

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## OD REDAKCYI.

— W roku 1885 Kronika Lekarska wydawaną będzie jak dotąd dwa razy na miesiąc z tym samym programem. Na wydawcę obranym został kol. Mączewski.

Adres Redakcyi: Chmielna Nr. 32.

Adres Administracyi: Erywańska Nr. 4a.

## I. Patologija ogólna.

417 Prof. J. SEEGEN. *Fizyologiczna podstawa dla teoryi cukromoczu. Die physiologische Grundlage für die Theorie des Diabetes mellitus. Z. f. Kl. Med. Bd. VIII. H. IV.*

Teoryje powstawania cukromoczu ściśle się łączą z pojęciami o normalnem tworzeniu się cukru w organizmie. Dość długo uważano żołądek za siedlisko choroby, sądząc, że cukier jest wytworem wadliwego trawienia. Z odkryciem przez Bernarda tworzenia się cukru w wątrobie zmieniły się i pojęcia o cukromoczu. Tworzenie się cukru uznano za normalną funkcję wątroby, a wydzielanie się tegoż w moczu za skutek chorobliwego wzmoczenia czynności lub niespotrzebowania normalnie wytworzonego cukru.

Wielkie odkrycie Bernarda, że wątroba każdego zwierzęcia, niezależnie od pożywienia, wytwarza cukier, opierało się na dwóch spostrzeżeniach: 1) w wątrobie każdego zwierzęcia bez wyjątku znaj-

dowano cukier, 2) krew wchodząca do wątroby cukru nie zawiera, a krew z niej wychodząca dawała wyraźny odczyn na cukier. Ilościowe badania Lehmana okazały we krwi wychodzącej z wątroby w 100 cz. stałych 0,8—0,9% cukru. Z początku Bernard sądził, że cukier tworzy się w wątrobie z białka krwi, lecz wkrótce już udało mu się odkryć ciało krochmalowe, które uznał za materiał, z którego cukier powstaje i nazwał je *glykogenem*.

Pavy, uczeń Bernarda, badając krew wziętą z prawego serca żywego zwierzęcia, znalazł w niej tylko ślady cukru, co naprowadziło go na myśl, że badania Bernarda nie są ściśle, ponieważ wykonywane były na nieżyjących zwierzętach, że tworzenie się cukru w wątrobie jest zjawiskiem pośmiertnem, powstałem pod wpływem zaczynu, czynnego dopiero po śmierci.

Chcąc się przekonać o tem, pogrążył wątrobę wyjętą [z zabitego zwierzęcia do gorącej wody, a następnie znalazł w niej tylko ślady cukru. Zdanie Pavy'ego znalazło wielu zwolenników, wskutek czego utrzymywało się w nauce przez długi czas. W 1877 r. Bernard przedstawił akademii nową pracę, dotyczącą się fizyologicznego tworzenia się cukru w wątrobie. Opisanie tam doświadczenia wykonane było na żywych zwierzętach, którym wyjęto wątrobę, pogrążono ją w gorącą wodę i znalaziono w niej zawsze cukier (0,23—0,24%). Po śmierci spostrzegał B. dalsze tworzenie się cukru, podobnie jak zachowuje się przez pewien czas zdolność trawienia żołądka lub kurczenia się mięśni. Uznano więc tworzenie się cukru za czynność życiową wątroby; co się zaś tyczy mechanizmu, to Bernard utrzymał dawny swój

pogląd, że cukier tworzy się z glikogenu pod wpływem diastatycznego zacyznu, podobnie jak się tworzy z krochmalu roślinnego pod wpływem diastazy. Pavy nie zgadza się z wnioskami Bernarda.— Doświadczenia jego okazują w wątrobie minimalne ilości cukru; utrzymuje więc, że wątroba nie tworzy cukru, lecz tylko asymiluje go, a jej zadaniem jest przeszkodzić nagromadzeniu się cukru w większej ilości we krwi. Każde obfitsze tworzenie się cukru w wątrobie jest sprawą chorobową, której skutkiem bywa nagromadzenie się cukru we krwi i moczu—powstaje więc cukromocz.

W monografii swej o cukromoczu Seegen przypuszcza istnienie dwóch postaci glikogenu, z których jedna tworzy się z krochmalu pokarmów, druga zaś jest wynikiem rozkładu białka. Jeżeli cukier tworzy się z pierwszej postaci — cukromocz jest słaby, w drugim razie—cięższy. Późniejsze doświadczenia autora dowiodły, że obydwie postacie glikogenu jednakowo zachowują się wobec zacyznów diastatycznych. Glikogen otrzymany z wątroby sposobem Brück'ego i poddany działaniu śliny i soku trzustkowego zamienia się w cukier, który różni się od cukru gronowego; Nasse nazwał go *ptyalosa*, a v. Mering i Musculus uważają go na identyczny z maltozą. Inaczej zachowuje się glikogen w obec kwasów; wówczas zamienia się w cukier gronowy. Cukier otrzymany z wątroby, poddany różnym próbom (dializie, fermentacji, polaryzacji), okazał się również cukrem gronowym. Pogląd więc Bernarda, że cukier w wątrobie tworzy się w ten sposób, jak cukier roślinny z krochmalu, nie wytrzymuje krytyki, ponieważ cukier otrzymany pod wpływem zacyznu jest innym, niż cukier wątrobowy.

Niemożność otrzymania czystego fermentu z wątroby jeszcze bardziej przemawia przeciw temu pogładowi. Autor utrzymuje nawet, że nie istnieje swoisty zacyzn wątrobowy, któryby działał podobnie jak

inne diastatyczne zacyzyny, a nieznaczne cukrotwórcze działanie glicerinowego wyciągu wątroby zależy od zamieniania krochmalu na cukier, którą posiadają wszystkie ciała białkowane, rozpuszczalne w wodzie. Nieznaczne działanie diastatyczne wielu tkanek dowiedzionem było już przez Lepin'a, Bernarda i innych. Autor przekonał się następnie, że cukier nie tworzy się w wątrobie pod wpływem w niej znajdujących się kwasów: mlecznego, octowego, mrówczanego.

Tożsamość cukru wątrobowego i otrzymanego zewnątrz wątroby z glikogenu za pomocą wątroby, a także istnienie energicznego zacyznu diastatycznego, dane te potłużyły Bernardowi do zbudowania teorii tworzenia się cukru z glikogenu, t. j. że ze zwiększeniem się ilości cukru zmniejsza się ilość glikogenu—nigdzie tego jednak nie dowiódł. Po przekonaniu się więc o błędności obydwóch danych Bernarda, zajął się autor sprawdzeniem, czy rzeczywiście istnieje w wątrobie powyższy stosunek między cukrem i glikogenem. W tym celu wykonał szereg doświadczeń na psach, kotach, królikach i świnkach morskich, które doprowadziły go do następujących rezultatów:

U wszystkich badanych zwierząt już pierwszy kawał wątroby, wzięty natychmiast po śmierci lub nawet za życia, bez wyjątku zawierał znaczną ilość cukru.— Ilość ta wahała się od 0,4—0,6% i stwierdza, że tworzenie się cukru jest czynnością normalną wątroby.

2) badanie dłużej leżących kawałków wątroby daje większą ilość cukru, co dowodzi, że tworzenie się cukru trwa i po śmierci.

3) ilościowe oznaczenie glikogenu w wątrobie okazało, że po śmierci u niektórych psów ilość jego nie zmniejsza się wcale, u innych dopiero po 24 godzinach, a w pierwszych godzinach po śmierci zmniejszenie ilości tegoż spostrzedz mo-

zna tylko u królików, u których ono następuje natychmiast po śmierci.

4) najważniejszym zaś wynikiem tych doświadczeń było to, że cukier wątrobowy nie tworzy się wyłącznie z glikogenu, ale bez wątpienia i z innego materiału, ponieważ cukier wątrobowy w pierwszych godzinach po śmierci tworzy się w wielkiej ilości, a ilość glikogenu wcale się nie zmniejsza.

Mering spostrzegł u młodych królików, głodzonych 5—6 dni, których wątroba nie zawierała glikogenu, we krwi 0,07—0,09% cukru. W wątrobie młodego lisa, badanego przez autora, po śmierci było tylko 0,7% glikogenu, a ilość cukru po 24 godzinach zwiększyła się do 1,98%.

Doświadczenia te dowodzą, że glikogen przyjmuje nieznaczny udział w tworzeniu się cukru, które zależy może od wprowadzonych ze krwią żyły wrotnej ciał białkowych.

Opierając się na doświadczeniach Schmidta Mühlheima, który utrzymuje, że peptonizacja ciał białkowych w żołądku odbywa się w wielkich rozmiarach, i na badaniach Plösa i Gyergai'a, którzy twierdzą, że wątroba jest głównym miejscem, gdzie się odbywają przemiany peptonu, autor przystąpił do doświadczeń, mających na celu przekonać się, czy cukier w wątrobie nie tworzy się z peptonów. Wyniki tych doświadczeń są następujące:

1) ilość cukru w wątrobie zwierząt karmionych peptonami zwiększa się o 50—200% nad zawartość normalną.

2) w wątrobie zwierząt, którym peptony wstrzyknięto do żyły wrotnej ilość cukru była 3 razy większą niż normalna.

3) wraz z zwiększeniem się ilości cukru wątrobowego, zwiększa się znacznie ilość cukru we krwi żyły wątrobowej.

4) w wątrobie zwierzęcia zabitego, w której utrzymywano życie przez doprowadzanie tętniczej krwi i którą przez dłuż-

szy czas pozostawiono w zetknięciu z peptonem ilość cukru znacznie się powiększyła.

Doświadczenia te objaśniają los peptonów, w wielkiej ilości tworzących się w żołądku i przechodzących do krwi, a nie do naczyń chłonnych. Hofmeister sądził, że przemiana ich następuje w błonie śluzowej kiszek, obecnie widocznym jest, że *wątroba jest głównym siedliskiem przemiany peptonów, a cukier jednym z ich produktów.*

Następne doświadczenia autora miały na celu określenie stopnia czynności cukrotwórczej wątroby i znaczenia tejże w ekonomii zwierzęcego ustroju. W tym celu należało oznaczyć ilość cukru, wytworzonego w wątrobie w pewną jednostkę czasu przez oznaczenie ilości cukru we krwi wchodzącej do wątroby i z niej wychodzącej. Autor otrzymał następujące wyniki:

1) cukier jest stałą częścią składową krwi, wahającą się między 0,1—0,15%.

2) krew, wychodząca z wątroby zawiera dwa razy tyle cukru, niż wchodząca do niej (krew żyły wrotnej zawiera 0,119% a żyły wątrobowej, 0,238% cukru).

3) u 3 zwierząt, ważących 7, 10 i 40 kil. w przeciągu 24 godzin przez wątroby przepłynęło 179—233—433 litrów krwi. — Jeżeli więc krew przeciętnie otrzymuje w wątrobie 0,1% cukru w wątrobie, ilość jego w przeciągu 24 godzin wyniesie 179—233—433 grammów. W 100 grm. cukru gronowego zawiera się 40 grm. C.; do wytworzenia 433 grm. cukru zużywa się zatem 173 grm. węgla, odpowiadające 323 grm. ciał białkowych. Przy absolutnej strawie mięsnej zwierzę potrzebowało więc 1300 grm. mięsa, by dostarczyć organizmowi konieczną dla wytworzenia cukru ilość węgla. Wynika stąd, że *tworzenie się cukru jest jedną z najważniejszych funkcji przemiany materii.*

Gdzie i jak następuje przemiana cukru w ustroju dotychczas nie wiadomo. Również nie znane są cele przemiany cukru,

choć nie ulega wątpliwości, że przez spalenie tegoż na kwas węglany i wodę, umożliwiają się najważniejsze zadania organizmu: tworzenie się ciepła i mechaniczna praca.

Bernard sądził, że przemiana cukru, t. j. jego spalenie odbywa się w płucach lub naczyniach włoskowatych. Autorowi wydaje się prawdopodobniejszym, że przemiana cukru odbywa się we wszystkich organach i przy każdej pracy.

*M. Hopfenblum.*

418. J. ALTHAUS. **Nowy objaw i nowa teoria bezładu ruchowego.**— *A new symptom and a new theory of locomotor ataxy.* (*The Brit. Med. Journal* Nr. 1241, r. 1884).

Nie ma prawie choroby, któraby się rozpoczynała od tak różnorodnych objawów, jak wiać rdzenia pacierzowego.— Nim wystąpi właściwy bezład, jedni chorzy użalają się na bóle gośćcowe w nogach lub krzyżu, inni na niestrawność, inni znowu na ogólne osłabienie, podwójne widzenie, nadczułość skóry i t. d. Ta to różnorodność objawów jest powodem bardzo licznych błędów, robionych przy rozpoznawaniu szczególnie początkowych okresów choroby. Po wystąpieniu właściwego bezładu, będącego objawem przeważającym uwiadu, rozpoznanie staje się daleko łatwiejszem.

Autor w celach czysto praktycznych odróżnia w przebiegu wiać trzy okresy:

1) okres początkowy czyli przed-bezładowy (*pre-ataxic*), przy którym bezład jest tak niewyraźnym, że jego wykrycie wymaga wielkiego doświadczenia.

2) okres właściwie bezładowy, przy którym obserwujemy charakterystyczny chód i

3) okres t. zw. mięśniowego pomieszania (*muscular madness*), przy którym nawet bezładowy chód jest niemożliwym z powodu zaniku mięśni lub ich nadzwyczaj nieprawidłowego działania.

Rozpoznanie wiać rdzenia pacierzowego, nietylko jest trudnem w samem

początku, ale nawet w początkach drugiego okresu choroby. W tym czasie chory nieraz jest jeszcze w stanie przejść cztery do pięciu mil angielskich piechotą bez znużenia, tak, że zdawać by się mogło, że wszystko jest w porządku. Poddawszy jednak chorego niektórym próbom, nieraz dość nawet prędko rozpoznajemy naturę cierpienia.

Do takich prób należą: stanie w jednym miejscu z nogami mocno do siebie przybliżonemi, sposób podnoszenia się z krzesła, stanie na jednej nodze lub z przymkniętymi oczami, szybkie obracanie się na około swej własnej osi, schodzenie ze schodów i t. d.

Do tych prób autor dodaje jeszcze jedną. Autorowi nieraz udało się rozpoznać wiać rdzenia pacierzowego, rozkazując choremu iść wstecz. Tabetycy już wtedy z trudnością cofają się wstecz, gdy posuwanie się ku przodowi żadnych im nie przedstawia trudności. Pięty tabetyka, gdy ten ma się cofać, zdają się być przyrośniętymi do podłogi; nie ma odwagi iść w tył, jeżeli zaś idzie, to albo pada albo też wykonywa ruchy tak dziwne, że te odrazu zwracają na się uwagę.

Zachodzi pytanie, jak można ten objaw objaśnić.

Przedewszystkiem pamiętać należy, że teoryje, odnoszące się do patogenezy wiać, a podane przez licznych autorów, nie są zgodne pomiędzy sobą. Leyden utrzymuje, że zaburzenia ruchowe, napotykanne przy wiać rdzenia, zależą od zmienionego wpływu czucia skutkiem cierpienia pęczków tylnych, a tem samem, że zmiany w czuciu są wprost proporcjonalne do stopnia bezładu. Z drugiej strony Erb utrzymuje, że bezład jest prawdziwym objawem ruchowym i jest zupełnie niezależnym od czucia, które nawet może zostać niezmienionem. Z tego powodu autor ten sądzi, że w rdzeniu istnieją specjalne włókna dośrodkowe ko-ordynacyjne. Sądzi on, że włókna te leżą albo w środkowej substancji szarej albo w bocznych

pęczkach rdzenia i że cierpienie tych dośrodkowych włókien pociąga za sobą bezład ruchowy.

Dwie te tak pomiędzy sobą różne teorie nie dają objaśnienia dla objawu, podnoszonego przez autora.

Objaśnienie to wypływa z budowy i fizjologii samego rdzenia. Wiadomo, że pęczki tylne składają się z pęczka Burdacha <sup>1)</sup>, składającego się z krótkich włókien i pęczków Goll'a <sup>2)</sup>, złożonych z długich włókien. Pęczki Burdacha łączą rdzeń z częściami zewnętrznymi resp. z zewnętrznymi wpływami; oprócz tego wysyłają one liczne włókna do substancji szarej rdzenia; nadto niektóre włókna z pęczków Burdacha dochodzą do rdzenia przedłużonego, w którym się kończą.

Pęczki Golla, składają się z długich włókien, które prawdopodobnie przeprowadzają wrażenia czuciowe do rdzenia przedłużonego.

Doświadczalna fizjologija, tycząca się rdzenia, wydała dotychczas niewielkie rezultaty. Gdyby dowiedziono, że pęczki tylne zawierają ośrodki kojarzenia ruchów, to objawy dałyby się objaśnić. Tak jednak nie jest. Goltz utrzymuje, że rdzeń pacierzowy nie posiada podobnych ośrodków, których raczej szukać należy w mózgu, a mianowicie w corpora quadrigemina, thalamus opticus i w mózdzku.

Doświadczenia Woroszyłowa nad kierunkiem dróg, po których popędy koordynacyjne dochodzą z mózgu do mięśni, pokazują, że drogi te wcale się nie znajdują w pęczkach tylnych, a w bocznych.

Z drugiej strony pamiętać należy, że wrażenia odbierane ze skóry nie są koniecznymi dla wywołania ruchów. Już Claude Bernard pokazał, że żaby mogą jeszcze pływać nawet po ściągnięciu z nich całej skóry; zdolność pływania zaś ustaje na-

tychmiast po przecięciu korzeni tylnych rdzenia. Fakt ten posiada ważne znaczenie dla przypadków bezładu ruchowego, przy których czucie nie jest zmienionem.

Skojarzone działanie nerwów ruchu i mięśni zależy od ośrodkowych zwojów mózgowych. Chodzenia i innych złożonych ruchów uczymy się od najwcześniejszej młodości przy pomocy świadomych wysiłków półkul mózgowych. W miarę, jak dziecko staje się starszem, ruchy te wymagają coraz mniej wysiłków, tak, że po pewnym czasie chodzenie staje się robotą jakby bezwiedną.

Aby jednak mózg był w stanie dokładnie wykonywać swoją pracę, potrzeba, aby w każdej chwili odbierał dokładne wiadomości o położeniu naszych członków i o naturze napotykanych przez nie przeszkód. Idąc drogą zwykłą, utartą, nie zwracamy na nią żadnej uwagi. Skoro jednak posuwamy się po nieznanach drogach, jeżeli nasza droga idzie nad brzegiem przepaści, pomiędzy przebiegającymi tu i owdzie powozami i t. d., wówczas przyzywamy zwykle w pomoc całą naszą uwagę, aby daną drogą przejść bezpiecznie. Wówczas wrażenia, dochodzące do mózgu z pęczków tylnych, już nie są wystarczającymi; wówczas przyzywamy na pomoc nasze oczy, dłonie i ramiona, aby mózg nieznaną drogę wykonać należyście. Tabetyk znajduje się zwykle w tych warunkach, o jakich dopiero była mowa. Skutkiem cierpienia przy władze pęczków tylnych rdzenia, do mózgu nie dochodzą, lub dochodzą bardzo niedokładnie wiadomości o położeniu kończyn i o naturze przeszkód przez nie napotykanych i dla tego rozmaite grupy zwojowych komórek mózgu nie mogą wywołać należytych i celowych ruchów. W tych razach harmonja, istniejąca pomiędzy kurczącymi się mięśniami a ich antagonistami, przestaje istnieć; zamiast właściwych mięśni inne zaczynają działać, co naturalnie znosi lub niewłaściwie zmienia zamierzony ruch.

Taki jest sposób powstawania bezładu

1) Pęczek zewnętrzny Niemców äusserer Keilstrang. (P. S.)

2) Pęczek wewnętrzny Niemców—Innerer Keilstrang—(P. S.).

ruchowego. Bezład statyczny autor inaczej tłómaczy.

Mózdzek uważanym jest za ośrodek równowagi ciała. Zwierzęta, którym mózdzek wyjęto, nie mogą utrzymać się na nogach, a zataczają się jakby pijane. — Zwierzęta pozbawione mózdzku, stają się podobnymi do tabetyków, chcących się utrzymać na jednej nodze lub na obu, ale z zamkniętymi oczami i t. d. Falszywe wiadomości, jakie mózdzek odbiera przez chorobliwie zmienione pęczki tylne, mogą jeszcze być w części wynadgrozone wzrokami.

Autor dodaje, że dziś jesteśmy już w stanie przyjąć za pewnik, że bezład ruchowy wywołany zostaje przez przerwanie dróg, leżących pomiędzy korzeniami tylnymi a mózgiem, skutkiem *stwardnienia* (sclerosis) pęczków tylnych; statyczny zaś bezład wywołany zostaje przez przerwanie dróg pomiędzy korzeniami tylnymi a mózdzkiem, również skutkiem stwardnienia pęczków tylnych.

H. Goldblum.

419E. PEIPER. **O wsysaniu przez płuca.** *Ueber die Resorption durch die Lungen.* Z. f. Kl. Med. Bd. VIII, H. IV.

Recklinghausen dowiódł, że wsysanie i rozprawianie płynów w organizmie skutecznia się przeważnie przez naczynia chłonne, że jamy surowicze są tylko wielkimi przestrzeniami limfatycznymi i że zdolność wsysania pojedynczych organów zależy od ilości w nich naczyń chłonnych i od związku ich z błonami surowiczymi i śluzowemi.

Układ chłonny płuc i opłucnej jest bardzo rozwiniętym, jak to dowiedli: Dybkowski i Wittich; zdolność wsysania tych organów powinna też być bardzo znaczną. Już oddawna znaną jest łatwość wsysania przez płuca gazów, nie tylko powietrza przy oddechaniu lecz i gazów trujących. W ostatnich czasach przekonano się także, że niektóre choroby zakaźne wnikają do ustroju przez błonę śluzową dróg oddechowych. — Pierwsze doświadczenia

nad wsysaniem przez płuca ciał płynnych były Wasbutzkiego (1879), który zastrzykiwał do tchawicy królikom różne płyny i następnie badając mocz doszedł do wniosku, że wsysanie i wydalanie płynów wstrzykniętych do płuc prędzej następuje przez naczynia chłonne, niż krwionośne, ponieważ pierwej je znajdował w moczu, niż we krwi; środki zaś narkotyczne i trucizny prędzej działają zastosowane przez płuca, niż inną drogą.

Autor wykonywał swe doświadczenia na psach i królikach, wstrzykując im do tchawicy lub wlewając różne płyny. Wlewanie królikowi ciepłej wody do tchawicy po 100 cm. co każde 10 minut dopiero po 70 minutach wywołało niepokojność, u psa można było wlewać w przeciągu godziny 250 szcm. bez objawów duszności. Objawy duszności występowały wcześniej przy poziomem ułożeniu zwierzęcia, niż przy pionowem. Aby przekonać się o prędkości rezorpcji różnych płynów przez płuca, użył autor do tego mocnych trucizn: jak strychninum nitricum, które w bardzo małych dawkach (0.000125) wstrzyknięte do tchawicy wywołało po 1½ minutach wzmoczenie odruchów, podskórne wstrzyknięcie podobnej ilości strychniną wywołuje wzmoczenie odruchów dopiero po 10 minutach. Po wstrzyknięciu większych dawek strychniny do tchawicy po 15—20 sekundach występują objawy wsysania, a śmierć następuje po 2—2½ minutach. Toż samo spostrzega się przy użyciu kury, atropiny i kali nitrici. Przytem działanie prędszem bywa przy pionowem ułożeniu zwierzęcia, niż przy poziomem, ponieważ przy pionowem ułożeniu płyn rozchodzi się łatwiej do najdrobniejszych oskrzeli i styka się z większą przestrzenią rezorpcyjną.

Inne doświadczenia autora dążyły do okazania prędkości wsysania w płucach przez odnalezienie wstrzykniętych substancji we krwi i w moczu. W minutę po wstrzyknięciu królikowi do tchawicy

5 sz. cm. 5<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu kwasu salicylowego w moczu otrzymał niebieskie zabarwienie z rozcieńczonym półtorachlorkiem żelaza.

Po wstrzyknięciu roztworu barwnika krwi (mieszanki krwi z wodą w równych częściach) dopiero po 40 minutach mocz stał się ciemniejszym, a w następnych minutach otrzymano wyraźny odczyn na barwnik krwi w obec znacznej ilości białka.

Powyższe doświadczenia prowadzą do wniosku, że zdolność wysysania płuc jest bardzo wielką, pręcej skutecznia się w położeniu pionowym, niż poziomem. Trucizny wywołują prędkie, prawie natychmiastowe działanie. Substancje gęściejsze wsysają się trudniej, ponieważ w moczu spostrzegają się dopiero po <sup>3</sup>/<sub>4</sub> godziny. Mleko wstrzyknięte do płuc zjawia się we krwi już po upływie minuty.

Przecięcie obustronne nerwu błędnego, współczulnego lub przeponowego nie wywiera wpływu na zdolność wysysania płuc, która nie zmniejsza się również podczas duszności, ani w stanie gorączkowym. Przy nacieczeniu zapalnym w płucach działanie wstrzykniętych trucizn wystąpiło nieco pręcej, niż w normalnym stanie, co jednak zależy może od ogólnego wyniszczenia zwierząt.

*M. Hopfenblum.*

420. Dr. S. LAACHE. **Znaczenie nowszych badań ciałek krwi ze względu na choroby anemiczne i leukemiczne.** (Z kongresu w Kopenhadze). (*D. Med. Woch. Nr. 43*).

Dzięki pracom i sposobom Vierordta, Welckera, Malassez'a, Hayema i innych badanie ciałek krwi (ich ilość, barwa i wymiar) nie przedstawia żadnej trudności.

W *bezkrwistości*, powstałej po znacznym upływie krwi ilość ciałek krwi zmniejsza się znacznie; podług Vierordta (doświadczenia na psach i królikach), zmniejszenie ich ilości więcej niż o 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, jest śmiertelnym. Autor jednak spostrzegł

zmniejszenie ich ilości aż do 30<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a Béhier nawet niżej i miliona, sądzi więc, że ilość ciałek krwi może się zmniejszać znacznie niżej od 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, a pomimo to życie zachowuje się i restitutio ad integrum jest zupełnie możliwym. Hemoglobina, której ilość po krwotokach zmniejsza się jednakowo z ilością ciałek krwi, z nowotworzeniem się tychże wytwarza się w mniejszej ilości, przeciętną więc wartość czerwonych ciałek krwi, t. j. zawartość hemoglobiny w pojedynczym ciałku krwi zmniejsza się do 70<sup>0</sup>/<sub>0</sub> i niżej.

Pod mikroskopem spostrzega się wówczas oprócz bladych ciałek krwi, wielką ilość małych ciałek—mikrocytów, które podług Quink'ego są dawnymi ciałkami, a podług Hayema—nowymi, jeszcze nie rozwiniętymi. Odnowa ciałek krwi następuje dość prędko; w 2 przypadkach autora dziennie przybywało od 50 — do 70000 czerwonych ciałek krwi.

W *bezkrwistości*, występującej w przebiegu chorób ostrych i przewlekłych, zmniejszenie się barwnych elementów krwi nie bywa znacznym. W suchotach często pomimo bladej cery chorego czerwone ciałka krwi są zupełnie normalne; natomiast zmieniają się znacznie w przypadkach nowotworów złośliwych z utratą soków ustrojowych.

W *blednicy* (chlorosis) rozróżnia autor dwie postacie:

- 1) w której czerwone ciałka krwi wcale nie są zmienione (pseudochlorosis); i
- 2) w której zmiany w ciałkach krwi są dość znaczne.

Duncan w drugiej postaci znalazł normalną ilość ciałek krwi, przy znacznym zmniejszeniu się zawartości hemoglobiny. Autor nie zgadza się z poglądem Dunкана, ponieważ spostrzegał zwykle zmniejszenie zawartości hemoglobiny, jednocześnie ze zmniejszeniem się ilości ciałek krwi; chociaż wyraźniej występuje bladość tych ciałek, a więc wyrażenie *chlorotyczne ciałka krwi* (Hayem), jest w wysokim stopniu

wymownem i dobrze rzecz określającym. Czerwone ciała krwi w blednicy bywają różnej wielkości, często bardzo małe i bardzo duże, niekiedy tak zwane olbrzymie, nieforemne; żadna jednak postać nie jest charakterystyczną. Żelazo wywiera znaczny wpływ na zwiększenie się zawartości hemoglobiny, szczególnie w większych dawkach.

*Wanaemia progressiva perniciosa* ilość ciałek krwi zmniejsza się bardzo znacznie, a zawartość hemoglobiny pojedynczych ciałek wzrasta. W przewlekłych bezkrwistościach ilość czerwonych ciałek może zmniejszyć się w większym stopniu, niż przy ostrej anemii, ponieważ organizm ma czas zastosować się do tego. Quincke w jednym przypadku postępowej bezkrwistości znalazł tylko 143000 czerwonych ciałek krwi w 1 sześć. mm., a pomimo to czynności życiowe odbywały się jeszcze przez pewien czas. Dwie są postacie tej choroby:

1) w której zmniejszenie się ilości czerwonych ciałek postępuje wciąż aż do śmierci; i

2) w której ilość czerwonych ciałek chwilowo się zwiększa.

Runeberg nazywa to *przerwanym* przebiegiem choroby (discontinuirlicher Verlauf). Niektórzy utrzymują, że przerwy owe zależą od działania środków leczniczych, a szczególnie arszeniku, który dotychczas jest najlepszym środkiem przy leczeniu tej choroby (Byrom Bramwell Warfwinge). Że żelazo nie wywiera żadnego działania, objaśnia Willcoks nadmierną ilością hemoglobiny w ciałkach krwi. Czerwone ciała krwi w postępowej anemii przedstawiają taką rozmaitość postaci i wielkości, jakiej nie bywa w żadnej innej chorobie. Od najmniejszych, aż do olbrzymich (Megaloblasten-Ehrlich) są najrozmaitsze przejścia. Quincke pierwszy zwrócił uwagę na nieforemne czerwone ciała krwi, jako na objaw stały i nazwał stan ten—poikilocytosis. Autor nie uważa tego za objaw charakterysty-

czny, ponieważ napotykał podobną różnokształtność i w blednicy. Również nie nadaje szczególniejszej wagi kulistym mikrocytom Vanlais'a i Masius'a. Czerwone ciała krwi zawierające jądro spostrzegano także wielokrotnie, jednak zdarzają się one i przy raku żołądka. Jeżeli w anemii postępowej następuje regeneracja ciałek krwi, to i w tym okresie zawartość hemoglobiny pozostaje jeszcze przez pewien czas zwiększoną. Prędkość regeneracji bywa nadzwyczaj wielką; w jednym przypadku przyrost wynosił dziennie 211,000 na 1 sześć. milim.

Charakterystyczną własnością czerwonych ciałek krwi w złośliwej postępującej anemii jest zwiększona zawartość hemoglobiny; objaw ten nie spotyka się w żadnym innym cierpieniu, a przyczyna tego dotychczas nie jest znaną.

Co się tyczy *leukemii*, to niektórzy uważają ją za cierpienie pokrewne złośliwej bezkrwistości. Jednakże czerwone ciała krwi ze względu na ich ilość i barwę nie bardzo się zmieniają, natomiast znacznie zwiększa się ilość białych ciałek krwi. Niektóre są małe, mniejsze niż czerwone, mają jedno jądro i pochodzą pewnie z gruczołów chłonnych; inne większe od czerwonych ciałek z 4-ema jądrami pochodzą ze szpiku kostnego. Są jeszcze t. zw. przejściowe ciała Neumann'a, zawierające jądro i zabarwione na brzegach. Uważać je można za niezupełnie rozwinięte czerwone ciała krwi. Arszenik jest skutecznym środkiem w leukemii wywiera on, jak twierdzi autor, niszczący wpływ na białe ciała krwi.

*M. Hopfenblum.*

#### 421. Prof. P. LANGERHANS. **Przyczynek do etjologii suchot.**

Za pomocą szczepienia udawało się dotąd wywoływać tylko ostrą prosowatą gruźlicę, nigdy jednak nie udało się otrzytać tą drogą sprawy, którą by choć trochę przypominała przewlekłe suchoty.—Lasecznik gruźliczy Kocha można na podstawie dzisiejszych danych uważać za

przyczynę ostrej prosowatej gruźlicy, ale stosunek przyczynowy jego do gruźlicy przewlekłej (pomimo nawet jego obecności) jest przedmiotem dyskusji i przyszłych poszukiwań. Należało by wykazać przedewszystkiem, co zjawia się wpraw, chory wierzchołek płuc czy też lasecznik gruźliczy. Do rozstrzygnięcia tej kwestyi może przyczynić się z jednej strony ściśle badanie przypadków świeżych i z drugiej określenie etjologicznych czynników suchot. To ostatnie ma na celu niniejsza praca.

Spostrzeżenia autora obejmują kolonię europejską na Maderze, nie są one b. liczne, ale przeprowadzone są w wyjątkowych warunkach, dających możność kontrolowania wpływów, które mogłyby być podejrzewane o stosunek przyczynowy z suchotami, resp. dających możność kontrolowania zaraźliwości suchot.

Członkowie tej kolonii znajdują się w pośredniej, albo bezpośredniej obserwacji autora przez długi szereg lat, warunki ich życia, zawsze dobre i mniej więcej jednakowe, mogły być ocenione dokładnie, wreszcie klimat miejscowości pozwala wykluczyć wpływy zaziębnienia i t. p. Przypadki suchot pomiędzy obserwowanymi przez autora osobnikami, zdarzają się często—możność bezpośredniego zarażenia istnieje. Pomimo to autor nie mógł przekonać się o zaraźliwości suchot, przeciwnie odrzuca ją i przyjmuje prawie wyłącznie szerzenie się suchot przez dziedziczenie—analogicznie do dziedziczenia raków lub hemofilii.

Wnioski swoje, przyznając zresztą, że wymagają one potwierdzenia przez szerszą liczbę spostrzeżeń, formułuje autor w następujący sposób.

Pierwszej wagi faktem jest ten, że utajone odziedziczenie, a więc przepuszczenie jednego pokolenia, jest również niebezpiecznym jak i bezpośrednio odziedziczenie. Spostrzeżenie to ma znaczenie praktyczne: tacy rzekomo (zupełnie niekiedy) zdrowi ludzie ze względu na mał-

żeństwo i dalsze szerzenie choroby powinni być uważani na równi z chorymi.

Autor zgadza się ze zdaniem, że suchotnikom należałoby zabronić zawierać związki małżeńskie. Wobec jednak tego co powiedziano wyżej o suchotach utajonych, i w obec ogromnej liczby ludzi, mogących być o to posądzonymi—zdanie takie nawet teoretycznie nie może się utrzymać.

Suchoty bywają odziedziczane nie tylko w ogóle, ale nawet ze wszystkimi odzieniami w przebiegu i z powikłaniami.—I to spostrzeżenie ma znaczenie praktyczne, mianowicie przy leczeniu członków tej samej rodziny, przy stawianiu prognozy. Te dzieci są względnie najbardziej zabezpieczone od zachorowania na suchoty, które urodziły się na długo przed zachorowaniem rodziców. Dalej dzieci urodzone po wyraźnym zachorowaniu rodziców nie są bynajmniej wystawione najbardziej na niebezpieczeństwo.

Spostrzeżenie to stoi w sprzeczności z powszechnie przyjmowanym zapatrywaniem.—W razie jego stwierdzenia, chorzy, którym urodziły się dzieci w czasie wyraźnego rozwiniętego cierpienia nie powinni sobie robić z tego powodu wyrzutów, Może ono również służyć jako uspokojenie dla tych, którzy przyszli, na świat na krótko przed śmiercią rodziców.

Wreszcie autor zwraca uwagę, co również zauważył i Aufrecht, na częstość dyfteryi u dzieci suchotników.

Autor dołącza kilka tablic rodowodów obserwowanych przez siebie rodzin; widzimy w nich powtarzające się często utajone dziedziczenia, nieraz u wszystkich dzieci, częściej u niektórych tylko członków rodzeństwa. (Tablice te powinny zwrócić uwagę na bardzo ważne, zwłaszcza przyjmując zapatrywanie autora, znaczenie wywiadów przy badaniu chorych na piersi. Nie można ograniczyć się tu na poznaniu zdrowia rodziców, ale trzeba niekiedy sięgać aż o dwa pokolenia w tył. W niżej postawionych warstwach społe-

czeństwa rzecz ta będzie bardzo trudną do wykonania, a rezultaty jej nader wątpliwe. Prz. Spr.).

*O. Hewelke.*

422. C. GIRAUDAU. **Przyczynek do nauki o raku skrytym gruczołu tarczowego.** *Contribution a l'étude du cancer latent du corps thyroïde.*

Rak gruczołu tarczowego, pierwotny lub wtórny, daje zazwyczaj początek znacznej liczbie przypadłości ciężkich, pomiędzy którymi zaburzenia w organach oddechowych i krwotoki są najniebezpieczniejszemi, sprowadzają bowiem śmierć chorego, zanim tenże zostanie przyprowadzony do stanu wycieńczenia.

Obok tego przebiegu zwyczajnego, klasycznego jeżeli tak można powiedzieć, należącego więcej do chirurgii, jest jedna forma tej dolegliwości na którą nie zwracano uwagi, a która powinna szczególnie interesować lekarzy.

Są to raki pierwotne, które rozwijają się skrycie, powoli, nie uciskając ani tchawicy, ani przewodu pokarmowego, porażają słabo gruczoły chłonne, nie owrzadzają naczyń szyi; jednym słowem nie zdradzają inaczey swej obecności, jak przez chudnięcie stopniowe, utratę siły, której nic nie objaśnia, aż do dnia w którym pojawienie się raka wtórnego w organach więcej oddalonych, nie zwróci wyłączonej uwagi na siebie.

Jeżeli nowotwór jest nieznacznej objętości, mało dostępny badaniu, wtedy może być nie zauważonym i miejsce zajęte chorobą odkrywa się tylko przy oględzinach pośmiertnych.

Dr. Mayor w 1881 r. opisał w *Bulletins de la Société anatomique* obserwację pewnej kobiety, która wstąpiła do szpitala Lariboisière z objawami nerwowemi, podobnemi do spostrzegających się często przy nowotworach mózgu. Po upływie kilku miesięcy chora nagle umarła. Oględziny pośmiertne pokazały gniazda rakowate, ściśle ograniczone w płucach i mózgu; cały zaś gruczoł tarczowy uległ ta-

kiermuż zwyrodnieniu pierwotnej natury. Żaden objaw za życia nie wskazywał na istnienie nowotworu, nieznaczny obrzęk szyi nie zwracał na siebie uwagi i rozpoznanie choroby mogło być zrobione dopiero po śmierci.

Autor podaje jeszcze jeden szczegółowy opis, niżej załączony w skróceniu, spostrzeganego przez siebie wypadku pierwotnego raka gruczołu tarczowego, wtórnego wątroby, nerek i opłucnej.

Chory lat 61, od czterech miesięcy stopniowo słabnący, przybył z objawami zapalenia opłucnej do szpitala St. Antoine, gdzie wkrótce umarł. Badanie pośmiertne wykazało następujące główne zmiany anatomiczne.

Gruczoł tarczowy nieco powiększony nie przedstawiał zrostów ze skórą, przy mocowanie do krtani nie było stałsze od normalnego. Barwy gruczoł był szarej, konsystencji znacznie powiększonej i na przekroju przedstawiał tkankę przekształconą na masę białą, gładką. Zwyrodnienie zajmowało cały gruczoł, oprócz części tylnej zrazika prawego, który posiadał wygląd normalny; przejście pomiędzy częściami zdrowymi i porażonemi nie przedstawiało wyraźnych granic, jak to spostrzega się powszechnie przy gniazdach rakowatych wtórnych. Migdałki, przełyk i krtień — były zdrowe. Gruczoły chłonne szyi nie powiększone wzięte razem, jednakże z każdej strony gruczołu tarczowego znaleziono jeden lub dwa nieco powiększone, na powierzchni przekroju mające wygląd taki, jak gruczoł tarczowy.

Wątroba zawierała liczne małe gniazda rakowate wielkości grochu, ściśle ograniczone.

W nerkach były również liczne gniazda nowotworu, ograniczone, znacznie jednak większe od znajdujących się w wątrobie.

Pozostałe narządy były wolne od nowotworu.

Badanie histologiczne wykonane na

częściach gruczołu najwięcej zwyrodnionych pokazało: że torebki zamknięte, w stanie normalnym stanowiące najgłówniejszą część składową gruczołu, były przepelnione komórkami wielkimi o dużych jądrach, uciskającymi się wzajemnie i ułożonymi bez widocznego porządku. Na niektórych miejscach preparatu, komórki te, widziane pojedynczo, przedstawiały się jako twory o postaci wielokątnej z dużym zaokrąglonym jądrem i przezroczystą protoplazmą. W miejscach mniej zajętych przez chorobę, woreczki zamknięte nie były tak przepelnione komórkami jak dopiero co opisane, posiadały one wyniosłości na wewnętrznych ściankach, niezupełnie wypełniające woreczek, pozostała przestrzeń którego napełniona była materią kolloidalną, przezroczystą, koloru żółtego.

Pomiędzy temi woreczkami, mniej lub więcej zmienionymi, znajdowano znaczne przestrzenie łączące się, pośrodku których były nagromadzone komórki embryonalne pomiędzy włóknami tkanki łącznej.— Niezależnie od tego, tak w gruczole tarczowym, jak i we wszystkich innych organach zajętych przez gniazda rakowate wtórne—znaleziono bardzo liczne fałszywe rurki (pseudo tubes), kręte, łączące się ze sobą i wysłane komórkami sześciennymi, silnie barwiącymi się na czerwono.— W niektórych rurkach komórki te wyściełały tylko ściankę i wtedy tworzyły warstwę o pojedynczych komórkach, w innych zaś wypełniały całą wewnętrzną przestrzeń rurki, aż do zniknięcia jej światła. Nakoniec wewnątrz wspomnianych przestrzeni znajdowało się kilka naczyń embryjonalnych.

Zmiany histologiczne w opłucnej, wątrobie i nerkach—były analogiczne z dopiero co opisanymi w gruczole tarczowym.

Zwyrodnione gruczoły chłonne szyi przedstawiały we wszystkich miejscach gniazda rakowate — budowy pierwotnej.

Za punkt wyjścia nowotworu autor przyjmuje komórki zamknięte gruczołu tarczowego. Główną jednak cechą opisanej postaci raka gruczołu tarczowego, mają być masy rakowate gruczołu tarczowego, gniazda rakowate opłucnej, wątroby i nerek — składając się głównie z podściółki łącznej, zawierającej komórki embryonalne nagromadzone w włóknach tkanki łącznej i fałszywe rurki (pseudotubes) napełnione komórkami cylindrycznymi. Charakterystyczny powolny i skryty przebieg cierpienia dostatecznie usprawiedliwia nazwę, daną przez autora tej odmianie raka gruczołu tarczowego (forme latente).  
*Wojciechowski.*

## II. Medycyna wewnętrzna.

423. R. GMELIN. **O dyetetycznym leczeniu cukromoczu.** (*D. Med. Woch.* Nr. 43, 44, 45, 46).

Od czasu jak John Rollo w 1797 r. dowiedział, że ilość cukru w diabetycznym moczu jest w ścisłym związku z użyciem roślinnych pokarmów, robiono wiele doświadczeń nad dyetetycznym leczeniem cukromoczu, które większego jeszcze nabrało znaczenia po przekonaniu się o nieskuteczności wszystkich środków lekarskich, używanych w tem cierpieniu.

Zasadą tego leczenia jest unikanie cukru i wszelkich pokarmów, zamieniających się w przewodzie pokarmowym na cukier, t. j. zawierających węglowodory w znacznej ilości; natomiast zaleca się używanie pokarmów, nie zawierających ich wcale, lub w małej tylko ilości. Nie można jednak zupełnie uniknąć pokarmów węglowodorych, ponieważ wszystkie pokarmy azotowe i tłuszcze zawierają je; trzeba więc starać się o to, by ogólna ilość węglowodów, przyjmowanych z pokarmami, nie przekraczała 10 lub 20 grammów na dobę. Pozwala się przyjmować wszystkie prawie pokarmy otrzymywane z państwa zwierzęcego, z wyjątkiem mleka, jako zawierającego dużo cukru mlecznego; ma-

sło, ser i śmietanka w niewielkiej ilości nie są przeciwwskazane. Szczególnie są pożyteczne następujące pokarmy: wszystkie rodzaje mięs, ostrygi, raki, ryby, jajka we wszelkiej postaci, wszystkie tłuszcze, rosoly i sosy (bez dodatku węglowodów). Z roślin dozwolone są: różnego rodzaju sałaty, szparagi, szpinak, groszek zielony, ogórki, kapusta i t. p., o ile do przyrządzenia tychże nie używa się węglowodów. Owoce, mączne potrawy, kartofle, owoce strączkowe są zupełnie wzbronione. Najtrudniej bywa dla chorych wstrzymać się zupełnie od użycia chleba; jest to jednak niezbędnem, jeżeli się chce otrzymać dobry wynik leczenia. Korzenie, kawa, herbata (bez mleka i cukru), wina, nie zawierające wielkiej ilości cukru, cognac, arak i t. p. należą do pokarmów dozwolonych. Piwo z powodu obfitej zawartości węglowodów jest wzbronionem.

Możnaby ułożyć następujący rozkład jadła dla chorych na cukromocz. Śniadanie: herbata z zimną cielęcina, jajka z masłem. Przed obiadem: buljon z jajkiem. Obiad: buljon z jajkiem, mięso wołowe z ogórkami, kotlet z sałatą, czarna kawa. Kolacja: sałata z jajkami i szynka. Do tego podczas obiadu i kolacji—wino i woda kwaskowata.

Podług nowszych poszukiwań istnieją węglowodory, które nie powiększają wydzielania cukru w organizmie; do tych należą: mannit, inulina, lewulila, inosit (Külz), gliceryna (Schultzen); nie ma jednak dotychczas wystarczających doświadczeń nad użytecznością tych środków w cukromoczu. Najlepszym środkiem zastępującym węglowodany okazały się tu napoje spirytusowe, nie zawierające cukru. Zastępcze znaczenie ma też i użycie tłuszczów, ponieważ w obec nich zmniejsza się znacznie zużycie materij białkowych i tkanek ciała. U chorych bardzo wyniszczonych używa się przeto tranu rybiego, poczynając od 2-ch łyżek dziennie aż do 10 i 12.

Przeprowadzenie podobnego leczenia

przedstawia na pierwszy rzut oka wielkie trudności. — Należy jednak wzbudzić w chorym zaufanie do tego sposobu, okazując mu rezultaty tegoż przez badanie moczu. Jeżeli chory spostrzeże znaczne zmniejszenie się cukru w moczu i poczuje już po kilku dniach poprawę ogólnego stanu, przyzwyczai się wówczas do pokarmów mięsnych, tłustych, do których z początku miał nawet wstręt. Niekiedy w przypadkach osłabienia, obrzęków i t. p. użycie węglowodów bywa przez pewien czas niezbędnem. Również i wtedy, kiedy powyższa dieta wywołuje wymioty, rozwolnienie, ubytek sił i ciała.

Co się tyczy wyników leczenia dyetyetycznego, to w wielu przypadkach cukier zupełnie zniknął z moczu; równocześnie ustąpiły i inne objawy cukromoczu. Nawet po użyciu obfitych ilości węglowodów, cukier w moczu więcej się nie zjawił. Mamy tu do czynienia więc z zupełnem wyliczeniem.

W niektórych przypadkach podczas stosowania ściśle dyetyetycznego leczenia cukru w moczu nie było; zjawił się zaś natychmiast po najmniejszym błędzie dyetyetycznym. U innych diabetyków cukier z moczu nigdy zupełnie nie ustąpił; ilość jego zmniejszyła się jednak z 7% do 2 lub 1%.

Powyższe leczenie autor stosował w 28 przypadkach w klinice w Tubindze. W 9 przypadkach cukier z moczu i inne objawy diabetyczne zupełnie ustąpiły; w 15-tu ilość cukru wydzielanego zmniejszyła się znacznie, a stan ogólny się poprawił, za ledwie w 4 przypadkach dyjeta nie mogła być przeprowadzoną. Z małemi tylko wyjątkami wszyscy chorzy dobrze ją znosili, nawet w obec ciężkich powikłań.

*M. Hopfenblum.*

424. Dr. BAELZ. **0 kąpielach ciepłych, długotrwałych Ueber permanente Thermalbäder.** — (*Berliner klin. Woch. Nr. 48*).

Przy przeglądzie rozmaitych balneologicznych prac każdego mimowoli za-

stanawia różnica poglądów rozmaitych autorów odnośnie czasu i częstości używanych kąpeli w cieplicach obojętnych.

Chociaż te kąpiele bardzo mało tylko lub wcale nie zawierają części składowych stałych, jednakże dowiedzionem jest ich działanie w wysokim stopniu podniecające; a znaczna ilość uleczonych chorých świadczy o ich skuteczności, pomimo tego, iż nawet w niezbyt oddalonych czasach były one, jakoby, nadużywane przez pozostawianie godzinami całymi w wannach.

Otóż autor, praktykując dłuższy czas w Japonii, miał sposobność stwierdzić zdanie Hebry, iż długotrwałe ciepłe kąpiele bardzo rzadko tylko wywołują zgubne następstwa i to dopiero po dłuższym czasie ich użycia.

Każdy mieszkaniec Japonii kąpie się codziennie 4 do 15 razy w kąpeli solnej lub obojętnej o ciepłocie 42 — 48° C. pozostając w takowej bardzo krótko, dla tego, iż na dłuższy pobyt nie pozwala wysoka ciepłota wody.

Szkodliwe wpływy tych kąpeli obserwuje się bardzo rzadko, i to tylko u ludzi chorych na serce lub rozdrażnienie nerwowe, albo też posiadających kručze naczynia krwionośne.

Ciekawą miejscowością jest zupełnie pierwotnie urządzony zakład zdrojowy, zwany *Kawanaka*, gdzie znajdują się źródła ciepłe obojętne, o ciepłocie 36,2 C. Woda takowych jest bez smaku i zapachu, czysta, przezroczysta; części ciała w niej zanurzone przybierają niebiesko-białą lub śnieżną barwę.

Tam przebywają chorzy, pozostając w wodzie całymi dniami, a nawet tygodniami, w pozycji nawpół leżącej, z głową mocno opartą o tył wanny, aby podczas snu ciało nie wpływało na powierzchnię wody.

Właściciel zakładu 70-cio letni starzec przepędza zazwyczaj całą zimę w wodzie i czuje się na zdrowiu znakomicie. Przy dłuższem pozostawaniu w wodzie skóra

się marszczy i obrzęka, podobnie jak u praczek.

Apetyt bywa dobry i wszystkie funkcje żywotne odbywają się należycie.

Ciepłota ciała i tętno nie podlegają żadnym zboczeniom.

Autor ani na sobie, ani też na innych nie uważał znacniejszego podniecenia przy długotrwałej kąpeli, jakie bywa zazwyczaj przy — krótkiej.

Spostrzeżenia radykalnego uleczenia niektórych chorób nasunęły mu myśl, czy by i w europejskich cieplicach w niektórych chorobowych przypadkach nie stosować długotrwałych kąpeli, zwłaszcza, że wanny bardzo łatwo można urządzić w taki sposób, iżby woda w nich zachowywała ciągle jednostajną ciepłotę. Autor wylicza następujące choroby, jako nadające się do takiego leczenia: gościec stawowy i mięśniowy i inne chroniczne cierpienia organów ruchu, oparzenia, trudno gojące się owrzodzenia i rany, choroby organów płciowych żeńskich i jamy miednicy, porażenia i inne choroby nerwów, wyprysk, bąblica etc. Czas pozostawiania w kąpeli powinien być zastosowany do danego przypadku — od kilku godzin aż do tygodnia. Najlepsze rezultaty leczenia autor widział przy chronicznych chorobach stawów, gdzie oprócz długotrwałych kąpeli stosował mięsienie. Tak samo jak w cieplicach obojętnych system długotrwałych kąpeli może być zastosowany i do cieplic słonych, a jako średnią ciepłotę należy przyjąć — 36 — 37° C.

*C. Stiche.*

425. LOEWENBERG. **O naturze i leżeniu ozeny.** *De la nature et du traitement de l'ozéne.* (*L'Union Med. Nr. 164, 167, 170 — 1884 r.*)

Badanie rynoskopijne dało wyniki następujące: znaczne ścieńczenie błony śluzowej nosa i zanik muszli nosowych, zwłaszcza dolnej, i znaczne wskutek tego rozszerzenie pojemności jamy nosowej. Przy ozeniu nie ma zupełnie owrzodzeń błony śluzowej, jak mniemano, tylko zanikła

błona śluzowa pokrytą bywa strupami silnie do niej przystającymi i wydającymi charakterystyczną woń.

Dla wyjaśnienia przyczyny powodującej te zmiany autor zajął się zbadaniem drobnowidzowem wydzieliny i znalazł charakterystyczny grzybek, który uważa za przyczynę ozeny. Jest to duży grzybek, przedstawiający się jako diplococcus, zwykle ugrupowany w łańcuchy, przytem zawsze nieruchomy. Grzybki mają formę zwykle owalną (sferoid lub elipsoid). Przy silnych powiększeniach ( $\frac{1}{18}$  Hart. homog. imm) autor dostrzegał w pośrodku pas poprzeczny bardziej jasny, który uważa za początek dzielenia się grzybka. Długość grzybka wynosi 1, 1  $\mu$  do 1, 65  $\mu$ . Wyniki badań autora różnią się znacznie od rezultatów otrzymanych przez M. B. Fraenkel'a, który znalazł:

- 1) małe grzybki.
- 2) tylko w nieznacznej ilości duże grzybki.
- 3) laseczniki.
- 4) duże pałeczkowate twory.

Autor objaśnia powyższą różnicę tem, że Fraenkel nie badał bezpośrednio wydzieliny błony śluzowej, ale wydzielinę zebraną z tamponów, które dłuższy czas pozostawały w jamie nosowej. Na tamponie takim musiały się naturalnie rozwijać zarodniki innych gatunków, które przypadkiem tam dostały się z powietrza, a znalazłszy odpowiedni grunt, rozwinęły się. Był to zatem rodzaj kultury sztucznej.

Autor hodował znalezione grzybki w płynach odżywczych, lecz nie udawało mu się otrzymać czystej hodowli, przeważnie rozwijały się inne grzybki, i dopiero przy użyciu galarety z agar-agar udało mu się dostać zupełnie czyste hodowle. Charakterystyczne dla ozeny grzybki znajdował autor u wszystkich chorych na błonie śluzowej połyku w zlepkach śluzu tamże się znajdujących.

Dla rozwoju grzybków w jamie nosowej przypuszcza autor konieczność pe-

wnej zmiany patologicznej, już to w budowie tejże, już to w zmianie wydzieliny błony śluzowej.

Stan ogólny chorych przy ozenie w ogóle bywa nieświeży, co zależy nietylko od wdechania gazów, powstających przy rozpadzie strupów, lecz i od połykania tychże, zwłaszcza przy wytwarzaniu się strupów na błonie śluzowej połyku. Naturalnie, że ozena jest chorobą zaraźliwą, lecz dla udzielenia się jej potrzebne są pewne warunki sprzyjające rozwojowi grzybka, w przeciwnym bowiem razie choroba się nie rozwine.

Co się tyczy komplikacji, to autor ani razu nie spostrzegał chorób uszu, jak to się często zdarza przy innych chorobach nosa.

Rozpoznać chorobę przy pomocy mikroskopu można bardzo łatwo już we wczesnych okresach, przed wystąpieniem znanych charakterystycznych objawów, a także można tą drogą odróżnić ozenę prostą od przymiotowej.

W końcu opisuje autor swoją metodę leczenia, która za wsze dawała mu zadawalniające rezultaty. Wychodząc z punktu widzenia pasorzytniczego początku choroby, zaleca L. dokładne przemywanie nosa słabym roztworem sublimatu (9 na 1000 części wody), przechodząc do coraz mocniejszego w miarę przyzwyczajania się chorego. Metoda autora składa się z trzech czynności zastosowanych jedna po drugiej.

1) natrysk nosowy, wykonany zwykłym sposobem.

2) ażeby nietylko dolna część jamy nosowej była w zetknięciu z roztworem sublimatu, autor zaleca urządzić tak zwaną kąpiel nosową, mianowicie każe choremu przegiąć głowę w tył tak, by zewnętrzne otwory nosowe były skierowane zupełnie ku górze i poziomo; poczem, przy mocnem oddychaniu, a jeszcze lepiej przy wymawianiu litery *a*, wlewa w jeden z otworów roztwór dopóty, dopóki ten nie zacznie wypływać z drugiego. Po do-

konaniu tych dwóch czynności przechodzi do 3) wdmuchiwania proszku kwasu borowego, przytem każe chremu również wymawiać *a*, a to w celu, żeby podniebienie miękkie zamknęło tylne otwory nosowe i przeszkodziło przedostawaniu się wdmuchiwanego proszku do krtani.

W samych początkach choroby zaleca autor działanie więcej energiczne, mianowicie przypalanie błony śluzowej za pomocą galwano-kauteru.

*W. Mączewski.*

### III. Chirurgija.

426. GUYON. **O wrażliwości pęcherza moczowego na dotyk i rozciąganie w stanie fizjologicznym i patologicznym.** Lekcja kliniczna w szpitalu Necker. (*Annales des organes génito-urinaires* Nr. 2).

Wrażliwość pęcherza na dotyk i rozciąganie — niejednakową jest zarówno w zdrowym pęcherzu jak i w zmienionym patologicznie.

W zdrowym pęcherzu wrażliwość na dotyk jest nadzwyczaj małą, czego dowodzi możność zatrzymywania, dosyć stosunkowo, wielkich ilości moczu bez uczucia potrzeby moczenia. Podobniez obojętnie zachowuje się pęcherz w obec znajdujących się w nim kamieni i zzewnątrz wprowadzonych ciał obcych, jak np. cewników, „*bougies conductrices*”, wprowadzanych przy uretrotomii wewnętrznej. Co do kamieni musimy zrobić zastrzeżenie, że nie drażnią one wcale zdrowego pęcherza, dopóki są nieruchome, przy ruchach zaś gwałtowniejszych, np. jeździe konnej, kamień ślizgając się wywołuje drażnienie; zdaje się jednak, że niezbyt wielkie, kiedy tak ogromne kamienie spotykamy przy litotrypsjach. Jednym słowem wrażliwość zdrowego pęcherza na dotyk równa się prawie zeru. Nie możemy tego powiedzieć o wrażliwości pęcherza na rozciąganie. Najmniejsze na-

wet stopnie rozciągnięcia moczem jest już jak wiadomo bardzo przykrem.

W stanie patologicznym pęcherz staje się jeszcze więcej czułym na dotyk: mocz nawet drażni jego ścianki i powoduje częste moczenie; tem więcej bólów sprawia wprowadzenie cewnika i obecność kamienia.

Jeszcze wrażliwszym jest pęcherz w stanie zapalnym na rozciąganie; czego dowodzi między innymi ta okoliczność, że chory uśpiony pod chloroformem zachowuje się spokojnie w czasie kruszenia kamienia, a kurczy się i wije przy pąpowaniu odłamków (metodą Bigelowa). Autor kładzie szczególny nacisk na ból przy rozciąganiu pęcherza, może on bowiem stać się bodźcem wywołującym przekrwienie (zaczerwienienia twarzy przy neuralgijach), które ze swej strony może pogorszyć zapalenie, a nawet wywołać takowe; znane są bowiem wypadki, w których proste ostre jednorazowe zatrzymanie moczu wywoływało zapalenie pęcherza.

Widzimy ztąd, jak trzeba być ostrożnym przy stawianiu wskazań do wstrzykiwań płynów do pęcherza, bądź w celu przemycia takowego; bądź w celu podziałania na błonę śluzową.

Guyon radzi nawet przy ostrych poczynających się zapaleniach i przy wielkiej bolesności pęcherza w ogóle wstrzykiwań zaniechać, gdyż wstrzykiwania w takich razach pobudzają pęcherz do nadmiernego skurczu, co czasem może się stać bardzo niebezpiecznem dla chorego. Na dowód przytacza autor przypadek, w którym przy wielkiej bolesności pęcherza wstrzyknął, po zachloroformowaniu chorego, niewielką stosunkowo ilość płynu przeciwgnilnego, co wywołało skurcz tak gwałtowny, że ściany pęcherza pękły i chory umarł.

Nie przedstawia takiego niebezpieczeństwa i nie jest tak bolesnem rozciąganie pęcherza rozwijające się zwolna u ludzi starych przy chronicznem zapaleniu jakie np. ma miejsce przy przeroście gr. kroko-

wego. Zależy to od zmniejszonej kurczliwości ścian pęcherza wskutek rozwijającego się tłuszczowego zwyrodnienia mięśni.

*J. Garbowski.*

427. Dr. Paul REICHEL. **Przyczynek do rozpoznawania i leczenia niedrożności jelit.** (*Deutsche Medizin Zeit.* 1884—Nr. 92, 93, 94).

Trzy są przyczyny wywołujące niedrożność jelit: 1) ucisk jelit, 2) zatkanie światła ciałami obcymi i 3) organiczne zmiany ścian kiszek. Do pierwszej grupy należą uwięźnięcia, spowodowane różnego rodzaju guzami, które ciężarem swoim uciskają jelita, i tym sposobem zamykają ich światło. Skonstatowanie guza w jamie brzusznej znakomicie ułatwia rozpoznanie, a usunięcie go szybko choremu ulgę sprawia. Daleko częściej ucisk powstaje z powodu błon wrzekomych. Te ostatnie, resztki dawnego zapalenia, tworzą bądź szerokie mostki między dwoma punktami ściany brzusznej lub między jednym jej punktem i jakimś narządem jamy brzusznej, bądź też dość długie pętle, między którymi, jelito łatwo uwięźnąć może.

W ogóle uwięźnięcie wewnętrzne jelit powstaje na tej samej drodze, na jakiej powstają przepukliny zaciśnięte, a mianowicie, pętla kiszek dostaje się do otworu i z powodu powiększenia się zawartości cofnąć się już nie może.

Skutki uwięźnięcia wewnętrznego bywają takie same, jakie przy przepuklinach zewnętrznych spostrzegać się dają.

Niedrożność jelit, powstająca z powodu zamknięcia światła kamieniami żółciowymi, kamykami jelitowymi, glistami, massami niestrawnymi łatwo spostrzegać się daje; massy zaś kałowe daleko ważniejszą odgrywają tu rolę. Przy wPOCHWIENIU jelit (invaginatio) rolę ciała obcego odgrywa część wPOCHWIONA; zdarza się to przeważnie u dzieci do lat 10, nie rzadko także u dorosłych. Zwężenia bliźnowate, skutki owrzodzeń przy krwawej biegunce, tyfusowych lub przymiotowych,

zauważyć się dające po większej części w kiszce grubej, a także nowotwory w ścianach kiszek przyczyniają się nieraz do zamknięcia światła jelit, (siedliskiem raka bywa przeważnie kiszka prosta, następnie kiszka esowata i ślepa).

Rozróżniamy uwięźnięcie ostre i przewlekłe. Ostra forma cechuje się raptownym napadem kolki bez wszelkiej przyczyny u człowieka dotychczas zupełnie zdrowego, jednocześnie występują wymioty. Brzuch wzdęty, bolesny, zaparcie stolca, chory coraz więcej słabnie, skóra blada, zimna, pokryta lepkiem potem, tętno coraz słabsze, w końcu występują wymioty kałowe i chory miera. Przy uwięźnięciu przewlekłym występują z początku objawy zwężenia światła kiszek, zaparcie stolca, poczem znowu występuje rozwolnienie, ból podczas stolca, kał z domieszką śluzu, czasem krwi. Jeżeli już następuje zupełne zamknięcie światła spostrzegać się dają powyżej przytaczane objawy ostrej formy.

Brak tego lub owego objawu zwłaszcza na początku choroby znacznie utrudnia rozpoznanie. Rznięcie w pewnym miejscu brzucha, powstające nagle bez widocznej przyczyny, cechuje zwykle początek ostrej formy w mowie będącego cierpienia. Chory doznaje uczucia, jakby się coś zerwało w brzuchu. Umiejszczenie bólu odpowiada zwykle miejscu uwięźnięcia. Powoli ból rozprzestrzenia się na cały brzuch i przyjmuje charakter kolki, powiększającej się z każdą chwilą. Stałym objawem uwięźnięcia bywają wymioty, występujące tem prędzej im wyżej bywa uwięźnięcie; tylko w wyjątkowo rzadkich przypadkach wymiotów nie bywa podczas całego przebiegu choroby.—Wymioty bywają z początku żółciowe, następnie kałowe, i wtenczas rozpoznanie nie przedstawia żadnych trudności. Przy rozpoznaniu cierpienia brak stolca zasługuje na szczególną uwagę. Zdarza się nieraz, że stolce nawet kilkakrotnie bywają, co jednak ma tylko miejsce przy

niezupelnej niedrożności, lub też z powodu ruchów robaczkowych dolnego odcinka jelit. Wzdęcie brzucha coraz więcej się powiększające, mało przyśpieszone tętno, ciepłota ciała nieco poniżona, nareszcie upadek sił w zupełności potwierdzają rozpoznanie. Przytoczone wyżej objawy subiektywne są dla niedrożności jelit tak charakterystyczne, że do badania obiektywnego przystępujemy litylko dla potwierdzenia i bez tego już rozpoznanego cierpienia.

Przy badaniu palcem per rectum udaje się nieraz wyczuć wpochwioną kiszkę, którą czasem tymże palcem do normalnego stanu doprowadzić można. Wlewanie znacznej ilości wody do odbytnicy ma więcej leczniczą niż rozpoznawczą wartość, gdyż nie zawsze po większej lub mniejszej ilości wody sądzić można o wysokości lub nłżkiem położeniu przeszkody.

Badanie per rectum za pomocą sondy sprawy zupełnie nie wyjaśnia i, zdaniem autora, powinno być zaniechanem gdyż zonda wchodzi w składki odbytnicy i rani takową.

Leczenie zwłaszcza z początku zasada się na użyciu środków leczniczych wewnątrz zadawanych; makowiec pierwsze tu zajmuje miejsce. Środki przeczyszczające, jako powiększające ruchy robaczkowe kiszek nie powinny być używane.— W przypadkach przewlekłych, gdzie podejrzujemy zwężenie, a nie zupełne zamknięcie światła kiszek prędzej do środków przeczyszczających uciekać się można, a i wtenczes ławatywy energicznie stosowane daleko prędzej i pewniej prowadzą do celu. Kąpiele, elektryczność, ugniatanie nie wiele korzyści przynosi.— Wlewanie większej ilości wody w odbytnicę w niektórych razach zasługuje na uwagę, lecz nie należy wartości jego przeceniać. Doświadczenia dokonane na trupach pokazują, że woda wtłaczana w odbytnicę z pewną siłą, dojść może do cienkich kiszek; bardzo jest rzeczą wątpliwą,

czy podobne zjawisko ma miejsce i u żywych, i dla tego w tych przypadkach, gdzie przeszkoda znajduje się w cienkich kiszkach za pomocą wlewania wody pomysłnych rezultatów oczekiwać nie można. W przypadkach dłużej trwających, gdzie już zgorzeli spodziewać się można, zupełnie tego rękoczyn zaniechać należy, gdyż łatwo nastąpić może przedziurawienie kiszki.

Woda, użyta do wlewania powinna być ciepłą, jeśli nie idzie o powiększenie ruchu robaczkowego, jeśli zaś brak stolca zależy od niedostatecznego kurczenia się mięśni kiszek z powodu istniejącego zwężenia zastosować należy wodę zimną. Jeżeli powyższe środki okazują się bezskutecznymi, bóleści trwają nadal, o wymioty są coraz częstsze, kałowe, przystępować należy do operacyi.

Chwila, kiedy operacyję przedsiębrać należy, w ogóle nie daje się określić; zależy ona od ogólnego stanu chorego. Należy jednak pamiętać, że, jeżeli przy stanowczem rozpoznaniu uwięźnięcia, stan chorego pomimo użycia makowca coraz się pogarsza, dłużej jak 24 godzin z operacyją czekać nie można. Wybór sposobu operowania zależy od wprawy i doświadczenia chirurga.

Do najłatwiej wykonalnych i najmniej niebezpiecznych operacyj należy nakłóćcie kiszki w kilku miejscach brzucha. Operacyja ta sprawia znaczną ulgę choremu, lecz nie nadługo. Niektórzy radzą nakłóć kiszkę grubszym trójgrańcem i zostawić rurkę przez którą nietylko gazy, lecz i płynna zawartość kiszek swobodnie wydzielać się może. Sposób Nelaton'a zasada się na utworzeniu sztucznego odbytu w prawem podżebrzu. Ma on na celu opróżnienie kanału pokarmowego, przez co następuje niby odprowadzenie (repositio) uwięźniętego jelita.

Czy odprowadzenie samo przez się może nastąpić, jest rzeczą bardzo wątpliwą, w niektórych nawet razach wprost niemożliwą. Najracyjonalniejszym i pro-

wadzącym prosto do celu rękoczymem przy niedrożności jelit jest laparotomija. Zachodzi tylko pytanie, czy zawsze po otworzeniu jamy brzusznej udaje się odnaleźć i usunąć przeszkodę. Bywają wypadki, że w samej rzeczy trudno przeszkodę odnaleźć i jeszcze trudniej usunąć, lecz wypadki takie należą do rzadkości i nie dają się przewidzieć. Autor więc radzi we wszystkich przypadkach niedrożności jelit, zaczynać leczenie od zadawania makowca; jeżeli takowy pozostaje bez skutku przystępować natychmiast do operacyi, oddaje przytem pierwszeństwo laparotomii, jeśli okoliczności na dokonanie jej pozwalają.

L. Krauze.

#### IV. Syfildologia i choroby skóry.

428. Prof. KÖBNER. **O zużytkowaniu leczniczym miejscowego przeciw-syfilitycznego działania rtęci.** *Ueber therapeutische Verwerthung der localen antisiphylitischen Wirkung des Quecksilbers.* (*Deutsche Med. Woch.*—1884 Nr. 47).

Autor sądzi, że korzyści miejscowego stosowania rtęci nie są dostatecznie uwzględnione. Sigmund już zwrócił uwagę na to, że miejscowe stosowanie plastra lub maści rtęciowej na obszerne stwardnienia syfilityczne usuwa je nieraz dość prędko, podczas gdy uprzednie ogólne leczenie okazało się bezsilnem. To samo powiedzieć można o płaskich łepieżach. Zeisl i inni przekonali się wielokrotnie, że przy podskórnych wstrzykiwaniach rtęci najwcześniej niknie wysypka specyficzna do koła miejsc, w których robiono wstrzykiwania. Nieraz zdarza się, że oddalone od miejsca wstrzykiwań wykwity pozostają bez zmiany, gdy bliższe szybko nikną. Autor przytacza tu między innymi następną charakterystyczny przypadek: leczono wcieraniami chorego z nader obfitą wysypką guziczkową, chory ten miał na grzbiecie molluscum pendulum, które przy wcieraniach omijano. Otóż umiej-

scowione na owym włókniaku dwa guziczki syfilityczne trwały bez zmiany, podczas gdy wszystkie pozostałe od 2 tygodni prawie poznikały.

Nie ulega też wątpliwości, że stwardnienie gruczołów, tak bliższych, jak i oddalonych od miejsca zakażenia, prędzej ustępują przy miejscowych wcieraniach w okolicy tych stwardnień, niż przy leczeniu ogólnem.

Uważając pozostałe stwardnienia pierwotne, jakoteż stwardnienia gruczołów i naczyń chłonnych za ogniska zakaźne, autor zaleca *metodyczne* leczenie miejscowe gniazd tych rtęcią, obok leczenia ogólnego. Leczenie miejscowe (np. wcierania miejscowe) należy prowadzić wytrwale, aż do zupełnego usunięcia pomienionych stwardnień. Jest to tem ważniejszym, że w okolicach, których gruczoły chłonne najczęściej bywają zajęte (szyjowe tylne i przednie) wcale przy zwykłej metodzie nie stosujemy wcierań. *Funk.*

429. EICHHOFF. **Etyjologia wielorakiej charłaczey zgorzeli skóry.** *Zur Aetiologie der multiplen Kochektischen Hautgangrän.* (*Deutsche Med. Woch.* 1884 Nr. 47).

Pod powyższą nazwą opisał Oscar Simon charakterystyczne cierpienie skóry w postaci zgorzelinowych owrzodzeń, zjawiające się niekiedy u wyniszczonych drobnych dzieci. Autor obserwował przed 4 laty u kachektycznego dziecka podobne cierpienie w postaci sino-czerwonych plam różnej wielkości, pęcherzy z surowiczoropną zawartością i głębokich owrzodzeń, pokrytych czarnym zgorzelinowym strupem.

W dalszym przebiegu utworzyły się owrzodzenia na obu rogówkach; sprawa trwała dwa miesiące, poczem owrzodzenia zagoiły się, pozostawiając blizny.

W ostatnim czasie spotkał autor zupełnie podobny wypadek u 1½-rocznego dziecka mocno wyniszczonego, które przed tygodniem przebyło odrę. I tu były, jak w poprzednim wypadku, plamy, pęcherze

charakterystyczne głębokie owrzodzenia, podobne do miękkich szankrów, sięgające do tkanki podskórnej, o stromych brzegach i sadłowatym dnie. Znaczna część owrzodzeń pokryta była suchym czarnym strupem. Oczy i w tym wypadku przyjmowały udział w cierpieniu i było to zapalenie łącznicy z obrzękiem powiek i obfitą ropną wydzieliną.

W tym ostatnim wypadku badanie drobnowidzowe brzegów i dna owrzodzeń wykazało obecność *grzybka*, nie różniącego się postacią i wielkością od zwykłego *trichophyton tonsurans*. Zapalenie łącznicy było również przyrody grzybkowej.— Niewinny zatem grzybek może wywołać w pewnych warunkach głębokie zniszczenie tkanek; przyczyną tego jest być może, tu brak odporności ze strony wyniszczonego ustroju.

Wyniki odpowiedniego, t. j. przeciwparazytowego leczenia były uderzające. Już po trzydniowym stosowaniu mocnej thymolo-salicylowej maści (obok środków wzmacniających na wewnątrz) wygląd owrzodzeń polepszył się znacznie, a po 8 dniach wyleczenie było zupełnem.

#### Funk.

430. H. DAUCHEZ. **O wysypkach ogólnych, powstających przy szczepieniu ospy — i o niektórych sprawach na skórze wywoływanych przez szczepienie.** *Des éruptions vaccinales généralisées (Vaccinides) et de quelques dermatoses suscitées ou rappelées par la vaccination.* — Paris 1883).

Autor postawił sobie za zadanie przedstawić dokładnie różne wysypki skórne, będące w związku ze szczepieniem ospy ochronnej, a to w celu obznajmienia z niemi szerszego koła czytelników, zdarzało się bowiem nieraz, że przeciwnicy szczepienia przytaczali je na dowód niebezpieczeństwa, jakiemu ulegają dzieci i dorośli przy wakcynacyi. Zdaniem autora wysypki te nie zależą zupełnie od jakości użytej szczepianki, lecz zdarzają się wskutek indywidualnego usposobienia danego osobnika.

Wysypki pojawiające się przy szczepieniu ospy ochronnej dzieli autor na dwie główne kategorie:

1) wysypki znajdujące się w bezpośrednim związku z wprowadzeniem zarodka wakcyny do ustroju, i

2) wysypki pośrednio od tego zależne, dla których szczepienie uważanem być musi tylko jako *causa occasionalis*.

Do pierwszych należy nadliczbowe występowanie pryszczki wakcynowych na miejscach mniej lub więcej oddalonych od miejsca zaszczepienia, przyczem powstają one albo wskutek auto-inokulacyi, albo zupełnie samodzielnie i w dosyć znacznej ilości, w połączeniu ze słabym odczynem gorączkowym. Pryszczki te mają charakterystyczny wygląd, z zagłębieniem pośrodku (umbo) i zawartość ich przeszczepiona na inne dziecko powoduje wytworzenie się takich samych pryszczków identycznych zupełnie z powstającymi przy szczepieniu ospy ochronnej. Różnica pomiędzy pryszczkami, wytwarzającymi się przy auto-inokulacyi i występującymi samodzielnie, polega tylko na tem, że te ostatnie ukazują się w tym samym czasie co i zaszczepione na ramieniu i ulegają tym samym przemianom. Przy autoinokulacyi wtórne pryszczki rozwijają się zwykle dopiero 10-go lub 14-go dnia po zaszczepieniu pierwotnych.

Wysypka ogólna przy szczepieniu nie może być zaliczoną do którejkolwiek formy ospy prawdziwej, ponieważ przy jej wystąpieniu brak jest najpierw objawów ogólnych ze strony organizmu, jak wymioty, ból krzyża, silna gorączka, następnie w żadnym przypadku nie znalazł autor ani jednego pęcherzyka na błonach śluzowych polyku, podniebienia lub łącznicy, jak to zwykle bywa przy ospie naturalnej lub wietrznej. Wreszcie tego rodzaju wysypka nie jest zaraźliwą i może być przeniesioną z jednego osobnika na drugi tylko przy pomocy szczepienia.

Rozpoznanie tej „*vaccine généralisée*” jest dosyć łatwem, ważnem zaś jest ze wzglę-

du na rokowanie, które jest zawsze pomyślnem.

Równie ważnem jest także rozróżnienie jej od wysypek przymiotowych, usadawiających się na organach moczopłciowych i około otworu stolcowego.

Występowanie ogólnej wysypki przy szczepieniu zdarza się częściej u dzieci niż u dorosłych i niezależnem jest od rodzaju szczepianki, zdarza się bowiem zarówno przy użyciu limfy humanizowanej, krwiawki i *horse-poxe* (zbieranej z koni).— Szczególniej usposobione są do tej wysypki dzieci mające wypryski (eczema), na miejscach bowiem zajętych tą sprawą chorobową występuje ona najczęściej; i dla tego też dzieciom takim w zwykłym czasie nie należy szczepić ospy ochronnej, podczas zaś epidemii trzeba zachować pewne ostrożności, mianowicie nie robić więcej jak jedno nakłócie i przytem, obłożwszy to miejsce watą, zabandażować

Do pierwszej kategorii zalicza także autor różycę, *Erythema vaccinale* (rash).— Różycę ukazują się zwykle dopiero 8 lub 11 dnia po zaszczepieniu, ukazują się ona najprzód około samych pryszczków i ztąd rozprzestrzenia się dopiero na inne okolice ciała. Zwykle po upływie 24 do 48 godzin znika nie zostawiając śladów, dzieci nie gorączkują, kataru łącznicy inośa nie bywa. Klinicznie różycę przedstawia się albo w postaci plam, albo w postaci guziczków (*erythema exsudativum*).

Przy rozpoznawaniu należy wykluczyć różycę, powstającą przy użyciu pewnych środków lekarskich, jak np. chloralu, morfiny, belladony, kubeby i innych. Następnie należy ją odróżnić od różycy przymiotowej, jakkolwiek ta ostatnia rzadko zdarza się u dzieci, jest to raczej przekrwienie całej skóry, która przytem pokryta jest plamami miedzianej barwy, nie znikającymi przy ucisku, głównie występującymi na dłoniach. Brak gorączki pozwala odróżnić różycę przy wacytacji od innego rodzaju różycowatych spraw na skórze.

Jakkolwiek *erythema vaccinale* nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa należy zawsze baczną zwracać uwagę na jej przebieg; w każdym razie dobrze jest dać dziecku ciepłą kąpiel napój kwaskowaty i bezwarunkowo zabronić wychodzić z pokoju, a przy zaburzeniach ze strony kanału pokarmowego najlepiej nieopuszczać łóżka.

Do drugiej kategorii zalicza autor choroby skórne wywołane pośrednio przez szczepienie ospy ochronnej. Tu należą: prosówka (miliaria), bąblica (pemphigus), wyprysk (eczema) i płonica (purpura). Choroby te, powiada autor, występują podczas zaszczepienia ospy ochronnej wskutek pewnego usposobienia, i rozwinęły by się prędzej lub później od jakiegokolwiek innej przyczyny. Autor proponuje nazywać je wysypkami, wywoływanymi przez szczepienie (*eruptions provoquées par la vaccination*).

Dla potwierdzenia tego zapatrywania, przytacza autor spostrzeżenie Rutger'a dotyczące się dziecka, które przechodziło bąblicę. Po zupełnem wyleczeniu takowej zaszczepił R. wymienionemu dziecku ospę, 9 dnia bąblica wystąpiła na nowo.— Nie należy oskarżać tutaj wacytyny powiada Rutger, przyczyną wystąpienia bąblicy była idiosynkrazyja dziecka”.

1) *Prosówka* (*miliaria vaccinalis*), pojawia się 8 do 12 dnia po zaszczepieniu, rzadko wcześniej, zwykle z towarzyszeniem gorączki. Wysypka przedstawia się w postaci znacznej ilości pęcherzyków wielkości ziarna prosa, na zaczerwienionej podstawie, zawierających z początku płyn przezroczysty, mętniejący z czasem. Wysypka występuje najprzód naokoło miejsc zaszczepionych, następnie przechodzi na inne okolice ciała. Po 36 do 48 godzinach pęcherzyki zasychają i po zagojeniu następuje słabe łuszczenie się naskórka, blizny nie wytwarzają się nigdy. Wysypka może występować kilkakrotnie, co przedłuża chorobę do 6 lub 8 dni. Szczepienie zawartości pęcherzyków daje zawsze wy-

nik ujemny. Dzieci, u których autor spostrzegł prosówkę były wszystkie zdrowe i dobrze rozwinięte.

2) *Bąblica* (pemphigus a vaccina), zdarza się nierównie rzadziej, niż forma poprzednia, i prawie wyłącznie u dzieci wyniszczonych. Bąblica, występująca przy szczepieniu ospy nie różni się niczem od zwykłej. Rokowanie nie jest zupełnie pomyślnem zwłaszcza u bardzo wyniszczonych dzieci. Dzieciom tego rodzaju nie powinno się szczepić ospy ochronnej; podczas epidemii zaś należy przy szczepieniu zachować wszelkie ostrożności.

3) *Wyprysk* (eczema) w okresie wakcynacyi, zdarza się również rzadko i bierze początek na około miejsc zaszczepionych, poczem może rozszerzyć się na całe ciało. Występuje najczęściej u dzieci chorych na żółty.

4) *Purpura a vaccina*, (vaccine petechiale, vaccine hemorrhagique). Autor spostrzegł tylko trzy przypadki. Pierwsze oznaki występowały 4—8 dnia, były to plamki krwawe, podobne do ukąszeń pchły, objawy ogólne i gorączka były słabego natężenia. W pęcherzykach, powstałych wskutek zaszczepienia, następowało krwawienie. Rokowanie pomyślne.

W. Mączewski.

431. UNNA. Nowy sposób leczenia rzeżączki za pomocą zgłębnika. *Eine neue Sondenbehandlung des chronischen Trippers. (Monatshefte f. prakt. Dermatologie.—1884. November).*

Metoda stosowana przez autora z powodzeniem od lat 7 przy leczeniu przewlekłego trypra jest tylko ulepszeniem dawno znanej. Przedstawia ona jednak pewne korzyści, pozwala leczyć szablonowo, bez endoskopu, ogromną większość chronicznych tryprów, rozciąga bowiem działanie na całą długość cewki, łączy przytem szczęśliwie działanie mechaniczne z chemicznem (i przeciwparazytowem).

Wyborne działanie ciężkich zgłębników metalowych przy przewlekłym try-

prze jest ogólnie znanem; usuwają one nacieczenia ścianek cewki, jako też obszernie zwężenia (weite Strikturen), i w tym ostatnim wypadku niczem nie dają się zastąpić.

Wielokrotnie próbowano wprowadzać do cewki maście ściągające na zgłębnikach, używano jednak w tym celu zgłębników sprężystych (a więc mało w chronicznym tryprze skutecznych), maść zaś ścierała się zaraz u wejścia do cewki.

W ten sposób więc cel był chybiony.

Sposób Unny polega na metodycznem wprowadzaniu ciężkich zgłębników cynowych, powleczonych maścią nie ścierającą się przy wprowadzaniu. Jedną z najlepiej działających maści ma skład następujący:

Rp. Olei cacao 100,0  
Cerae flavae 2,0 -- 5,0  
Argenti nitrici 1,0  
Balsami peruv. 2,0.

Maść to twarda, topniejąca przy ciepocie ciała, wprowadzona na zgłębniku do cewki stapia się po upływie 2 mlut i pokrywa ścianki całej cewki.

Używamy tu pomienionych zgłębników cynowych o mocnem skrzywieniu, od 15 do 26 Nr. skali francuzkiej; zgłębniki te wkładamy na chwilę do cylindra szklanego (zgiętego) napełnionego zagrzaną maścią, poczem zawieszamy dla ochłodzenia. Wprowadzamy zgłębniki raz dziennie, przechodząc, kolejno do grubszych numerów; zostawiamy je zaś w cewce od 2-ch do 15 minut, niekiedy dłużej.

Nieraz już po 4—6 wprowadzeniach następuje wyleczenie; w przeciwnym razie po parudniowym przestanku wprowadzamy znowu 4—6 zgłębników. Dwa, trzy, najwyżej cztery podobne cykle zawsze prowadzą do celu.

W niektórych wypadkach autor zmuszony był jeszcze następnie robić wstrzykiwania (Zincum sulfo-carbolicum), które, poprzednio bezskutecznie, teraz szybko sprowadziły wyleczenie. *Funk.*

## MISCELLANEA.

432 S. Lustgarten ogłasza w Nr. 47 „Wien. Med. Wochenschrift”, że udało mu się odkryć w skrawkach dwóch pierwotnych stwardnień syfilitycznych i w jednym ziarniniaku syfilitycznym—**laseczniki**, które przyjmuje za **swoiste** dla sprawy syfilitycznej. Laseczniki te podobne są do gruźliczych i oznaczają się właściwym zachowaniem się odnośnie pewnych barwników

433 **Najwłaściwszy czas do zazywania leków.** Przedmiotowi temu, niepoślednie zajmującemu miejsce w codziennej praktyce prywatnej poświęca „Midland Medical Miscelany” specjalny artykuł.—

Leki drażniące zadawane być winny po obiedzie (sól miedzi, cynku, arszeniku, żelazo), jeżeli są przepisane w wielkich dawkach, jeżeli zaś przeznaczone są do pobudzania gałązek nerwu błędnego to na czczo.—Względy chemiczne bardzo ważne mają znaczenie. Przetwory jodowe w pustym żołądku szybko się do krwi dostają, podczas zaś trawienia w zetknięciu z krochmalem i kwasami słabiej działają. Środki przeczyszczające powinny być zadawane przed jedzeniem. Wino należy używać podczas obiadu, podobnie jak żelazo i tran.

(*The medical Herald November. 1884.*)

434 **Tężeć w następstwie szczepienia limfy ospowej** opisuje Dr. Theo, który obserwował fatalny ten wypadek dwa razy (u 9-cio letniego i u 3-miesięcznego dziecka); w pierwszym przypadku groźne objawy miejscowe, gorączka i tężeć wystąpiły po upływie dni kilku, w drugim po upływie przeszło trzech tygodni. Obydwa przypadki szybko zakończyły się śmiercią.

(*Philadelphia med. Times. The med. Herald, Nov. 1884*)

435 **Stuczne wyrabianie powietrza morskiego** według Richardson'a. Odbywa się według następującego przepisu: do roztworu dwutlenka wodoru (1:10) dodaje się 1% terpentyny, jodyny do nasycenia i 2 1/2 % soli morskiej. Roztwór ten rozprasza się po pokoju za pomocą rozpylacza; ma on wytwarzać bardzo przyjemną atmosferę zawierającą dużo ozonu.

(*The medical Herald November 1884.*)

## Wiadomości bieżące.

— **Warszawskie towarzystwo lekarskie** zajęte jest od paru tygodni sprawą zapobiegania cholery, a to skutkiem odezwy p. prezydenta miasta, który tę drogę jako najpewniejszą obrał dla zorganizowania oporu grożącej epidemii. Obszerniej podamy o działalności towarzystwa—w pierwszym numerze „Kroniki”. p. r.

— **Komisje sanitarne obywatelskie rozpoczęły już swe czynności.** Nie wiemy dotychczas jakie rezultaty osiągnięte być mogą przez nie. Byłyby w każdym razie nader pożądane sprawozdania z ich czynności. Przerazające fakta słyszeć się dają od członków komitetów w brudniejszych dzielnicach funkcjonujących, jak mykwy w których niema kranów ani żadnego odpływu, a w których woda zmienia się wiadrami po wydaniu kilkudziesięciu kąpeli.

— **Dr. J. Polak. Hygiena fabryk i rzemieślnictwa**, str. 117, nakład Przeglądu Tygodniowego,

Hygiena należy u nas do najbardziej upośledzonych gałęzi medycyny. Teoretycznie nie doczekała się jeszcze przeobrażenia w naukę doświadczalną i nasi higienieści w zakresie swej działalności na tem polu nie posuwają się po za popularyzowanie, lub podawanie sprawozdań z nowszych odkryć w tej dziedzinie, nie posiadamy też podręcznika, przedstawiającego dzisiejszy stan tej nauki.

W praktyce życiowej rzecz się ma jeszcze gorzej, nie przejawili się jeszcze, powiedzieć można, zmysł higieniczny, nie poczuwamy jeszcze potrzeby koniecznej wprowadzenia wielkich i zbawiennych odkryć higieny.

Dotyczy to zwłaszcza higieny przemysłu.

Nie pochodzi to, zdaje się, bezwzględnie z lekceważenia zdrowia, w większości przypadków przyczyną jest niewątpliwie nieświadomość niebezpieczeństwa.

To też wspomniana książeczka ma na celu skierowanie uwagi na niebezpieczeństwo dla zdrowia grożące w rozmaitych gałęziach przemysłu i zwraca się zarówno do pracodawców jak i pracujących.

Dzielko Dr. Polaka nie jest oryginalnem, opiera się ono na dziełach Hirt'a, Layet'a, Eulenburg'a, Lèwy i innych—zawiera jednak szczegóły i dane miejscowe, których zebranie dostarczyło pewnie autorowi nie mało trudności.

W pierwszej części znajdujemy wyciągi z prawodawstw zagranicznych i obowiązujących u nas, dotyczących przemysłu, przeważnie fabrycznego, a także pracy kobiet i dzieci. W tym rozdziale znajdujemy pewne dane co do warunków pracy dzieci w rozmaitych fabrykach i zakładach przemysłowych u nas.

W następnym rozdziale autor przedstawia warunki higieniczne urządzenia fabryk: wybór miejsca i niezbędną ilość obszaru i światła w stosunku do liczby robotników, oraz przewietrzanie.

(Przy szczegółowym opisie rozmaitych sposobów ostatniego i używanych do tego przyrządów razi nieprzyjemnie brak rysunków, uniemożliwiający prawie zrozumienie).

Dalej podaje autor według E. Dupuy'a sposoby zabezpieczenia się od kurzu, wzięwania szkodliwych gazów i t. p., i przepisy jakiego należało wpro-

dzic w celu zabezpieczenia od wypadku ze strony maszyn w ruchu będących.

W szczegółowej części w porządku alfabetycznym, wyliczone są rozmaite gałęzie przemysłu ze zwróceniem uwagi na niebezpieczeństwo grożące w danym razie i podaniem odpowiednich środków ostrożności oraz sposobów zaradczych. Część ta opracowaną jest według prof. A. Layeta.

W dodatku wreszcie autor przedstawia stan kwestyi mieszkań tanich dla robotników u nas i za granicą (głównie w Anglii i we Francji) i pomocy lekarskiej w naszych fabrykach. Sposoby zapewnienia ostatniej przedstawiają wielką rozmaitość, i w ogóle z rozmaitych względów nie odpowiadają celowi.

Autor sądzi, że najlepiej byłoby urządzać małe szpitale przy fabrykach wyłącznie dla robotników służące (mniejsze fabryki mogłyby mieć wspólne szpitale).

Wreszcie dodane są w końcu przepisy niesienia pomocy w nagłych przypadkach, jak krwotoki, otrucia i t. p.

Co do opracowania swego — dziełko to jest, zdaje się, za obszernem (przynajmniej ze względu na tych, dla których użytku jest przeznaczonem) w części ogólnej, a za pobieżnem w części szczegółowej, nie można go uważać ani za specjalny podręcznik, ani za książkę popularną — jest to niewątpliwie wynikiem obszernych rozmiarów przedmiotu, który autor chciał przedstawić w krótkim zarysie, i chęci uszeregowania zbyt różnorodnemu kołu czytelników.

— **Z Krakowa.** W budżecie przedstawionym radzie państwa przez p. ministra skarbu podaną jest kwota 100,000 florenów na budowę gmachu uniwersyteckiego (druga rata) oraz 40,000 fl., — na budowę kliniki chirurgicznej, której koszt budowy okliczone są na 95,000 fl. Wydział krajowy ofiarował na rzecz kliniki bezpłatnie część gruntów należących do szpitala św. Łazarza.

Liczba słuchaczy w uniwersytecie krakowskim w półroczu zimowym wynosi 940, a w tej liczbie 346 medyków. (Przegląd lekarski 13-go grudnia r. b.)

— **Rozporządzenie ministerjum w Austrii w sprawie zapobiegania cholery.** Ministerjum wydało okólnik, mocą którego przyjeżdżający z Paryża podróżni nie tylko na granicy ulegać mają kontroli lekarskiej, ale po przybyciu na miejsce mają znajdować się w obserwacji u lekarzy w ciągu trzech dni pobytu bez względu na to, czy w hotelach czy w prywatnych mieszkaniach się zatrzymują.

(Allg. Wien. med. Ztg. 25-go listopada 1884)

— **Zamach na życie naczelnego lekarza przytułku dla obłąkanych w Mickleover (w Anglii),** D-ra Murray'a Lindzay'a dokonany został w końcu zeszłego miesiąca przed jednym z warjatów, który rzucił się nań z tyłu i zadał mu kilka ran ciężkich.

Chory pomieniony przez kilka lat, jako zupełnie spokojny pracował w warsztacie stolarskim przytułku, wykazuje więc ten wypadek o ile ostrożność nawet z zupełnie spokojnymi obłąkaniami jest wskazaną.

(The Brit. med. Journ. 6-go grudnia r. b.)

— **Pomnik prof. Cohnheim'a** postawiony ma być wkrótce w Lipsku. Do komitetu pomnika należą: prof. Wagner, Kibbeck, His i prof. Roy z Cambridge. Ten ostatni gorliwie stara się ażeby z Anglii znaczna summa na cel powyższy nadeszła, nie tylko chcąc aby angielski lekarzy w ten sposób godnie uczcili pamięć uczonego ale i przez wdzięczność za względy, jakie zawsze Cohnheim okazywał pracującym w jego laboratorium anglikom.

(The Brit. med. Journ. 6-go grudnia r. b.)

— **Ofiarą niesprawiedliwego sądu** padł Dr. Spitzer w Wiedniu, którego skazano na karę cielesną (!) i pozbawienie dyplomu za to, że przy odmrożeniu zastosował pędzlowanie kolodjonem jodoformowym, poczem nastąpiła zgorzel palca, którą biegli jako następstwo pędzlowania uznali. Wyrok ten wywołał oczywiście oburzenie w sferach lekarskich senat zaś apelacyjny zasięgnął opinii wydziału medycznego w Wiedniu. Fakultet orzekł, że 1) oskarżono D-ra S. o rzecz, której nie popełnił, albowiem pędzlowanie nie było kolisto wykonane, jak biegli twierdzili, ale było jednolitem na całym palcu. 2) Ponieważ nigdzie w literaturze nie ma wzmianki, iżby pędzlowanie podobny skutek wyrzucić mogło zarzut nieuctwa nie może tu być zastosowany; 3) ani twierdzenia osoby poszkodowanej, ani też osób ją ataczających nie przemawiają zatem, iżby pomiędzy pędzlowaniem, a gangreną jakiś przyczynowy zachodził związek. Zatem wydział stanowczo odpiera rzetelność oskarżenia, i senat uniewinnia go ale po niewczasie. W dniu bowiem ogłoszenia uniewinniającego wyroku znaleziono w Dunaju zwłoki D-ra Szpitzera, który nie mogąc przeżyć hańby rzucił się w nurty rzeki.

(D. Med. Ztg.—)

— **Statystyka cholery we Włoszech.** Ogólna liczba chorych od pierwszej chwili wybuchu epidemii poczynawszy do 20-go października wynosiła 21,519, z których 11,563 zmarło (czyli 53%). Liczba prowincyj epidemją zajętych wynosiła 44, liczba gmin — 772.

(Allg. Wien. med. Ztg. 25-go listopada 1884).

— **Testamenta lekarzy.** Niedawno zmarły znany nie tylko w Anglii lecz i w Europie całej Erazm Wilson napisał królewskiemu kolegium Chirurgii w Anglii legat wynoszący około dwóch milionów rubli. W Würzburgu zmarł nagle Prof. Uniwersytetu w mieście tem, H. Adelman; znaczny majątek swój zapisał w połowie uniwersytetowi w Würzburgu, w połowie zaś szpitalowi Juljusza w temże mieście.

— **Leczenie cholery w Chinach**, według jednego z europejskich zamieszkałych w tym kraju lekarzy polega głównie na nakłóciach (acu punctura) i kauteryzacji. Zwłaszcza zaś pierwszy ten środek zasłużył sobie na szczególne zaufanie nie tylko laików ale i ludzi wykształconych a w tej liczbie lekarzy chińskich którzy i Europę nawiedzali. Powiadają oni, że jad choleryczny nagromadza się w rozmaitych miejscach, a zręczny lekarz ogniska te wyorywa i daje odpływ zarazie.

(*Allg. Wiener med. Zeit.*)

— **Przykłady rzadkiej trwałości trupów.** Przytacza „*Gaillard's Monthly*“ Edward I (angielski) który umarł w r. 1307 znaleziony był w stanie zakonserwowanym po latach 463. Twarz była po części zniszczona ale oznak gnicia nie było. Ciało *Canute'a* zmarłego w r. 1077 znalezione było w r. 1766 i miało wówczas wygląd świeży. Takież wygląd posiadały w r. 1522 zwłoki Wilhelma zdobywcy i jego żony. W r. 1569 znaleziono w okolicy Aberdeea zwłoki trzech żołnierzy rzymskich zupełnie uzbrojonych (po upływie półtora tysiąca lat). W r. 1717 zabalsamowano panią Kilsytk wraz z jej dzieckiem, w r. 1796 wyglądało jej ciało jakoby tylko co do grobu złożone, podobnie jak i ciało dziecka.

*The medical Herald November. 1884*

— **Przyczynę do statystyki szepienia** ospy. W szpitalu miejskim w Sheffield przyjęto podczas epidemii r. b: 210 pacjentów ospowych; w tej liczbie znajdowało się 157 szczepionych w dzieciństwie, 4 rewaksynowanych i 49 nieszczepionych. Z liczby 157 szczepionych umarło 7, z liczby 49 nieszczepionych 14 ( $4\frac{1}{2}\%$  i  $28\frac{1}{2}\%$ ); czas trwania choroby u szczepionych powtórnie wynosił  $13\frac{1}{2}$  dni, u nieszczepionych tylko w dzieciństwie—22 dni, u nieszczepionych—42 dni.

(*The Brit. med. Journ. 6-go grudnia 1884*).

— **Kuchnie dla chorych** przychodzących założone zostają w Londynie (z początku przy jednym ze szpitali). Niektórzy z pacjentów, którym pożywny pokarm jest szybko potrzebny, dostawać będą w takowych bezpłatnie jedzenie za kartką od lekarza.

(*The Brit. med. Journ. 6-go grudnia 1884*).

— **Inicjatywa przyszłej wystawy higienicznej międzynarodowej.** New-Jorski „*Medical Record*“ z. d. 6-go grudnia podaje myśl, aby stany zjednoczone podjęły następną wystawę higieniczną międzynarodową. Powaga dziennika oraz duma amerykańców, którzy tak energicznie poparli inicjatywę

przyszłego kongresu lekarskiego w Washingtonie, nakazują przypuszczać, że inicjatywa przejdzie w życie.

(*Med. Record 6-go grudnia r. b.*)

— **Kongres międzynarodowy klimatologiczno-hydrologiczny** odbędzie się 10-go października 1885 w Biaritz.

— W Paryżu zawiązanem zostało nowe towarzystwo pod nazwą—„*La Societé obstetricale et gynécologique* pod prezydencją tymczasową prof. Pajot'a; 14 listopada odbyło się pierwsze posiedzenie w celu ułożeniu statutu.

(*Annales de Gynécologie, Listopad 1884*).

— **Felczer za lekarza.** Jednym z obwodów lekarskich powiatu Petersburskiego zarządza felczer niejaki Aleksandrow, którego „uprawa“ tytułuje doktorem i deleguje nawet do rozmaitych ważnych i samodzielnych przedsięwzięć sanitarnych jak np. zwalczanie epidemii. Dodać należy, że w sesyjach rad zarządzających znajdują się lekarze i ci uważają ten stan rzeczy jako zupełnie odpowiedni.

(*Wracz 48—1884*).

— **Szkodliwe działanie odgadywania myśli.** Dr. Rudenko komunikuje obserswację, dotyczącą 19-letniego młodzieńca nerwowego usposobienia, który nigdy poprzednio nie doświadczywszy żadnych napadów nerwowych, dostał przy wykonywaniu eksperymentów nad odgadywaniem myśli—ciężkiego napadu hystero-epilepsy, połączonego z płaczem i drgawkami całego ciała.

(*Wracz 48—1884*).

„**Wszechświat**“ Nr. 49 z dn. 7 grudnia 1884 r. T r e ś ć: Henryk Robert Goepfert, według Wortmana, napisał St. Dawid.—Torf i torfowiska, skreślił Józef Siemiradzki (dokończenie).—List prof. Szokałskiego do Redakcyi *Wszechświata*.—Mowa przy o twarciu zjazdu wygłoszona przez lorda Rayleigha, przełożył J. J. Boguski, (ciąg dalszy).—O powinowactwie chemicznem, skreślił Maksymilian Flaum, (dokończenie).—Korespondencyja *Wszechświata*.—Kalendarzyk astronomiczny.—Kronika naukowa.—Kalendarzyk bibliograficzny.—Ogłoszenia.