leczeniu złamań rzepki.** *An adress on the treatment of fracture of the patella* — (*The Lancet* 3 November 1883).

Na posiedzeniu towarzystwa lekarskiego w Londynie dnia 29 września 1883 r. Lister przedstawił sześciu pacjentów ze złamaniem rzepki, uleczonych proponowaną przezeń metodą. Ta ostatnia polega na przecięciu skóry i miękkich części, odszukaniu i zeszytciu odłamków kości po należytem ich zestawieniu za pomocą drutu srebrnego.

Całą operację należy wykonać ze ścisłym zachowaniem przepisów antyseptyki.

Lister twierdzi, iż na myśl zastosowania rzeczonyj metody przy leczeniu złamań rzepki naprowadziły go 3 wypadki zła-

mania wyrostka łokciowego (olecranon) leczone za pomocą szwu kostnego. Pierwszy, obserwowany przez autora, oraz jego asystenta D-ra Camerou, dotyczył 34-letniego mężczyzny, który przed 5-ma miesiącami został uderzony w lewy łokieć kijem policyjanta.

Wyrostek łokciowy znacznie odstawał od trzonu kości, i chory nie mógł wyprostować przedramienia bez pomocy drugiej ręki. Autor cięciem podłużnym obnażył okolicę złamania, nałożył na takowe szew drucziany, za pomocą którego udało mu się zbliżyć zupełnie odłamy do siebie. Końce drutu po związaniu pozostawiono w ranie.

Wyzdrowienie nastąpiło bez ropienia i gorączki, drut zaś wyjęto w 7 tygodni po operacji. Rana, zrobiona celem wyjęcia tego ostatniego wkrótce się zagoiła i pacjent powrócił do Glasgowa nie mniej zdolny do pracy niż przed wypadkiem.

U drugiego chorego 45-letniego mężczyzny, brukarza, który zupełnie nie mógł wyprostowywać prawego łokcia w skutek złamania wyrostka łokciowego przed 9-ciu tygodniami, autor postąpił zupełnie tak samo jak w poprzednim wypadku.— Rana zagoiła się bez ropienia; drut nie został całkowicie wyjęty, gdyż złamał się przy robieniu supła. Okoliczność ta nie wpłynęła w niczem ujemnie na rezultat operacji.

Trzeci wypadek dotyczył 33 letniego mężczyzny, który szukał porady nie mniej jak u 18-tu chirurgów z powodu osłabienia w lewym ramieniu, będącego skutkiem nie zrośniętego złamania wyrostka łokciowego. Leczenie było także same jak w obu poprzednich razach, tylko L. nie zostawił końców drutu w ranie, ale zrobiwszy cały węzeł obciął krótko końce drutu po nad supłem i przybił takowy do kości. Sposób ten uważa Lister za nader praktyczny i bezpieczniejszy niż pozostawianie końców drutu w ranie, gdyż ten ostatni narażony bywa na szarpanie, a nawet złamanie podczas opatrywania.

Co się tyczy drutu, to grubość jego powinna być proporcjonalną do siły, jakiej od niego wymagamy. Dla zszycia odłamków wyrostka łokciowego wystarcza drut, mający tylko $\frac{1}{25}$ cala średnicy, dla trzonu kości u dorosłego mężczyzny około $\frac{1}{10}$ cala.

Od pierwszego zaraz wypadku pomyślnego wyleczenia niezrośniętego złamania wyrostka łokciowego, autor wyczekiwał wypadku złamania rzepki, ażeby i w tym razie zastosować szew kostny. Jednakże Dr. Cameron zdołał go w tem wyprzedzić.

W r. 1876, w Glasgowie miał on chorego z poprzecznym złamaniem rzepki.— Z początku leczył go zwykłym sposobem (immobilitatio? Red.) i chory po 8-miu tygodniach opuścił szpital ze zrośniętą rzepką. Wszelako po jedenastu dniach zgłosił się znowu, gdyż włókniste spoidło pękło w skutek gwałtownego poruszenia. Okazało się, że odłamki znacznie są od siebie oddalone. Dr. Cameron znowu leczył go zwykłym sposobem przez 8 tygodni; lecz po upływie tego czasu, gdy odłamki ciągle odstawały i noga była bardzo słabą, Dr. Cameron zdecydował się na zrobienie cięcia i nałożenie szwu z drutu, tymczasem się ściśle zasad metody przeciwniejszej.

C. nałożył z szwy z mocnego drutu srebrnego, pozostawiwszy końce sterzcąciami w ranie. Jednocześnie wprowadził sączek do stawu. Rana wkrótce zagoiła się bez ropienia, a obecnie, pomimo, iż nie nastąpiło kostne spojone odłamków, pacjent posiada zupełnie dobrze funkcjonującą kończynę.

Drugi wypadek poprzecznego złamania rzepki obserwował sam Lister w tymże (1877) roku w Kings-College-Hospital. Pacjent, mężczyzna 40-letni upadł podczas konnej jazdy na prawe kolano i nie był w stanie podnieść się, w skutek czego został odwieziony do szpitala. Z początku autor usiłował zbliżyć odłamki; w tym celu posługiwał się przyrządem zbudowa-

nym tak, że górny odłamek mógł być opuszczany za pomocą ciężarków i bloków. Jednakże po 4-ch dniach Lister przekonał się, że odstęp między odłamkami wynosił jeszcze $\frac{1}{4}$ cala, zaproponował więc choremu nałożenie szwu kostnego na co chory się nie zgodził i wyszedł ze szpitala, a w domu poddał się zwykłej kuracji. Po upływie 2-ch tygodni pacjent wrócił domagając się operacji, której L. rzeczywiście dokonał.

Zrobiwszy pionowe cięcie około 2 cali długie nad rzepką, utworzył sobie drogę do odłamków, które odstawały od siebie na 1 cal. Teraz dopiero udało się zbliżyć górny odłamek z dolnym, czego nie można było dokonać, nie obnażając odłamków, gdyż między nimi znaleziono twarde skrzepy, jakoteż strzępy tkanki włóknistej, powięzi okostnej. Po oddaleniu tych ciał z pomiędzy odłamków i z wnętrza stawu, autor nałożył szew kostny na odłamy, przy czem zwracał baczną uwagę, aby otwory ukośnych kanałów wyświdrowanych w rzepce, znajdowały się na powierzchni złamania — jak najbliżej chrząstki.

Dreny przeprowadził przez staw za pomocą kleszczyków zamkniętych, któremi przedziurawił błonę maziową, toróbkę włóknistą i więz; skoro zaś końce kleszczyków wyczuł pod skórą, naciął takową, ramiona kleszczyków otworzył i wyciągając je napowrót otwartemi rozszerzył otwór, nie wywołując krwawienia. Następnie chwytając dren kleszczami i wciąga przez ranę do jamy stawowej. — Końce drutu zostały związane i wpuszczone do rany, którą złączono za pomocą szwów z pozostawieniem małego sączka. Kończynę, po nałożeniu opatrunku przeciwnie, umieszczono na szynie Gooch'a.

Przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy, rany zagoiły się bez ropienia.

Po ośmiu miesiącach drut usunięto za pomocą cięcia poprowadzonego przez bliźnię. Rana zrobiona w celu usunięcia dru-

tu zupełnie się zagoiła w ośm dni. Po upływie dziesięciu tygodni pacjentowi dozwolono chodzić i jakkolwiek nie otrzymano ruchów biernych, to jednakże chory mógł swobodnie poruszać nogą w granicach około 30°.

Trzeci wypadek zdarzył się we dwa lata później. Roznosiciel węgla niosąc worek z węglami, poślizgnął się i poczuł, że mu coś pękło w kolanie, poczem się nie mógł podnieść. Prawa rzepka okazała się złamaną w poprzecznym kierunku, a odstęp między odłamkami wynosił około 1 cala. Prócz tego w stawie znaleziono znaczny wylew krwi. W 6 dni po wypadku autor dokonał zeszyca odłamów. Przez pierwsze 2 tygodnie po operacji stan był absolutnie bezgorączkowy, przez resztę pobytu chorego w szpitalu zdarzyły się przypadkowe wzniesienia temperatury do 100,5° (Fahrenheit), jednakże bez żadnych poważnych następstw. Rana zagoiła się bez ropienia. W 6 tygodni po operacji pozwolono choremu przechadzać się. W 8 tygodni przecięto bliźnię i drut wydobyto. Po 2 tygodniach, t. j. 23 lutego zdjęto bandażę, pierwotnie nałożono na nogę i przekonano się, że pacjent może zginać nogę pod dostatecznym kątem i chodzi zupełnie dobrze. W 4 lata po operacji: rzepka zdaje się być zupełnie naturalną z wyjątkiem nieznacznej nieprawidłowości na zewnętrznej stronie z boku. Widocznie nastąpiło tu spojenie kostne, ruchy w stawie zupełnie swobodne, chory jest w stanie silnie stąpać, często nosi ciężary do 220 fn. na wysokość 100 jardów. Przy chodzeniu nie dostrzega się żadnego chwiania.

Pacjent został przedstawiony towarzystwu.

Czwarty wypadek dotyczył 32-letniego żołnierza, który leżał w szpitalu wojskowym przez 7 tygodni i miał nałożoną szynę, a po oddaleniu nałożono mu opatrunek unieruchamiający. Autor znalazł, że odłamki były od siebie oddalone na $\frac{3}{4}$ cala; między nimi powstała

włóknista tkanka bliznowata— a kolano zeszywniało z powodu zaniku mięśnia czworogłowego. Noga stała się niezdatną do użytku.

L. wykonawszy cięcie na przedniej powierzchni stawu, usunął tkankę bliznowatą, łączącą oba odłamki, okrwawił powierzchnie odłamków, przeprowadził dren jak poprzednio i połączył odłamy drutem srebrnym. W ciągu czterech tygodni po operacji nie zaszło nic godnego zaznaczenia, po upływie zaś tego czasu autor próbował wykonywać ruchy bierne.— Okazało się to niemożliwym bez operacji. Pod chloroformem quadriceps okazał się niepodatnym, po użyciu zaś znacznej siły rozerwał się drut. Blizna, która w zupełności się zagoiła z wyjątkiem miejsca, gdzie drut wystawał otwarła się i słychać było szmer spowodowany przeniknięciem powietrza do stawu, przyczem odłamki znacznie się oddaliły. Autor wstrzyknął do stawu roztwór antyseptyczny (którą to procedurę obecnie sam uważa za zbyt czyną). Po sześciu dniach, kiedy przeszły zaburzenia spowodowane tą powtórzną manipulacją i podrażnienie wywołane iniekcją antyseptyczną, autor przystąpił po raz drugi do operacji. Zachloroformowawszy chorego i odkrywszy bliznę, autor zauważył, że końce drutu leżały w miejscu dogodnym do związania—jednocześnie znalazł znaczną ilość skrzepów; po usunięciu takowych z pomiędzy odłamków i ze stawu związał końce drutu. Dalszy przebieg był taki sam jak w innych wypadkach. Jak po pierwszej tak i po drugiej operacji nie było żadnych objawów gorączki. We właściwym czasie drut wyjęto i po zagojeniu rany, zrobionej na bliźnie, chorego wypisano w 8 tyg. po 2-jej operacji poczem mógł chodzić, choć ze sztywnem kolaniem i z pewnem ograniczeniem ruchów. Autor nie próbował już ruchów biernych, licząc na to, że z czasem wyrobią się pewne ruchy w kolanie. We 2 lata po operacji pacjent zgłosił się do autora; skonstatowano: Rzepka prawie

całkiem naturalna, powierzchnia jej gładka, między odławkami nie ma żadnego odstępu, zrost więc nastąpił. Chory coraz lepiej zginał nogę, obecnie pod kątem 60°, i zupełnie może ją wyprostować. Rok upłynął jak przestał posługiwać się kijem, a przed 7 mies. wrócił do dawnego swego zajęcia (ogrodnik). Nogą może wszystko robić, tylko nie może klęczyć.— Chory został też przedstawiony na posiedzeniu towarzystwa: nie chroma wcale, powiada, że może doskonale pracować, że jest cały dzień na nogach i nie uczuwa żadnych przykrości.

Następny wypadek dotyczył 43-letniej kobiety, która przed 8-miu tygodniami, chcąc utrzymać równowagę, poczuła że jej coś trzasnęło w kolanie. Od tej chwili nie mogła chodzić ani poruszać nogą w stawie, który znacznie obrzmiał. Do czasu wstąpienia do szpitala, nie użyto ani szyny, ani żadnego innego sposobu leczenia. W szpitalu skonstatowano obrzmienie kolana i poprzeczne złamanie rzepki w samym środku. Odłamki odstawały na 1 cal, w stawie dość znaczna ilość płynu. L. dokonał operacji, jak w poprzednich wypadkach. Zbliżenie odłamów udało się dopiero po uniesieniu nogi w powietrze za piętę. Po 8-miu tygodniach chorej pozwolono chodzić o kuli. W 3 tygodnie potem została wypisana, mogąc zginać nogę w kolanie. We 4 miesiące po operacji chora znowu wstąpiła w celu wyjęcia drutu, a po upływie 5 dni opuściła szpital, będąc w stanie poruszać nogą tylko na przestrzeni około 4-cal.

Przy późniejszych oględzinach okazało się że: odłamki zupełnie się zrosły, chora może chodzić dość da'eko i nie chroma, może zginać kolano po d kąt prostym i twierdzi, że z każdym dniem powiększa się władzą w nodze, klęczyć nie może.—

Pacjentkę też przedstawiono na posiedzeniu towarzystwa.

Następnym z kolei wypadkiem było świeże złamanie u 62-letniego mężczyzny,

Zdrowego, lecz nałogowego pijaka, który się poślizgnął, a nie chcąc upaść, starał się utrzymać na prawej nodze, jednakże upadł i nie mógł się podnieść. Rzepka złamaną była w poprzecznym kierunku, odłamki odstawały na cały cal i trudno je było zestawić. Kolano znacznie opuchło. We 3 dni po wypadku, Lister wykonał operację tak, jak w poprzednich wypadkach, z tą różnicą, że tu po raz pierwszy końce drutu zostały obcięte, a węzeł przybity młotkiem do kości. W kilka godzin pojawił się obłęd opilczy (*delirium tremens*), który jednak ustąpił po zażyciu jednej dawki makowca i więcej się nie powtórzył. Gorączki nie było; rany zagoiły się bez ropienia. W 6 tygodni po operacji pozwolono choremu przechadzać się i wtedy autor demonstrował go kilku członkom międzynarodowego kongresu lekarskiego i pokazał im, że chory może zginać nogę pod kątem prostym i zupełnie ją wyprostowywać.

Ostatnio p. Chavasse nadesłał o chorym następujące szczegóły: Blizna przedstawia się pod postacią linii, kolano chore może zginać nie gorzej od drugiego, odłamki dobrze się zrosły, nie można wyczuć żadnego szwu. Chory nie doznaje przeszkody w pracy, tylko podczas niepogody doznaje nieprzyjemnego uczucia w miejscu dawniejszego złamania, przez cały dzień pracuje ciężko fizycznie. Oględziny chorego na posiedzeniu towarzystwa stwierdziły doskonały rezultat.

Siódmym z rzędu pacjentem Listera była 50-letnia kobieta, która schodząc ze schodów, upadła na lewe kolano, i nie mogła się podnieść. — Prawie natychmiast odwieziono ją do szpitala gdzie znaleziono: lewe kolano znacznie obrzmiałe, rzepka uległa złamaniu, prócz tego gorączkę i wymioty. Odstęp między odławkami wynosił około cala. W tydzień po wypadku autor przystąpił do operacji, którą wykonał zupełnie tak samo jak poprzednio. Nazajutrz po operacji temperatura nieco się podniosła do 101°

(F), później nie było żadnych objawów gorączkowych. W tydzień po operacji rozpoczęto ruchy bierne. Rany rychło się zagoiły. W 3 tygodnie po operacji nogę można było zgiąć pod kątem prostym—co, aczkolwiek było dla chorej bolesnem, niespowodowało jednak rozjęcia się odłamków. W 6 tygodni chorej pozwolono chodzić, a po kilku dniach wypisano ze szpitala.

W 5 miesięcy potem chora zgłosiła się do szpitala, gdzie zanotowano: rzepka wydaje się zupełnie normalną, tylko drut wyczuwa się pod skórą, która nad nim się przesuwa. Ruchy w stawie są swobodne, począwszy od zupełnego zginania, pod bardzo ostrym kątem, aż do zupełnego wyprostowania. Może klęczyć oraz chodzić, nie chromając.

Pacjentka została przedstawiona towarzystwu i stwierdziła *ad oculos* słowa autora.

Ostatni wypadek złamania rzepki dotyczył 67-letniego mężczyzny, który wypadł z omnibusu i uderzył kolanem o ziemię. Po zbadaniu okazało się poprzeczne złamanie rzepki i znaczne opuchnięcie stawu. W 6 dni po wypadku autor przystąpił do operacji. Po przecięciu skóry znalazł, że dolny odłamek był bardzo mały—okoliczność, która (jak Lister sam się wyraził), skłoniłaby go do zaniechania operacji, gdyby wcześniej o tem wiedział.— Okoliczność ta i w dodatku poważny wiek pacjenta nie dozwalały liczyć na zadowalniające spojenie.

Wydobywszy skrzepy, wypełniające odstęp między odławkami i jamę stawu, oraz przedrenowawszy ten ostatni, autor przystąpił do świdrowania, ale ponieważ dolny odłamek był bardzo mały, przeto Lister zmuszony był świdrować otwór nie w samym odłamku, ale w *ligamentum patellare infer.*, poczem udało się sprrowadzić górny odłamek do zetknięcia z dolnym. Przez cały czas przebieg był bez gorączkowy rana zagoiła się bez ropienia.

W 3 tygodnie i 4 dni po operacji rana była blizką zagojenia; kolano można było zginać pod kątem 30°. W 4 tygodnie po operacji rana zupełnie się zagoiła, kolano można było zginać pod kątem 40°. W 8 tygodni pacjent został wypisany, będąc w stanie dobrze chodzić. Pacjent został wprowadzony do towarzystwa, a badanie stwierdziło dobry rezultat.

W końcu Lister dowodzi, że nie należy liczyć na pewne zrośnięcie się odłamków rzepki przy leczeniu zwykłymi dotychczasowymi środkami, gdyż, jak wykazuje na niektórych przykładach z własnej praktyki, odłamki rzepki spojone nie kością, lecz tkanką bliznową, oddalają się coraz bardziej, skoro chory zaczyna chodzić.— Z tego powodu Lister radzi przystępować odrazu do zeszywania rzepki za świeża, nadmienając, że zdaniem jego tylko ten chirurg ma prawo podjąć się tej operacji, który z czystym sumieniem może o sobie powiedzieć, iż jest moralnie przekonany, że zdoła zapobiedz przeniknięciu septycznych zarazków do rany; w ostatnim zaś razie nawet obowiązany jest nie pozabawiać chorego korzyści, jakie przynosi opisana powyżej operacja.— W końcu Lister nastaje na to, aby ściśle stosować się do metody antyseptycznej.

B. Polikier.

82. VEIT. O zszywaniu powierzchni ziarninowych. *Ueber die Naht granulirender Wundflächen.* (Berl. klin. Woch. Nr. 2—1884).

Za niezbędne warunki powodzenia wszelkiej plastycznej operacji, przedsiębranej na części pochwowej macicy, pochwie, lub kroczu, uważano dotychczas: należyte okrwawienie brzegów, wygładzenie takowych, i nakoniec staranne nałożenie szwu. Zpominięciem któregokolwiek z tych warunków, rana nie zagoi się per primam, a wtedy należy operację powtórzyć,—tak twierdzono jeszcze lat temu parę. Powoli jednak zaczęto wyłamywać się z przytoczonych prawideł;

pierwsza upadła zasada wygładzania okrwawionych brzegów, obecnie nikt już nie przypuszcza, iżby kilka strzępków tkanki, pozostałych na skrwawionych brzegach, miały przeszkodzić pierwotnemu zespoleniu się brzegów rany. Autor na podstawie kilku przypadkowych obserwacji, wpadł na myśl, czyby nie można było uniknąć okrwawiania brzegów, czyby i bez tego nie udało się otrzymać połączenia dwóch pokrytych ziarnicą powierzchni¹⁾. Amabile i Bouquè, proponowali już dawno coś analogicznego dla leczenia przetok pęcherzopochwowych, a Fritsch, Holst i Dyhrenfurth, wykonali wtórny szew przy rozdarciu krocza. Autor obserwował wielokrotnie po operacjach plastycznych, wykonywanych zwykłym sposobem na pochwie, krwotoki wtórne, niekiedy dość silne i przekonał się, że źródłem ich jest ziarnina, wytwarzająca się naokoło szwów, jedyny sposób powstrzymania takich krwotoków polegał na nałożeniu szwów na ziarninę; otóż po usunięciu takich szwów, V. znajdował najczęściej ranę zupełnie zagojoną i pokrytą nabłonkiem.— Fakt ten skłonił autora do zadania sobie pytania: kiedy mianowicie, przy jakich warunkach udaje się zrastanie się ziarninowych powierzchni ze sobą, w jakich razach można po prostu zbliżyć dwie ziarninowe powierzchnie bez poprzedniego okrwawienia i osiągnąć zabliznienie?— W tym celu autor nakładał wtórny szew przy pęknięciu krocza w tych wypadkach, w których wskutek zakażenia prima intentio się nie udało, jakoteż w kilku wypadkach nieudanego za pierwszym razem zszywania pochwy (colporrhaphia). Na 6 przypadków wtórnego szwu krocza, dokonanego na 6–12 dzień po rozdarciu, w 4-ch przypadkach krocze się zrosło, a tylko w 2 ch szwy się rozeszły, wypadki zszywania pochwy, też się powiodły.—

1) Nie jest zupełnie myśl nowa, lecz tylko przeniesienie prób wykonywanych w tym celu przez chirurgów (patrz CZERNY — Beiträge zur Chirurgie, w dziedzinie ginekologii. (Przyp. Red.).

Operacji autor dokonywał w ten sposób, iż najprzód bardzo starannie obmywał powierzchnie ziarninowe 2 $\frac{1}{2}$ % roztworem kwasu karbolowego, a następnie nakładał głębokie szwy jedwabne, zaciskając je tylko na tyle, aby powierzchnie ziarninowe się ze sobą stykały.

Ta mała stosunkowo liczba spostrzeżeń pozwala jednak wnioskować, że powierzchnie ziarninowe mogą się zrastać ze sobą bezpośrednio, trzeba tylko aby były dość świeże, aby tak wyglądały jak granulacje przy ranach ciętych, gojących per secundam, na 4—10 dzień istnienia. — Znacznie wcześniejsze i znacznie późniejsze granulacje nie zrastają się, jak się o tem autor przekonał zszywając ziarninowe powierzchnie w 4—6 tygodniu; ziarninowe powierzchnie powstałe za pomocą przyżegania też się nie zrastają. Powierzchnie ziarninowe, które już się zaczęły pokrywać nabłonkiem nigdy się nie zrosną, również przeszkadza zlepianiu mała warstwa krwi między obu powierzchniami. W ogóle dość trudno roztrzygnąć, czy dane ziarninowe powierzchnie nadają się do zszycia czy nie, i dla tego też ciągle będą nas z tej strony spotykać zawody, — to właśnie jest główną przyczyną, dla której nie można zalecać szwu wtórnego jako metody głównej, lecz tylko należy go zarezerwować do przypadków w których pierwszy szew się nie udał.

W. J. Tyrchowski.

83. J. KORACS. **O kamieniach moczowych.** *Ueber Harnblasensteine.* (*Wiener klinik. Hft. XII—1883*).

Autor w swym wykładzie zapoznaje czytelnika z etjologią, rozpoznawaniem i leczeniem kamieni pęcherza moczowego. Zasady wygłoszone przez K. nie są nowe, ograniczymy się więc zaznaczeniem, że autor przy wąskiej cewceprzekłada cięcie pęcherza nad litotrypsyją, zaleca cięcie nadłonowe jako łatwiejsze do wykonania, dające więcej miejsca i nie grożące zranieniem przewodu nasiennego. Zranienie

otrzewnej rzadko się zdarza, a nawet gdy by nastąpiło, nie jest znowu tak groźnem, zdaniem autora najważniejszym jest, aby rana pęcharza nie była poszarpaną przez wydobywany kamień, dla tego też radzi takową dostatecznie rozszerzyć lub też kamień najprzód skruszyć.

Autor opisuje jeden ciekawy przypadek, w którym za jądro kamienia posłużył niewielki ogórek, który został wprowadzony do cewki przy masturbacji i przypadkowo wpadł do pęcherza.

K. zwraca uwagę na mniej znane do tychczas zboczenie grubości światła cewki, mianowicie na „zbyt szerokie ujście pęcherza i zbyt obszerną część przyprątną i błoniastą cewki”. Stan taki stanowi niezmierną przeszkodę w kruszeniu, ponieważ zbyt wielkie odłamki kamienia za wcześnie przenikają do cewki, ulegając tutaj zaklinowaniu, a operator, nie chcąc poranić cewki, nie jest w stanie ani ująć ich tutaj i skruszyć, ani przepchnąć napowrót do pęcherza. Co się tyczy pęcherza, to skurcz jego bywa rzadko tak silnym, aby mógł stanowić przeszkodę w uchwytceniu i skruszeniu kamienia; natomiast rozszerzenie jego, szczególnie w połączeniu z niedowładem, jest dość niepożądanem powikłaniem, ponieważ w niektórych wypadkach operacji trudniej dokonać w znacznej ilości płynu, gdyż przy najlżejszem dotknięciu kamień wyslizguje się z instrumentu. Najdogodniejszą jest zawartość pęcherza 120,0—150,0 grm.

Co do kruszenia, należy je wykonywać tak, aby kamień leżał w środku zawartości płynnej pęcherza; w razie przeciwnym t. j. jeżeli kruszymy zbyt blisko ścianki pęcherza, odłamki, rozpryskując się, łatwo mogą pokaleczyć błonę śluzową.

Autor kończy wykład wzmianką o metodzie Bigelowa i jej odmianach. Jeszcze przed wprowadzeniem przyrządów ssących, uznając konieczność wydalenia odłamków natychmiast po skruszeniu kamienia, K. używał przyrządu, któremu i

dziś jeszcze oddaje pierwszeństwo. Składa się on z dwóch rurek zgiętych w kształcie moczociągu i wchodzących jedna w drugą; część ich, odpowiadająca dziobowi, stanowią żłobki. Po wprowadzeniu przyrządu rurka wewnętrzna, a wraz z nią i żłobek obraca się na około osi podłużnej na 180° , za pomocą zewnętrznie umieszczonego pierścienia, tak, że tym sposobem oba żłobki tworzą lejek. Przy końcu zewnętrznej rurki znajduje się balon kauczukowy, napełniony wodą, za pomocą którego odłamki dają się wypompować — w położeniu stojącym chorego. Przyrząd ten rozstawiony w ujściu pęcherza tworzy zagłębienie w miejscu jego najgłębszem, dokąd sphywa płyn z odłatkami. Oprócz tego unika się wciągania błony śluzowej pęcherza do otworu cewnika, zatem i krwawienia, które może mieć miejsce przy innych przyrządach ssących.

D. Wasserzug.

III. Syfilidologia.

84. Prof. NEISSER. **O leczeniu syfilisu.** (*Deut. Med. Wochenschrift* — 1884. Nr. 1, 2).

Pośród chaosu różnorodnych zdań i zasad, kierujących leczeniem syfilisu, autor usiłuje zyskać punkt oparcia nie tyle w obserwacji klinicznej i statystyce, jako nie wystarczających, ile w teoretycznych zapatrywaniach, zgodnych z obecnym stanem wiedzy lekarskiej. Jak wiadomo, badania nad istotą syfilisu nie doprowadziły dotąd do pożądanego skutku i poszukiwania Klebsa, Aüfrechta, Birch-Hrschfelda, Martineau i samego autora uważać należy za niezakończone. Jednakowoż trudno wątpić, że jad syfilisu jest *organizowany* — zaraźliwość, przebieg, dziedziczność cierpienia dostatecznym są tego powodem; syfilis musimy uważać za *cierpienie bakteryjne przewlekłe*, odkrycie zaś tych bakterij jest tylko kwestyją czasu. — Z tego punktu widzenia należy rozstrzygnąć trzy zasadnicze pytania: kiedy rozpo-

znąć leczenie syfilisu, jaką stosować metodę leczniczą i jak długo tę metodę stosować.

Odpowiedź na pierwsze pytanie jest prosta: rozpocząć należy leczenie z chwilą, gdy rozpoznanie syfilisu jest pewne — Znajomość bakterij pozwoliłaby rozpoznać syfilis wcześniej, np. w zdraśnięciu post *coitum*, lub w zmianie miejscowej, zaczynającej się jako wrzód miękkiej, przy obecnym jednak stanie naszej wiedzy musimy czekać, aż zjawi się stwardnienie. — Przy umiejscowieniu na skórze stwardnienie jest zwykle typowe i pozwala na pewne rozpoznanie syfilisu, inaczej jednak rzecz się przedstawia na błonach śluzowych, zwłaszcza na błonie śluzowej narządów płciowych kobiety. Pierwotny objaw syfilisu rzadko przedstawia tu dostateczne charakterystyczne cechy, należy tedy, według wypowiedzianej zasady, wyczekiwać objawów ogólnych. — Obecność stwardnienia w odpowiednich gruczołach chłonnych znacznie ułatwia rozpoznanie.

Natychmiast po rozpoznaniu syfilisu zaczynamy leczenie, gdyż chorobotwórcze ustroje należy jak można najwcześniej zniszczyć. Z tego punktu widzenia trudno się wahać, a jednak właśnie na tem miejscu spotykamy najsprzeczniesze zasady, niektórzy wszakże radzą czekać z leczeniem, aż wystąpią cięższe objawy cierpienia. Najprostszą drogą dla usunięcia chorobotwórczych ustrojów byłoby zniszczenie, usunięcie pierwotnego gniazda zarazy. Jakkolwiek wiele względów przemawia za przypuszczeniem, że pierwotne stwardnienie jest jeszcze miejscowym gniazdem, w którym jad syfilisu rozmnaża się czas jakiś, zanim wywoła zakażenie ogólne, jednakowoż wyniki wycinania stwardnień w znacznej części zawiodły nasze oczekiwania. Dlaczego? zrozumieć nietrudno: albo nie usuwano wszystkiego, i pozostałe drobnoustroje zdołały wywołać ogólne zakażenie, albo też rękoczyn wykonywano zapóźno, gdyż tam gdzie nasze metody badania wykazywały tylko

miejscowe zmiany, cierpienie było już ogólnem. Rzeczywiście badanie kliniczne nie wykrywa początku ogólnego zakażenia.

Baumgarten wskazał, że po wprowadzeniu mass gruczołowych w przednią komorę oka u królika, można wykazać laseczniki gruczołowe we wszystkich tkankach i narządach już wtedy, gdy gołem okiem niepodobna odkryć ani śladu tego ogólnego zakażenia. Przypuściwszy podobny stan rzeczy i w syfilisie, łatwo pojmujemy, dla czego wycinanie stwardnienie tak często zawodzi. Pomimo to jednak należy wycinać stwardnienie, gdzie tylko to jest możliwem, (umiejscowienie cierpienia na żółędzi, ciała jamistych, wargach ust nie pozwala na wycięcie), a to dla dwóch powodów: najprzód, możliwość powodzenia nie daje się zaprzeczyć, powtórę, skutek miejscowy jest wyborny, chory w kilka dni pozbywa się cierpienia, trwającego zwykle tyleż tygodni.

Stwardniałe gruczoły chłonne, które również są gniazdem jadu (w klinice Rinchera, sok z stwardniałego usuniętego gruczołu zaszczerpiony zdrowemu mężczyźnie wywołał zakażenie. Bumm. Zur Frage der Schanker-Excision. Streszczenie w Kron. Lek. 1882 Nr. 17), należałoby usuwać wraz z pierwotnem stwardnieniem, jest to jednak rękoczyn cięższy, może zbyt ciężki wobec niepewnego skutku. — W obawie tak ciężkiego cierpienia, jakim jest syfilis, należałoby najgoręcej polecić wycinanie nie tylko typowego stwardnienia, ale każdego zadrażnienia, wrzodu, guziczka, okazującego się po podejrzanem spółkowaniu, w praktyce jednak nie jest to łatwem do przeprowadzenia.

W przypadkach, gdzie nie możemy wyciąć stwardnienia, lub też gdzie nastąpiło już zakażenie ustroju, *należy natychmiast rozpocząć ogólne leczenie syfilisu*, by jak najwcześniej przeciwdziałać mnożeniu się drobnoustrojów. Zdania praktyków na tym punkcie są także podzielone; podczas gdy np. Sigmund twierdzi, że 4%

przypadków syfilisu przebiega łagodnie i nie wymaga ogólnego leczenia, Fournier, opierając się na równie obszernem doświadczeniu, sądzi, że ciężkie, złośliwe przypadki późnego syfilisu (np. cierpienia mózgowego), miały w początkowych okresach przebieg bardzo łagodny i były wtedy niedostatecznie lub wcale nie leczone. I na to niedostateczne leczenie we wczesnych okresach kładzie Fournier główny nacisk.

Nie podobna wątpić, że w rtęci posiadamy środek, przeciw działający jadowi syfilisu, a jednocześnie nie szkodliwy dla ustroju, powinniśmy zatem każdy wypadek syfilisu leczyć jak najwcześniej rtęcią.

Co do pytania *jak należy leczyć syfilis*, zaznaczymy tylko najważniejsze zasady. Leczenie wcieraniem maści rtęciowej zdaje się być lepszem od wewnętrznego stosowania rtęci, wstrzykiwań podskórnych i kąpeli rtęciowych. Te ostatnie metody należy zatem stosować tam, gdzie warunki zewnętrzne nie pozwalają na wcierania. Do wstrzykiwań najlepszy jest roztwór sublimatu z solą kuchenną, lub peptonian rtęci. Formamid rtęci Liebreicha, stosowany podskórnie, nie sprawia prawie wcale bólu, zbyt krótki tylko czas obserwacji nie pozwala sądzić o wartości tego przetworu.

Wewnętrznie najczęściej dajemy sublimat w małych dawkach do 0,02 ($\frac{1}{3}$ gr.), dziennie w znacznej ilości mleka; żółty jodek rtęci bywa nieraz lepiej znoszony, ale w znacznej ilości odchodzi z kałem niewessany.

Jodek potasu we wczesnych okresach cierpienia może być stosowany naprzemian z rtęcią, jako środek pomocniczy, w późnych zaś jest nieoceniony, a znacznie skuteczniejszy od rtęci. Zdaje się, że jodek potasu usuwa tylko wytwory jadu syfilitycznego, słabo działające na sam jad.

Wzmocnienie ustroju, niezależnie od

niszczenia jadu, jest niezbędnym warunkiem powodzenia.

Jak długo ma trwać leczenie? Pytanie to łatwo rozstrzygnąć w wypadkach, w przebiegu których powroty cierpienia występują jeden po drugim. Będziemy tu stosować kuracje rtęciowe (i jodowe), jedną po drugiej, z odpowiednimi przerwami. Według metody Fournier, np. podajemy rtęć w ciągu półtora do dwóch lat, z przerwami coraz dłuższymi (od 4 do 8 tygodni); w czasie przerw przypisujemy często jodek potasu.

Przy leczeniu objawów trzeciorzędnych, na pierwszy plan występuje jodek potasu, stosowany wytrwale i w dużych dawkach. Często, zwłaszcza przy objawach ze strony ośrodków nerwowych, stosujemy wcierania i jodek potasu jednocześnie, oba środki w dużych dawkach.

Co jednak czynić, gdy po łagodnych wczesnych objawach następuje okres zupełnie wolny, naśladujący do złudzenia zupełnie zdrowie. Czy w wypadkach podobnych, a bardzo częstych, pozostawić chorych bez leczenia? Stanowczo nie. Wszak dziedziczność syfilisu zależy jedynie od okresu cierpienia i w znacznym stopniu od uprzedniego leczenia rtęciowego, wcale zaś nie od obecności lub braku objawów cierpienia w danej chwili. Oczywiście jad może tkwić w ustroju, choć objawów nie ma, jakże przeto małą zatem posiada wartość metoda leczenia, której stosowanie zależnem jest od ich obecności lub braku! Sądzymy, że i w okresie pozornego zdrowia przeprowadzić należy długotrwałe leczenie rtęciowe z przerwami, podczas których podawać można jodek potasu, zupełnie tak, jak w powyżej rozbieranych przypadkach i winniśmy czynić to zawsze, gdy nie ma przeciwwskazań. Przeciwwskazaniem zaś dla leczenia rtęcią jest gruźlica, ciężkie żoły, wysoki stopień wyniszczenia i prócz tego pewna postać syfilisu, t. z. galopujący syfilis. Okresy choroby następują tu szybko jeden po drugim; już w parę tygodni lub miesięcy po zarażeniu

zjawiają się formy rozpadowe związane z niebezpiecznym często charłactwem.— Złośliwa ta postać syfilisu zależy więcej od stanu ustroju, niż od choroby. Tu będzie stosownem jedynie wzmacniające leczenie i co najwyżej napoje drzewne, a żadną miarą rtęć. Tę ostatnią zaczniemy stosować po należytem wzmocnieniu ustroju, co uda się osiągnąć po paru miesiącach.

Funk.

MISCELLANEA.

85 Dr. CHAPMAN przychodzi w swej pracy nad **samogwałtem u kobiet** do następujących wniosków:

- 1) samogwałt spotyka się u kobiet w ogóle b. często.
- 2) zwykle ogranicza się do narządów płciowych zewnętrznych.
- 3) rzadko dochodzi do wprowadzania ciał obcych do pochwy.
- 4) przy długim trwaniu powoduje zawsze pewne zmiany w zewnętrznych narządach płciowych.
- 5) zmiany te mogą służyć za dowód omawianego nadużycia.
- 6) samogwałt może wywołać dość znaczny stopień relaksacji pochwy.
- 7) odchylenie macicy jest tak częstym zjawiskiem u kobiet, oddających się samogwałtowi, że spostrzegane u kobiet, które nie rodziły, powinno budzić podejrzenie tego zgubnego nałogu.
- 8) To samo można powiedzieć o **samowolnych** białych upławach i krwotokowych miesiączkach.
- 9) samogwałt bywa przyczyną owaryalgii i przewlekłego zapalenia jajników.
- 10) samogwałt jako nader ważny czynnik w etyologii cierpienia narządów miednicy powinien być zawsze uwzględnianym przy stawianiu rokowania i przy leczeniu. (*Revisita Médico-quirùrg.*—1884).

86 **Eczema capitis.** Przy zwykłym wyprysku głowy u dzieci, po oczyszczeniu głowy, jednorazowe posmarowanie następującą maścią ma wystarczyć prawie zawsze do otrzymania szybkiego trwałego rezultatu.

Rp. Acidi salicylici gr, X
Trae Benzoes gtt. 20
Vasellini unc. 1

Mfung.

(*Edinb. Med. Journ.* N. 9 1883).

87 **Przeplukiwanie pęcherza moczowego.** W wypadkach zapalenia pęcherza, przy których

występuje mocno amoniakalna cecha moczu, poleca Braxton Hicks przepłukiwanie pęcherza lekko kwaśnymi płynami. Nadaje się tu mianowicie stały roztwór rozwodnionego kwasu azotowego lub solnego, około drachmy na kwartę wody. Dwuuncjowa syringa jest odpowiedniem do wstrzykiwania narzędziem. Wstrzykując, autor nie doprowadza cewnika do zwieracza pęcherza, przy czem wszakże płyn bardzo dobrze przenika.

(*The Lancet*—1884).

88 Wrodzony brak łzawienia po jednej stronie. Na posiedzeniu oftalmologicznego towarzystwa w Anglii 10 stycznia r. b. Stanford Morton przedstawił dziecko u którego nigdy nie obserwowano łzawienia po stronie prawej.)

(*Brit. med. Journ.* 19-go stycznia 1884).

89 Brak wrodzony jelita czczego i biodrowego oraz znacznej części okrężnicy. H. Thomas demonstrował w „Midlane Medical Society“ wypadek braku znacznej części przewodu kiszkiowego. Dwunastnica ślepo była zakończona; ani śladu reszty cienkiego jelita, oraz kiszki ślepej i okrężnicy wstępującej i poprzecznej. Okrężnica zstępująca zaczynała się ślepo po lewej stronie nerki i przechodziła w zwykły sposób w rectum, którego ujście znajdowało się w pochwie. Dziecko to przeżyło dni cztery.

(*Brit. med. Journ.* 19-go stycznia 1884).

90 Przymiot u małpy. Małpa, której w listopadzie r. 1882 zaszczepiono w trzech miejscach przymiot, dostała w 24 dni potem wysypki, poczem kilka wykwitów ukazało się na prąciu, obrzmiały gruczoły chłonne pachwinowe pachowe i podżuchowe, wreszcie nastąpiło wyniszczenie i wyłysienie. W dziesięć miesięcy potem utworzył się wzród specyficzny na podniebieniu miękkim; wyleczenie wszakże nastąpiło po upływie trzech tygodni.

(*Brit. med. Journ.* 26-go stycznia 1884 r.)

91 Połowiczny zanik języka, nie sprowadzający wszakże żadnych znacznych zaburzeń, czynności tego organu przedstawia według Ballet'a wskazówkę diagnostyczną przy bezładzie ruchowym (ataxie locomotrice) albowiem zdarza się przy nim częściej, niż przy wszystkich innych chorobach nerwowych. (*Brit. med. Journ.* 26-go Stycznia 1884)

92 Olbrzymi kamień pęcherza u dziecka. Na posiedzeniu towarzystwa patologicznego w Londynie 15-go Stycznia r. b. Walscham przedstawił wielki kamień wyjęty przez niego z pęcherza 3-letniego chłopczyka, długość kamienia wynosiła $2\frac{3}{8}$ cala szerokość $\frac{1}{8}$; ciężar nie wynosił pół uncji.

(*Brit. med. Journ.* 19-go stycznia 1884).

93 Alkoholizm w Petersburgu. F. Nikolajew przytacza ciekawą statystykę alkoholizmu w stolicy Cesarstwa Alkoholizm w Petersburgu powiada N., jest chorobą nader pospolitą. W ciągu ostatnich 6 lat leczono w 5 ogólnych szpitalach 5396 wypadków rozmaitych postaci otrucia wysokiem. Co do liczby wypadków w różnych miesiącach pokazuje się że w lutym najmniej obserwowano takowych (5,2%) najwięcej zaś w sierpniu (12,2%), najwięcej w ogólności—w porze letniej, najmniej w—zimowej, śmiercią zakończyło się 6,1% ogólnej liczby przypadków. (*Wrzecz* 1—1884).

94 Rewakcyacja rekrutów w Rosji. Pierwuszin zauważa, iż wtórne szczepienie wykonywane corocznie na rekrutach, których ilość roczna w Rosji wynosi 200,000, odbywa się nieracjonalnie, albowiem pomimo obowiązującego szczepienia nie wydają się wcale pieniądze na potrzebne wydatki. Z trzech źródeł obecnie otrzymuje armja limfę ospową: od towarzystwa zwanego „Wolnoje Ekonomiczeskoje Obszczestwo“ które jednak dostarczając materiału ziemstwowi, urzędowi i t. p. nie posiada dostatecznej ilości limfy; 2) kupują w zakładach wychowawczych, które posiadają bardzo mało krowianki; 3) otrzymują limfę od dzieci ludności miejscowej. Najczęściej rzecz ogranicza się dla braku krowianki tylko na wykonaniu formalności lub na niesumieinnem szczepieniu. Autor radzi kupować rocznie 60—200 cieląt (ponieważ z jednego cielęcia można zebrać ospy na 1000 ludzi; zakupienie i utrzymanie prz z tydzień cieląt kosztowałoby zaledwie 2140 rubli ($\frac{1}{1000}$ budżetu wojskowego). Centralny zakład powinien znajdować się przy Akademji Med. Chir., służąc zarazem jako materiał do ćwiczeń dla przyszłych lekarzy wojskowych.

(*Wrzecz* 1—1884).

Wiadomości bieżące.

— **Ciekawy przyczynek do dziejów szczepienia ospy** w kraju naszym przedstawia dokument, dostarczony nam łaskawie przez D-ra Kobylańskiego, który tu przytaczamy w całości.—Ciekawy jest on i ze względu na to, iż dobitnie maluje usposobienie społeczeństwa do przyjęcia tego środka profilaktycznego na tyle lat przed Jennerem i nader wczesne wniknięcie sposobu tego do kraju naszego:

„Relacyja krótka o ospy z szczepieniem pierwszy raz w szpitalu Jeneralnym warszawskim pod tytułem Dzieciątka Jezus czynionej.

Gdy roku przeszłego 1768 ospa w szpitalu zaraziłwie panująca już w tenczas gotową intencyją medyka ordynaryjnego Imc. p. Doktora Troschela zastanowiła, ażeby okulizacyi nie zaczynał zaraz na

początku wiosny niniejszego roku, między nim a Imc. p. Doktorem Czempniskim konsyliarzem J. K. M-ci i Medykami, jako też i z Imc. p. Issaurat chirurgiem J. O. ks. Lubomirskiego stała się zgodna umowa około zaczęcia tego dzieła, żeby rzecz tym publiczniej i znakomiciej działa się. To więc doniosłszy do N. Króla Imci i od Niego łaskawe na to odebrawszy pozwolenie, do umówionego dzieła zaczęcia przystąpili; że zaś wiele było dzieci, o których żadnej nie było pewności czyli mieli ospę, albo nie, dla poprzedzającej roku zeszłego zarazy; więc na pierwszą próbę wybrali cztery dziewczęta: Katarzynę Szucańską, mającą lat 16, Annę Kuncówną, mającą lat 15, Rozalję Majewską, lat 14, i Brygidę Iwanickę 15 lat mającą, o których to żadnej nie było pewności czyli miały ospę, albe nie, dnia tedy 13 kwietnia na dyetę służącą do przygotowania w osobnej sali osadzono je, a dnia 18 maja ospy zaszczepienie uczyniono.

Na Katarzynie i Annie żadna odmiana nie stała się, i rany lekko się zagoiły, na znak, iż już od ospy wolne były; na Rozalję zaś i Brygidę bardzo łaskawą pokazała się ta artyficyalna choroba, tak dalece, że na pierwszej tylko trzy, na drugiej zaś cztery pokazały się krosty. do rozeznania łatwe, a reszta wszystka ropą przez obfitą i długą supparację wyszła.

Ażeby zaś ci, którzy medykami i biegłymi w tej sztuce nie są, nie mieli w tem jakiej wątpliwości, przykładem innych sławnych inokulatorów, drugi raz znowu dnia ostatniego maja, tym że dziewczętom okulizacyją uczyniono, ale ani im się rany jąrzyły, ani gorączki miały, ani krosty powystępowały i wkrótce doskonale zdrowe zostały. Tymczasem inne pobierano dzieci, i tegoż samego dnia, to jest ostatniego maja przysposabiać zaczęto do tejsze operacyi, tak jako i pierwsze:

Maryjannę Pięglowską, mającą lat 11, Grzegorza Żywiołę, mającego lat 6, Agnieszkę Żywiołę, mającą lat 5, Ignacego Majestat, mającego lat 4, i Eleonorę Majestat, mającą lat 10. Trzeci tedy raz dnia 4 czerwca, pomienionym dzieciom uczyniono okulizacyję, z których jednak o Eleonorze pewności nie było czyli miała ospę naturalną albo nie. Dnia tedy 10 tegoż miesiąca wszczęła się gorączka a 11-go krosty powystępowały na wszystkie oprócz Eleonory, ta albowiem żadnej w sobie odmiany nie czuła, rany jej bez supparacyi zagoiły się. Na Maryjannie zaś pokazało się 300 krost, na Grzegorz 9, na Agnieszce 140, na Ignacym 198. Wszystkie nie bawiąc ozdrowiały i przechadzały się tak po sieniach, jako i po ogrodzie. Dnia zaś 19-go tegoż miesiąca krosty usychać zaczęły, tymczasem po czwercyjnym do tego dzieła usposobieniu, dnia 10 czerwca uczyniono okulizacyję Apolonii Koroszewskiej, 6 lat mającej, chociaż czyli już miała naturalną ospę pewności nie było. Ta podobnie, jak i in-

ne takżeż, ani gorączki, ani krost nie mając, ani odmiany żadnej w sobie uczuwszy zupełnie zdrową została.

Na ostatku miesiąca lipca już wszystkie w doskonałym zdrowiu do domów swych powracały.

Oprócz wielu rzeczy, których tym doświadczeniem pożytku i łączności okulizacyi dochodzić można, dwie nadewszystko rzeczy wiedzieć przynależy.

1) Że w tymże czasie przypadło powszechne krost wyrzucanie się, kiedy dzieci okulizowano z tym jednak wszystkim szczęśliwy skutek okulizacyja przyniosła.

2) Że wkrótce potem, gdy Maryjanna z domu macierzyńskiego na miejsce okulizacyi oddaną była, dwaj jej bracia u matki pozostali ciężko na ospę zachorowali, z których jeden w tej chorobie umarł, drugi ledwie wyzdrowiał, i to z wielką trudnością, Maryjanna zaś z przyczyny okulizacyi nietylko zupełnie odebrała zdrowie, ale nawet twarz jej w kształcie swoim żadnej nie odniosła szkazy.

To wszystko dostatecznie opisali pomienieni medykowie w językach: polskim, francuzkim, łacińskim. Świadcami zaś tego wszystkiego są medykowie i chirurgowie warszawscy w swojej sztuce biegli, którzy umyślnie do szpitala przychodząc na to wszystko własnymi oczyma zapatrywali się.

Spodziewamy się więc, iż i Bóg dalej zaczętemu dziełu błogosławić będzie raczył, i że, przykłady tak sławne a pewne pobudzą rodziców, ażeby, zapobiegając zdrowiu i życiu dzieciak swych, tego się sposobu chwycili".

— Przyczynek do kwestyi felezerskiej.—

Z przyjemnością notujemy podany przez „Gazetę lekarską” fakt reformy pożądaney: Na klinice syfilitycznej tutejszego uniwersytetu od początku roku bieżącego **zniesiono felezerów**. Wszystkie czynności dotychczas przez nich wykonywane pełnią posługacze z zupełnem zadowoleniem lekarzy i chorych.

(Gazeta lekarska—1884)

— „Medycyna” (Nr. 6), zastanawiając się nad olbrzymią liczbą (3600) biletów odmownych, wydanych w ciągu ubiegłego roku przez szpitale warszawskie (księgi dla zapisywania chorych, którym odmówiono przyjęcia do szpitala, zaprowadzone zostały przed półtora rokiem), przychodzi do wniosku, że 1) liczba odmownych biletów w danym szpitalu odpowiada stopniowi zaufania, jakim cieszy się szpital ten u publiczności, że 2) liczba łózek w szpitalach warszawskich jest znacznie za małą.

Co się tyczy pierwszego wniosku, to wydaje się bardzo wątpliwem, czy publiczność lecząca się w szpitalach, przy wyborze jednego z nich kieruje, się wiadomością o higienicznych warunkach i t. p.

zapewne udaje się do pierwszego lepszego. Przecież temu wreszcie cyfry odmownych biletów w rozmaitych szpitalach:

szpital Dz. Jezus	wydał ich	751
„ Ś-go Ducha „ „	„ „	999
„ Ewangelicki „ „	„ „	143
„ Wolski „ „	„ „	332

Należało by tu wszakże do pewnego stopnia uwzględnić stosunek odmów do liczby łóżek, który jest raczej odwrotnym, niż prostym. Szpital Dz. Jezus mający 4 razy więcej łóżek, nie mógł dać tyleż razy więcej odpraw co szpital Ś-go Ducha.—Wreszcie w ciągu roku 1882 leczyło się w pierwszym chorych 6594, a w drugim 2569. Jeszcze więcej razi zestawienie szpitala wolskiego z ewangelickim; ostatni (70 łóżek), cieszący się dobrymi warunkami, wydał odmownych biletów 143 — podczas gdy wolski (60 łóżek) aż 332—choć jak wiadomo, nie należy bynajmniej do najlepszych.

Zdaje się, że większy wpływ na niejednakową liczbę odmów, ma niejednostajne rozmieszczenie szpitali.

Co się tyczy drugiego punktu, to przeglądając księgi odmów, zaledwie że w połowie znajdujemy jako przyczynę nie przyjęcia chorego—brak miejsca w szpitalu, a częściej spotykamy odprawy z powodów chorób, wymagających leczenia w specjalnych szpitalach, jak choroby oczów, skórne, syfilityczne, dalej cierpiecia b. przewlekłe, nie nadające się do leczenia w szpitalach, jak—ulcera atonica, emphysema senile, marasmus. Ostatni chorzy—na których „Medycyna” odlicza 15% ogólnej liczby, głównie przyczyniają się do powiększenia liczby odmów i to tem pewniej, że raporty szpitalne o stanie miejsc w szpitalach rzadko głoszą o zupełnym ich braku. Chwile największego napływu chorych są krótkie (w roku 1882 nie było ani razu braku miejsca, pomimo licznych odmów), wypadają zwykle w pewnych wiadomych porach roku — co się uwzględni przy przyjmowaniu chorych. Zdaje się nam przeto, że zamiast powiększenia liczby łóżek w szpitalach należałoby pomyśleć nad utworzeniem przytułków dla nieuleczalnych chorych wyżej wymienionej kategorii—do których bodaj czy nie należało by dołączyć więcej rozwinięte okresy suchot płucnych, (dla których zagranicą już projektują osobne „asyla”). Ostatni stanowią ogromny procent ogólnej liczby chorych, a w obec dzisiejszego stanu terapii tego cierpienia—niestety przebywają w nich bardzo długo i, zajmując miejsca — ze szkodą chorób ostrych, przyczyniają się znacznie do ewentualnego przedludnienia.

— Kol. POLAK podnosi w n-rze 47 Kuryjera warsz. nader ważną kwestyję, mianowicie projekt założenia szpitala specjalnego dla chorych piersiowych.

Mysł ta z wielu względów zasługuje na powszechną uwagę i gorące poparcie.

W skutek zwiększającej się stale liczby suchotników w naszym mieście—niewstrzymywanej niczem szybkości rozwoju zgubnego cierpienia—spoteczenieśtwo traci zbyt wielką ilość sił, i to najwięcej produkcyjnych, aby na chwilę mogło się wahać w przedsięwzięciu jakichkolwiek środków mogących przynajmniej w części zapobiedz lub wstrzymać rozwój złego.

Ani higieniczne, ani też mat. ryjalne warunki naszych szpitalów zupełnie nie nadają się dla chorych, zmuszonych przebywać w nich przez czas dłuższy, tembardziej więc dla suchotników. Brak świeżego powietrza i niemożność otrzymywania odpowiedniego pożywienia—stanowią główną i niezwalczoną przeszkodę przy leczeniu suchotników w szpitalach. Ztąd też przypadki polepszenia u tego rodzaju chorych należą do bardzo rzadkich—a zwykle nieszczęśliwi ci raz wstąpiwszy na salę szpitalną, nie opuszczają jej już więcej. Prawda, że często już sama przyroda cierpienia i daleko posunięty rozwój sprawy—paraliżują wszelkie wysiłki lekarza, nieraz jednak można by się było spodziewać pomyślnych wyników (na podstawie licznych szczęśliwych rezultatów spostrzeganych w specjalnych zakładach zagranicą, i u nas w Mieni przez kol. Dobrzyckiego), gdyby nie brak wymienionych najgłówniejszych środków leczniczych.

Z drugiej strony w obec zyskującej coraz więcej podstaw teorii zaraźliwości gruźlicy, suchotnicy, przebywając przez długi czas w szpitalu—przedstawiają, jako źródło zarazy ciągłe i groźne niebezpieczeństwo dla innych chorych, zwłaszcza takich, których narządy oddechowe—wedle dziś panujących pojęć—są skłonne do przyjęcia i rozwoju jadu gruźliczego, np. przy ostrych samoistnych nieżytach oskrzeli, jeszcze może bardziej przy nieżytach u ciężko gorączkujących i t. p.

Jak wielką uwagę zwracają na tę okoliczność zagranicą, pokazuje rozporządzenie wydane w armii pruskiej—aby wszystkich, podejrzanych choćby o cierpienie gruźlicze, natychmiast usuwano z szeregów, a w szpitalach trzymano osobno, zwłaszcza od cierpiących na inne choroby płuc.

Urządzenie osobnego szpitalu dla suchotników znajduje się wreszcie w związku z inną kwestyją, będącą obecnie na czasie, mianowicie z ewentualną potrzebą powiększenia liczby łóżek w szpitalach warszawskich. Na suchotników przypada największa liczba dni szpitalnych—oni to, zalegając licznie i przez długi przeciąg czasu sale szpitalne, znakomicie przyczyniają się do przedludnienia w szpitalach i do możliwego braku miejsca.

Kol. Polak oblicza koszt podobnego szpitala w okolicy Warszawy na 100,000 rs., a pokrycie kosztów poleca publicznej ofiarności. Projekt ten

powinien znaleźć żywe zainteresowanie w całym inteligentnym ogóle, a zwłaszcza zająć lekarzy, którzy codzien przy szpitalnej wizycie widzą swą bezsilność w obec istniejących warunków i niemożność przyniesienia skutecznej pomocy. Lekarze — jako najlepiej pojmujący omawiany projekt — powinni przejść się jego ważnością i współdziałać jego urzeczywistnieniu się — podnosząc i propagując go jak najszerzej.

— **Okazy szkodliwego wpływu dzienników.** Na skutek fałszywej pogłoski, umieszczonej w jednym z dzienników, że w szpitalu Dzieciątka Jezus znajduje się kobieta, którą jakoby wąż ssie, tłumy ludzi cisnęły się do bram tego szpitala, który stał się przedmiotem plotek bodaj całego miasta; jakaś dobroczynna pani przysłała nieomylny przepis (polewanie węża świeżą uryną), który wielokrotnie na Pińszczyźnie w podobnych razach szczęśliwie sprowadzał następstwa (!) Drugi to już raz szpital Dz. Jezus stał się przedmiotem średniowiecznej legendy; w r. 1854 bowiem wytrwał on istotne oblężenie niezliczonych tłumów, z powodu pogłoski, że przywieziono doń na operację człowieka, którego zmarły brat trzyma za rękę.

Szkodliwszem bez wątpienia jest polecenie przez szpalty innego dziennika „podręcznika homeopatycznego”, który w obec prawie zupełnego braku domowych podręczników lekarskich (?), może jakoby oddać wielkie usługi, niezależnie od tego, czy kto jest zwolennikiem homeopatii czy „allopatyi” (!). Oczywiście artykuły takie, pisane przez niespecjalistów lub przez homeopatów, są tylko w stanie opóźnić rozpowszechnienie się pomiędzy publicznością racjonalnych poglądów na lecznictwo.

— **Kongres otologiczny międzynarodowy** odbędzie się w pierwszym tygodniu września r. b. w Bazylei. Pragnący przyjąć udział czynny w odczytach i t. d., zgłaszać się powinni przed 15 maja r. b. do prezesa Burckhardt-Merian'a w Bazylei. — Do komitetu urzędującego należą oprócz prezesa: Blake z Bostonu, Dalby z Londynu, Hartmann — z Berlina, Löwenberg i Menière — z Paryża, Politzer z Berlina, Urban Pritchard — z Londynu, Roosa z New-Yorku i Sapollni z Medjolanu.

(*The Lancet* — 1884).

— **Kongres lekarski międzynarodowy** mający odbyć się w Kopenhadze, 10—16 sierpnia r. b., będzie miał oddział higieny i medycyny społecznej. Komitet zarządzający podjął wiele kwestyi pierwszorzędnej wagi i uprasza o jak najwcześniejsze nadsyłanie przyczynków do następujących mianowicie pytań:

1) Jakie środki byłyby stosowne dla zapobież-

nia nadużyciom morfiny i innych przetworów makowcowych?

2) Co wypada uczynić dla zapobiegania znacznej śmiertelności niemowląt w wielkich miastach?

3) Jak najlepiej można byłoby ograniczyć użycie wysokoku?

4) Jak urządzoną być powinna kontrola higieniczna szkół?

5) O kolonijach letnich.

6) Jakie środki dezynfekcyjne obecnie uważane być mają jako najskuteczniejsze?

7) Śmiertelność suchot płucnych w stosunku do ludności, częstość ich występowania w rozmaitych okresach życia i podług płci.

8) Wpływ gruntu na ilość wypadków chorobowych i na śmiertelność.

9) Zapobieganie gnilcowi w więzieniach i domach poprawy.

10) Zapobieganie wypadkom otrucia, zwłaszcza arszenikiem.

11) Zapobieganie epidemijom.

12) Jak w danej chwili zaradzić brakowi miejsca w szpitalach miast wielkich?

13) „Mania lucida” pod względem sądowno-lekarskim.

14) Zastosowanie rozbioru widmowego w medycynie sądowej, a mianowicie dla wykazania otrucia tlenkiem węgla.

(*Revue d'hyg. et de Police Sanitaire*. — 1884).

— **W Skierniewicach**, według doniesień gazet codziennych, stanąć ma w roku bieżącym gmach, w którym mieścić się mają: szpital, ochrona i przytułek dla nieuleczalnych. Jakkolwiek suma na to przeznaczona — 30000 rubli — jest nader małą, nie wątpimy wszakże, że budujący zwrócić uwagę na nowoczesne wymagania higieny, które nawet najskromniejszymi, a umiejętnie użytymi środkami, dają się chociaż po części wykonać.

— **Stowarzyszenie pomocy dla biednych chorych** utworzonym zostało w Kiryłowie (gub. Nowgorodskiej), w inicjatywy D-ra Landau. W obec wadliwego urządzenia opłat szpitalnych u nas, przy którym koszta kuracyjne bez względu na stopień zamożności chorych od każdego (nie zaś od gminy) zostają ściągane, bez względu nawet na nędzę rekonwalescenta, podobne stowarzyszenie wielce byłoby i u nas przydatnem, zanim nastąpi pożądana reforma w tej mierze.

— **Przykre zajście** miało miejsce w Kazańskiem towarzystwie lekarskiem, 23-go stycznia r. b. Dr. G—w, oskarżył prof. H., o otrucie 11-letniej dziewczynki chorej na różę — sz. rą maścią rtęciową.

(*Wracz* 5 — 1884).

— **Epidemija zaćmy sztucznej** prawego oka pojawiła się, według doniesień D-rów Aleksiejewa i Rejcha, u rekrutów starozakonnych, pragnących uwolnić się od służby wojskowej. Dr. Aleksiejew obserwował w szpitalu Karskim 23 tego rodzaju przypadki. (Wracz 5—1884).

— **Statystyka nocnej pomocy lekarskiej** za rok 1883 przedstawia się jak następuje:

	mężczyzn	kobiet	dzieci	ogółem
1-szy kwartał	605	1001	259	1865
2-gi „	540	840	218	1598
3-ci „	581	878	200	1659
4-ty „	610	606	257	1773
	2336	3625	934	6895

Rozwój instytucji podług lat od chwili założenia jej przedstawia się w następującej postaci:

	wizyt nocnych	w r. 1880	wizyt nocn.
w roku 1876	3616	„ 1880	6341
„ 1877	3312	„ 1881	6521
„ 1878	3571	„ 1882	6891
„ 1879	5282	„ 1883	6885

Najwięcej wypadków w ostatnim raporcie przypada na dusznicę bolesną (angina pectosis), na zaburzenia trawienia, bronchitis, wreszcie na wypadki porodu. (Gazette hebdomadaire 4—1884).

— **Piec do palenia zwłok** założono przy wydziale lekarskim uniwersytetu w Pensylwanji, dla zniszczenia szczątków po pracach anatomicznych. (Brit. med. Journal. 26 Stycznia 1884).

— **Statystyka zakładów dla obłąkanych w Austrii.** W zachodniej połowie Austro-Węgier znajduje się 21 zakładów dla obłąkanych, oprócz 5 przytułków. Ogółem mieszczą zakłady 8870 chorych. Największy zakład istnieje w Pradze (1322 łóżek chorych rocznie 1850), po nim następuje wiedeński (533 łóżek, chorych rocznie 1200). Trzeci z rzędu jest zakład kulparkowski (545 łóżek, chorych 500) mniejsze, lubo stosunkowo wielkie zakłady (270—430 łóżek) istnieją: w Ybbs, Kosmianos, w Bernie Morawskim, w Nieshard, Feldhaf, Kloster Neuberg umieszczonych jest wogóle obłąkanych 6200, w opiece domowej 16108. Co do wieku 11068 wypadków przypada na wiek 25—49 lat; na wiek do lat 10 przypada obłąkanych 650, między 10—15 rokiem 1100. Mężczyzn obłąkanych istnieje 13669, kobiet—11369. Jeden obłąkany przypada na 860 mieszkańców, (w Europie przeciętnie przypada 1—500 ludności).

(Przegląd lekarski 26 stycznia 1884),

— **Wydział czeski uniwersytetu praskiego.** D-r Maixner ma być mianowany profesorem patologii wewnętrznej i dyrektorem polikliniki w wydziale lek. czeskim. Redaktor Cas, lek. Ces. K. Chodunsky ma otrzymać posadę docenta balneologii.

(Przegląd lekarski 26-go stycznia 1894).

— **Wieczór tańczący kobiet obłąkanych przy szpitalu Dz Jezus** odbył się 19-go lutego r. b. Był to bal kostiumowy (kostjumy sprawione były przez siostry miłosierdzia). Obłąkane grały do tańca, a niektóre nawet b. dobrze. Chore w ogólności okazywały nadzwyczajne zadowolenie.

— **W szpitalu miejskim** w Odesie jeden z obłąkanych uderzył ordynującego lekarza krzesłem, tak mocno, iż tenże na kilka dni stracił przytomność.

(Wracz 5—1884).

— **Głośny odczyt** o własnościach żmij zapowiedziany był na 28 b. m. w Londynie, wygłosić go miał znany sir Jos. Fayzer, a w gronie słuchaczy znajdować się miał książę Ludwik Bonaparte.

(Brit. Med. Journal 26 Stycznia 1884).

— **Nefrektomje** wykonał 24 z. m. Wiliam Mac Ewen w Glasgow u 11-to letniej dziewczynki. Powodem do operacji posłużył ropień mięśniowy kamicie nerkowe. Pacjentka obecnie cieszy się zupełnym zdrowiem.

(Brit. med. Journ. 19 stycznia 1884).

— **„Wszechświat”** nr. 8 z d. 24-go lutego 1884. Treść: Wiszący most między Nowym Yorkiem i Brooklinem, napisał E. Paidy (z drzewor.). Nieco o znaczeniu barw w świecie zwierzęcym, napisał J. Karliński (dokończenie).— Energija, napisał Eug. Dziewulski (dokończenie).— O zmysłach, przez M. Siedlewskiego (dokończenie).— Korespondencyja Wszechświata. — Kronika naukowa — Kalendarzyk biograficzny. — Odpowiedzi Redakcyi. — Nowe książki. — Ogłoszenie.

— **Dr. Br. Poraziński** wniósł rs. 10 na poczet ofiary swej na pracownię fizjologiczną przy Tow. Lek. Warszawkiem.