

# MEDYCYNĄ.

## CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{ rocznie..... rs. 5 kop. — półrocznie..... " 2 " 50 kwartalnie..... " 1 " 25	Na prowincyi { i w Cesarstwie { z przesyłką:	rocznie..... rs. 6
			półrocznie..... rs. 3

**TREŚĆ:** Z kliniki lekarskiej prof. d-ra **KORCZYŃSKIEGO** w Krakowie. Kilka słów o pneumatometrii, czyli manometrii płuc pod względem fizjologicznym i rozpoznawczym. Podał dr. **RYCHLIKI**. (Dokończenie).—Przegląd piśmiennictwa cudzoziemskiego. Stosunek chorób oddzielnych przyrządów i całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym. Przez prof. **FÖRSTER'A**. Podał w streszczeniu dr. **St. KOŚMIŃSKI**. (Ciąg dalszy).—**Ódłunek**. Służba zdrowia w wojsku tureckim. Podał dr. **J. W. (c. d.)**—**Krótkie sprawozdanie z postępu wiedzy lekarskiej za granicą**. Klejna przeciwko przyszczy. Samogwałt i histerya u młodych dzieci. Elektryczność przeciwko bezsenności. **Tayuya** przeciwko przymiotowi. O wycięciu jajnika przerodzonego w czasie ciąży. Wiad rdzenia kręgowego wskutek przymiotu. Utrata mowy wskutek przestachu. Nowy sposób operacyjnego leczenia ropni i bąblowców wątroby. Somatoskop.—**Kronika zagranicza**.—**Ogłoszenia**.

### Z KLINIKI LEKARSKIEJ

Prof. d-ra **KORCZYŃSKIEGO** w Krakowie.

#### VI.

Kilka słów o pneumatometrii czyli manometrii płuc pod względem fizjologicznym i rozpoznawczym.

Podał dr. **Władysław Rychliki**.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 29).

W oznaczeniu cech pneumatometrycznych pojedynczych chorób, trzymać się będziemy tego porządku, że przedstawimy naprzód zdanie **WALDENBURG'A**, a potem zdanie innych badaczy i wyniki własnych naszych doświadczeń.

1. **Rozedma płucowa**. Według **WALDENBURG'A** cechą pneumatometryczną rozedmy płucowej jest niedostateczność wydechowa. Występuje ona już na jaw w bardzo wczesnych okresach choroby, gdy badanie fizyczne nie okazuje jeszcze żadnych zmian przedmiotowych i czynnościowych i w tymto już okresie choroby z powodu upośledzenia sprężystości płuc, pneumatometr wykazuje niedostateczność wydechową, podczas gdy siła wdechowa jest zupełnie prawidłową, a chorzy doznają duszności tylko przy szybszem chodzeniu lub idąc pod górę. Niedostatecznością wydechową nazywa **WALDENBURG** tylko ten stan, w którym wartości wydechowe są bezwzględnie mniejsze od wdechowych. W miarę dalszego rozwoju choroby, zmniejsza się coraz bardziej parcia wydechowe i staje się o 10—40 mm. a nawet o połowę i  $\frac{3}{4}$  mniejszem od parcia wdechowego, które pozostaje w granicach prawidłowego *minimum* lub takowe nieco przekracza. W późniejszym okresie choroby z powodu przerostu mięśni wdechowych, którym przyrodą stara się pokazywać trudności oddechowe, zwiększa

się parcie wdechowe niekiedy ponad *maximum* fizyologiczne, podczas gdy parcie wydechowe z powodu trwającego lub zwiększającego się upośledzenia sprężystości płuc zawsze pozostaje mniejszem od wydechowego. Gdy jednakże przerost mięśni nie wystarcza do pokonania przeszkód oddechowych, gdy takowe słabieją i nużą się i gdy klatka piersiowa z powodu stałego ustawienia wdechowego lub niepodatności żeber nie może się należycie rozszerzać, a więc w późnych okresach rozedmy płucowej, zmniejsza się napowrót parcie wdechowe, tak, że obiedwie wartości pneumatometryczne stają się bardzo małemi.

Że w rozedmie płucowej *de regula* istnieje niedostateczność wydechu, przekonać się można bardzo łatwo za pomocą stetografu RIEGLA lub za pomocą pneumatometru; równie jednak przekonać się można, że rozróżnienie pojedynczych okresów choroby za pomocą pneumatometru wcale nie w każdym przypadku jest możebnem. Już EICHHORST potwierdzając zdanie WALDENBURG'A, że w rozedmie siła wydechu jest mniejszą od wdechowej, nadmieniał, że stopień, w jakim występuje ten odmienny tor pneumatometryczny, nie jest bynajmniej miarą choroby. BIEDERT, który niedostatecznością wydechu nazywa każde nawet względne zmniejszenie się wartości wydechowej i którego cyfry średnie z tego powodu zupełnie użyć się nie dadzą, dochodzi do wniosku, że przyczyną małych wartości wdechowych w rozedmie płuc, jest pobudzanie do kaszlu lub zatkanie słuzem drobnych oskrzeli.

Z doświadczeń naszych nabraliśmy przekonania, że w większej połowie przypadków rozedmy płucowej, parcie wydechowe jest mniejszem od parcia wdechowego. Napotykaliliśmy jednak nierzadko przypadki odstępujące od tego ogólnego prawidła, w których mimo rozedmy nie było niedostateczności wdechowej.

Dla udowodnienia tego przytoczymy dwa następujące przykłady:

a) C. lat 58, klatka piersiowa długa i płaska, obwód takowej 85 ctm. rozszerzalność 2 ctm., pojemność żywotna płuc 3000 c. sz., siła mięśniowa 20 kilgr., wysokość ciała 175 ctm. Wypuk wykazuje rozedmę płuc tego stopnia, że po stronie prawej słumienie w linii przysutkowej, sutkowej i pachowej rozpoczyna się od dolnego brzegu 7-go, 8-go i 9-go żebra, przysłuch w dolnych częściach płuc, objawy nieżyty suchego. Wartości pneumatometryczne: wdech 30, wydech 50 mm.

b) J. lat 70, o mięśniach wątłych, klatka piersiowa 90 ctm, w obwodzie; rozszerza się o 3 ctm. pojemność płuc 4200, wysokość ciała 174 ctm. Po str. prawej odgłos jawny sięga tak nisko jak w poprzednim przypadku, po lewej stronie do dolnego brzegu 5-go żebra. Nieżyt oskrzelowy jest mierny. Wartości pneumatometryczne: wdech 34; wydech 70 mm.

Możemy potwierdzić zdanie WALDENBURGA, że przy wysokich stopniach rozedmy napotyka się bardzo często znaczne parcie wdechowe przy niskiem parciu wydechowym (np. u jednego chorego parcie wydechowe wynosiło 40, parcie wdechowe 100, u drugiego wydechowe 70, wdechowe 130), lubo nie moglibyśmy się zgodzić na to, by zachowanie się takie było

prawidłem, a tem mniej, by nizkie parcie wdechowe w rozedmie świadczyło zawsze o braku kompensacyi mięśni wdechowych. Nie spostrzegając żadnego chorego z rozedmą płuc czas bardzo długi, nie możemy powiedzieć z własnego doświadczenia, jak się zachowują wartości pneumatometryczne w miarę postępu choroby, to tylko musimy nadmienić, że pewna część niedostateczności wydechowej w rozedmie płuc zależy od nieżytu oskrzelowego, gdyż przekonałiśmy się w kilku przypadkach, że po zmniejszeniu się tego nieżytu powiększało się parcie wydechowe.

2. **Suchoty płucowe.** Zachowanie się pneumatometryczne w suchotach płucowych jest zdaniem WALDENBURG'A wprost przeciwnem, aniżeli w rozedmie, a cechą jego jest niedostateczność wdechowa. Skutkiem nacieku w płucach i zrostów opłucni, które tamują swobne rozszerzanie się płuc (do czego jako moment trzeci dodamy zwiotczenie mięśni wdechowych, będące bardzo często jeżeli nie przyczyną bezpośrednią, to pośrednią rozwinięcia się suchot płucowych), wdech staje się słabszym, dosięga zaledwie najmniejszości prawidłowego wdechu, lub jest o 40—60 mm. od takowego niższym, podczas gdy siła wdechowa w początkach cierpienia jest prawidłową. Zachowanie się to, występując już w okresach tak wczesnych, że ani wysłuchem ani wypukiem nacieków szczytowych wykazać nie można, może służyć jako moment rozpoznawczy nacieków serowatych od nieżytu oskrzelowego niepowikłanego lub połączonego z rozedmą płucową. Z postępowaniem choroby maleje coraz bardziej siła wdechowa, opadając niekiedy do 10, a nawet do 5 mm., a wraz z nią i siła wydechowa, jednakowoż wydech aż do końca ma przewagę nad wdechem. Od ogólnego tego prawidła zachodzą tylko wyjątki o tyle, o ile osoby z wiotkimi mięśniami, a małymi naciekami okazują nieraz wyższe wartości pneumatometryczne, aniżeli osoby z naciekami wielkich rozmiarów, jeżeli układ ich mięsny jest jeszcze należycie rozwiniętym i o ile leczenie aparatem pneumatycznym, pobyt w górach, lub gimnastyka płuc zwiększa wartości wdechowe.

BIEDERT jako średnie wartości podaje u suchotników dla wdechu 40, a dla wydechu 81 mm., a EICHHORST potwierdzając zdanie WALDENBURG'A, podaje, że przy wczesnych okresach suchot napotykał tylko niedostateczność wdechu, w późnych zaś okresach tak wdechu jako też i wydechu.

Przypadki naszych doświadczeń nie okazują takiej pewności rozpoznawczej, albowiem prawie w mniejszej połowie przypadków mimo wyraźnych suchot płucowych, niekiedy w III-cim okresie choroby, nie stwierdziliśmy wyraźnej niedostateczności wdechowej, a niekiedy stwierdziliśmy niedostateczność wydechową. Zastanawiając się bliżej, nie możemy się nawet dziwić tym wypadkom, gdyż pomijając nawet chwiejność wartości pneumatometrycznych fizjologicznych, siła mięśni wdechowych może powiększyć tak samo wartość wdechową mimo nacieku w płucach, jak równoczesny nieżyt oskrzelowy lub rozedma, jaką przecież napotyka się często, w przewlekłych postaciach suchot, może zmniejszyć wartość wydechową, a tem samem przyczynić się do zatarcia różnicy między parciem wdecho-

wem a wydechowem. Istotnie dwa te momenty można było wykazać w większej części przypadków odstępujących od prawidła WALDENBURG'A. Za to mieliśmy możność przekonania się, że w miarę postępu choroby maleje najpierw siła wdechowa, a potem dopiero siła wydechowa.

Według własnego doświadczenia przypisywalibyśmy więc pneumatometrii w suchotach płucowych daleko więcej znaczenia pod względem kontrolowania przebiegu choroby, aniżeli pod względem rozpoznawczym, a wartość rozpoznawczą ograniczalibyśmy do przypadków niepowikłanych rozedmą płucową lub nieżytem oskrzelowym znaczniejszego stopnia.

3. Zwężenie krtani i tchawicy wywołuje niedostateczność wdechową z powodu powolnego dostawiania się powietrza do płuc i przewagi parcia powietrza zewnętrznego nad parciem powietrza zawartego w płucach. Stwierdzić ją można tak dobrze pneumatometrem jak i stetografem, a w przypadkach wątpliwych użyć jako znamienia odróżniającego duszności z powodu rozedmy płucowej od duszności wywołanej zwężeniem tchawicy.

4. Nieżyt oskrzelowy, jak twierdzi WALDENBURG i EICHHORST, zmniejsza parcie wydechowe, a więc zachowuje się tak samo jak rozedma, a całkiem przeciwnie niż suchoty płucowe. Przyczyna tego zjawiska w przypadkach ostrych tkwić ma w zatkaniu oskrzeli i w przekrwieniu płuc, w przewlekłych zaś polegać ma na uposledzeniu sprężystości płuc. W doświadczeniach naszych prawidło to stwierdziło się tylko w połowie przypadków, co zresztą łatwo pojąć, uwzględniając, że przypadki lżejsze nie mogą tak wybitnie wpływać na zmianę stosunku wartości pneumatometrycznych, jak przypadki cięższe.

5. Co do zapalenia płuc i opłucni, niemając własnych doświadczeń, powtarza tylko WALDENBURG spostrzeżenia EICHHORST'A, z których wynika, że zazwyczaj uposledzone bywają obiedwie wartości oddechowe, wdechowa zazwyczaj w wyższym stopniu aniżeli wydechowa (z powodu bolesności), że jednakże stosunek fizjologiczny (przewaga wydechu) bywa zachowanym.

Z naszych doświadczeń przekonaliśmy się, że w zapaleniu płuc badanie pneumatometryczne ma bardzo małe praktyczne znaczenie. W cięższych przypadkach podczas stanu gorączkowego z powodu częstego i krótkiego oddechu, który bardzo często potęgnje się do bezdechu, jak niemięniej z powodu kłócia, badanie pneumatometrem jest prawie niepodobnem, jakto już ocenił LASSAR. Po przełamaniu się gorączki wyniki badania są bardzo niepewne i zdaje się, że zależą od najrozmaitszych warunków, jak rozległości nacieku, zajęcia opłucni, obecności lub braku bólu, wzrostów opłucni, stopnia nieżyty oskrzelowego, zapasu sił badanego i t. p. Daleko pewniejsze, wyniki daje badanie spirometrem, gdyż prawie bez wyjątku zauważaliśmy w naszych przypadkach stopniowe zwiększanie się pojemności żywotnej płuc w miarę zmniejszania się nacieku. Przytoczymy kilka przykładów na usprawiedliwienie powyższych zdań.

1. K. M. wyrobnik, lat 42, w dwa dni po ustąpieniu stanu gorącz-

kowego w zapaleniu rozległym płuca lewego, niepowikłanem zapaleniem opłucni, jednakże opartem prawdopodobnie na tle nacieku serowatego ograniczonego do szczytu płuca lewego, okazywał bardzo małe wartości spiro- i pneumatometryczne: pojemność płuc 1800 c. sz., wydech + 20, wdech — 12, podczas gdy.

2. R. F. wyrobnik lat 58, z naciekiem zapalnym płuca lewego w takimże samym okresie i w takich samych rozmiarach, jednakowoż opartym na podstawie choroby BRIGHT'A, wykazywał pojemność płuc 4200 c. sz., wydech + 30, wdech — 16 mm.

3. S. M. lat 12, z resztkami nacieku zapalnego po stronie prawej, miała w początkach, gdy przybyła do kliniki, pojemność płuc 600 c. sz., wydech + 20, wdech — 18; po zupełnem ustąpieniu nacieku pojemność płuc podniosła się do 750, a wartości oddechowe lubo się podniosły, równoważyły się jednakże do 28.

4. K. Ł. wyrobnicą, l. 28, na 3 dni przed przełamaniem się gorączki w zapaleniu zajmującym płat dolny i średni płuca prawego miała pojemność płuc 600, wydech + 50, wdech — 120, w trzy dni po przełamaniu się gorączki, pojemność płuc 700 ctm., wydech + 44, wdech — 72, a w czasie wyraźnego rozdzielania się nacieku pojemność płuc 800 c. sz., wydech + 46, wdech — 70, a więc w ciągu całej choroby mimo braku rozedmy zauważono niedostateczność wydechową, a w miarę coraz większego oswoadzania się płuca coraz bardziej zmniejszające się wartości wdechowe.

5. M. K. lat 22. W dwa dni po przełamaniu się gorączki pojemność płuc 900 c. sz., wydech + 30, wdech — 24, w 9 dni potem, gdy nacieki zapalne w płucu ustąpiły, a wytworzyła się wypocina w jamie opłucni, mimo to pojemność płuc wynosiła 1300 c. sz., wydech + 50, wdech — 36.

Że ból przy oddechaniu uposledzać może wartości pneumatometryczne, przekonać się można z następującego przypadku: K. M. lat 34, dobrze zbudowany, o klatce piersiowej doskonale wykształconej, 89 ctm., w obwodzie środkowym mierzącej, zgłosił się do kliniki z powodu bólu w prawej połowie klatki piersiowej, który powstał skutkiem silnego stłuczenia. Wartości pneum. były dla wdechu — 8, dla wydechu + 16.

W zapaleniu opłucni i wypocinie opłucni wartości pneum. zależą w części od bólu, w części od obfitości wypociny a zresztą pomijając inne warunki uboczne i od stanu płuc i opłucni. I tak np. zauważaliśmy u 11 letniej W. Z. z zapadnięciem się prawej połowy klatki piersiowej po wypocinie w opłucni mimo ogólnej wiotkości mięśni wdech — 80, wydech + 70, a więc niedostateczność wydechową, którą tylko obecnością zrostów opłucnowych i uposledzeniem sprężystości płuc tłamać można. Przeciwnie u 23 letniego chorego J. A. z resztkami wypociny opłucni, która dobrowolnie przebiła klatkę piersiową po stronie prawej i pociągnęła za sobą zniekształcenie onej, przy pojemności płuc 2000 c. sz., wdech wynosił — 24, wydech + 34, gdyż w szczyście lewym znajdował się dawny nacieki serowaty. Z powodu rozedmy płucowej

następowej przy przewlekłej wycopinie opłucni u 45 letniego chorego D. S. zauważaliśmy niedostateczność wydechową (+ 60, — 80).

6. *Wady serca.* Wartości pneum. zdają się zależeć od obecności lub braku kompensacji i od połączonego z takowym przekrwienia płuc i nieżytu oskrzelowego, a w części od rozmiarów serca. Warunki pierwsze wpływają niekorzystnie na siłę wydechową, warunek drugi na siłę wdechową. Dlatego znajdował WALDENBURG częściej zmiany pneumatometryczne w niedomykalności zastawki dwukończystej (najczęściej upośledzenie wydechu) i w stłuszczeniu serca (upośledzenie obydwóch sił oddechowych) aniżeli w niedomykalności zastawek tętnicy głównej.

Warunki te jednakże nie wpływają tak jednostajnie na wartości manometryczne, by wpływ ich dał się naprzód oznaczyć w każdym danym przypadku. I tak zauważaliśmy u 50 letniego C. A. ze stłuszczeniem serca i następową ogólną opuchliną niedostateczność wydechową (+ 50, — 60) przy braku znacześniejszego nieżytu oskrzelowego; u chorego zaś P. M. ze stłuszczeniem serca na tle miażdżycy tętnic i ogólną opuchliną małe wartości (+ 30, — 20) mimo obecności nieżytu oskrzelowego.

7. *Choroby trzewiów brzusznych* powinny upośledzać siłę wdechową, gdy tamują działanie przepony, a siłę wydechową, gdy upośledzają czynność wydechową mięśni brzusznych, zwłaszcza prostych (*mm. recti abdominis*). I tak np. w ciąży upośledzoną jest siła wydechowa, w bolesnych cierpieniach trzewiów zostających w styczności z przeponą najczęściej siła wdechowa. Wynik badania pneumatometrycznego zależy jednak i tutaj od wielu warunków ubocznych i od stopnia, w jaki pojedyncze choroby upośledzają czyto wdech czy wydech. I tak np. przekonaliśmy się, że w puchlinach brzusznych (*ascites*) mimo ustawienia wysokiego przepony zazwyczaj upośledzoną jest siła wydechowa, a w chorobach bolesnych trzewiów brzusznych, nie stojących w styczności z przeponą, gdy ból występuje przy napinaniu mięśni brzusznych, upośledzoną jest również siła wydechowa.

---

Zestawiając ostatecznie powyższe uwagi przyznać trzeba, że lubo pneumatometryja nie ma prawa, by ją zaliczać do sposobów badania bezwzględnie pewnych i lubo nie wykazuje znaków ściśle rozpoznawczych dla każdej choroby, a tem mniej dla wszystkich przypadków pewnej choroby, przecież jest narzędziem, którego ważności w rozpoznawaniu i śledzeniu przebiegu chorób lekceważyć nie wolno. Zresztą można przypuszczać, że z czasem nowy ten sposób badania stanie się o tyle wypróbowanym, a wypadki badania o tyle w pewne prawidła ujętemi, że wyniknie ztąd korzyść nietylko dla nauki, ale i dla praktyki lekarskiej.

---

## PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA CUDZOZIEMSKIEGO.

Stosunek chorób oddzielnych przyrządów i całego ustroju do zaburzeń w przyrządzie wzrokowym.

Podał St. Kościński.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 5, 6, 7, 10 i 15).

### IV.

Stosunek chorób ustrojów moczowych do przyrządu wzrokowego.

Choroby nerek, tego głównego wydzielniczego ustroju, przeważnie regulującego skład krwi, wpływ swój na oczy w najrozmaitszy wywierają sposób. Pierwsze w tym względzie zajmuje miejsce ów zbiór spraw chorobnych, znany pod mianem choroby BRIGHTA. Zabużenie krwi z powodu utraty ciał białkowych, nagromadzenie się we krwi mocznika, nakoniec często powstający przy chorobach nerek przerost lewej komórki serca, stanowią chemiczne i fizyczne momenty, łączące objawy w przyrządzie wzrokowym z cierpieniami nerek.

W odna puchlina, dość często towarzysząca chorobom nerek, w żadnej części ciała nie występuje tak wcześnie jak na dolnych powiekach. Rychłe powstawanie tego obrzęku ułatwia nadzwyczajna wiotkość podskórnej tkanki łącznej w powiekach.

Przy długotrwałym białkomozczu, podobnie jak przy wszystkich chorobach chronicznych wycieńczających, zmniejsza się siła nastawcza oka. U osób młodych i u krótkowzrocznych, następstwa owej zmniejszonej nastawczości nie są zbyt wyraźne, stają się atoli nader dokuczliwymi u starszych i u osób nadwzrocznych. Czytanie, pisanie, szycie, w ogóle wszelka praca w blizkiej od oczu odległości jest utrudniona, a nawet niemożliwa, gdyż chorzy źle widzą w blizkich odstępach. Wiele przypadków niedosłepów przy chorobie BRIGHTA niewątpliwie odnieść należy do osłabienia akomodacji. Rozpoznanie tego rodzaju niedosłepów jest teraz nader łatwe: odpowiednie szkła wypukłe przyprowadzają ostrość wzroku do stanu normalnego.

Pierwszy M. HEYMANN w Dreźnie wykazał, że za pomocą wziernika ocznego możemy rozpoznać choroby nerek, które dawniej nieraz uchodziły bacznej uwagi spostrzegaczy. Odkrycie HEYMANNA znalazło liczne ze wszech stron potwierdzenia. Związek między chorobami nerek i cierpieniami siatkówki rozpoznano pierwotnie w typowej postaci w y r o d n i e n i a t ł u s z c z o w e g o błony siatkowej (*retinitis albuminurica*). Wkrótce atoli przekonano się, że przy chorobie BRIGHTA przytrafiają się na siatkówce nietylko owe białe, woskowate plamy lub białawe zmętnienia, połączone z wynaczynieniami lub bez takowych; ale nadto niejednokrotnie stwierdzono, że zmiany na siatkówce przy chorobie BRIGHTA polegają nieraz na rozlanem, szarawem zmętnieniu tej błony około tarczy nerwu wzrokowego, przy czem tu i owdzie małe spoztrzegano wybroczyny; w innych znów razach zmiany na siatkówce przybierały postać *retinitidis apoplecticae*, albo też przedstawiały wygląd tarczy zastoinowej. Przyznać jednakże należy, że zmiany te w stosunku do wspomnianego zwyrodnienia tłuszczowego siatkówki, są względnie dość rzadkie. Przy długo trwającej sprawie chorobnej wygląd oftalmoskopowy ulega pewnym przeobrażeniom; białe plamy jednak znajdują się zawsze w mniejszej lub większej ilości nawet wtenczas, gdy ich z początku wcale nie było.

Przerzezione chorobne zmiany na siatkówce najczęściej występują przy zaniku nerek (*Schrumpfniere*), a więc przy takich postaciach chorobnych, gdzie przy obfitem wydzieleniu i niewielkiej ciężkości gatunkowej moczu ilość białka bywa nieznaczna, gdzie obrzęki nie występują albo wcale, albo przynajmniej czasowo, gdzie więc sprawa chorobna tjeje wiele lat przy stosunkowo znośnym stanie ogólnym. Równocześnie prawie zawsze stwierdzić można mocne uderzenia serca i silne napięcie tętnicy promieniowej.

I przy ostrym zapaleniu nerek w następstwie płonicy siatkówka nieraz charakterystyczne przedstawia zmiany. Nierównie częściej cierpienie siatkówki towarzyszy przewlekłemu zapaleniu nerek, występującemu z obfitą wodną puchliną tkanki łącznej podskórnej.

Męzkowate zwyrodnienie nerek może także doprowadzić do charakterystycznych zmian na siatkówce, jak to w kilku stwierdzono przypadkach (TRAUBE, ROBERTSON).

Widziano także *retinitidem albuminuricam* u kobiet, które w czasie porodu ulegały drgawkom (*eclampsia*) a następnie przez wiele miesięcy białko w moczu wydzielały.

Z powyższego okazuje się, że *retinitis albuminurica* nie jest oznaką pewnej oznaczonej postaci chorobnej w nerkach, ale raczej wskazuje na takie cierpienie ustrojów moczowych, które pociągają za sobą utratę białka we krwi i równocześnie zatrzymanie mocznika. Nadmienić atoli nie zawadzi, że i białkomocz polegający jedynie na żyłnej zastoinie w nerkach np. brzemiennych, może dać powód do chorobnych zmian w siatkówce.

W jaki sposób powstają chorobne zmiany w siatkówce przy cierpieniach nerek, dotąd nie rozstrzygnięto. TRAUBE uważa *retinitis* w danym razie jako następstwo zwiększonego napięcia w tętnicach. Znane są jednak przypadki, w których pomimo zupełnego braku przerostu serca przy chorobie BRIGHA, wystąpiły chorobne objawy na siatkówce. I znów z drugiej strony zdarzają się dość często przerosty serca z innych przyczyn, przy których napróżno szukalibyśmy zmian w błonie siatkowej. Nie pozostaje więc jak przypuścić, że istotna przyczyna właściwych chorobnych zmian w siatkówce przy chorobie BRIGHA, leży w zmienionym składzie krwi, w owej złośliwej niedokrewności, która i przy krwawych wymiotach i przy białaczce pociąga za sobą cierpienia przyrzędu wzrokowego, jakkolwiek i przerostowi serca nie można odmówić znacznego wpływu na powstawanie wybroczyn w siatkówce. Pamiętać również nie zawadzi, że w przerzezonej sprawie chorobnej siatkówki, ściiany naczyń często bywają sklerotycznie nacieczone (infiltrowane) lub też tłuszczowo zwyrodnione, skutkiem czego znacznie się zmniejsza ich odporność.

*Retinitis albuminurica* nie należy do częstych powikłań przy chorobach nerek; zdarza się w 6—7% przypadków. Powikłanie to czyni rokowanie, ze względu na życie chorego, niepomyślnem.

Od *retinitis albuminurica* odróżnić należy ślepotę mocznicową (*amaurosis uraemica*), która zwykle występuje na obu oczach nagle lub rozwija się szybko w przeciągu 8—24 godzin. Nie brak przytem i objawów mózgowych: mocny ból głowy, wymioty, drgawki, utrata przytomności idą zwykle w ślad za ślepotą lub ją wyprzedzają. Zrenice bywają albo rozszerzone i nie oddziałują na światło, albo też zwężają się pod wpływem światła, pomimo że chorzy najmniejszego poczucia światła nie mają.

Wziernik oczny nie wykrywa przyczyn ślepoty: dno oka przedstawia się prawidłowo lub też daje obraz dawno istniejącej *retinitidis albuminuricae*. Ślepotą trwa 12—24 godzin, rzadko dłużej, ostrość wzroku w dwa, trzy dni po napadzie wraca do stanu, jaki był poprzednio. Takie napady ślepoty kilkakrotnie powtarzać się mogą.



Ślepotą mocznicową najczęściej występuje przy ostrem błonicowem zapaleniu nerek, szczególnie po płonicy; rzadziej przy zapaleniu nerek chronicznem; przy mączkowatym zwyrodnieniu dotąd ani razu nie było spostrzeżaniem. Nagłą utratę wzroku osób ciężarnych i rodzących, przy równoczesnem ukazywaniu się białka w moczu, należy podciągnąć także pod kategorię ślepoty mocznicowej. W ogólności jednakże ślepotą mocznicową nierównie rzadziej bywa spostrzegana niż *retinitis albuminurica*.

Nader ciekawy objaw przy ślepotcie mocznicowej stanowi niejednokrotnie stwierdzona możność oddziaływania źrenicy na światło pomimo zupełnej utraty wzroku. Przypuszcili więc należy, że w takich razach nerw wzrokowy zachowuje swoje czynność przynajmniej do tego miejsca, w którym bodziec światła za pośrednictwem nerwu oko-ruchowego wywołuje zwężanie się źrenicy, a zatem do wzgórka czworaczego. Przewodnictwo w nerwie zostaje przerwane dopiero po za wzgórkciem czworaczym. Nie we wszystkich przypadkach przyczyny ślepoty szukać należy tak blisko samego osrodka.

Ostateczna przyczyna tej nagle powstającej i szybko ustępującej utraty wzroku przy mocznicy, dotąd stanowczo nie została wykryta. Prawdopodobnie jest ona też sama co i drgawek mocznicowych. FRERICHS twierdzi, że istoty wydzielinowe zatrzymane we krwi, przeważnie zaś moczniczek, jego produkt rozkładowy, węgiel ammoniakowy, wywołują objawy zatrucia układu nerwowego osrodkowego (mocznica, drgawki, ślepoty). TRAUBE zaś mniema, że pod wpływem zawsze zwiększonego w takich razach napięcia w układzie tętniczym, przy istniejącej wodnistości krwi, następuje mocniejsze przesiąkanie surowicy do jamy czaszkowej, w następstwie czego powstaje bezkrwistość mózgu, która objawia się w napadach drgawkowych. Każdy z rzeczonych dwóch poglądów ma w nauce licznych zwolenników.

O związku zapalenia tęczówki z rzeżączką dotąd liczni jeszcze powątpiewają autorowie. Jednak zaprzeczyć nie można, że zapalenie błony tęczowej przy rzeżączce (*iritis gonorrhoeica*) nie jest przypadkowe. Zdarza się nierazadko, że u tejże samej osoby każdemu powrotowi rzeżączki towarzyszy zapalenie błony tęczowej. Choroba zwykle występuje na obu oczach, pociąga za sobą liczne tylne zrosty (*synechiae posteriores*); równocześnie choroby uskarżają się na bóle w stawach, które zwykle za reumatyczne lub artrytyczne bywają uważane. *Iritis gonorrhoeica* nie przedstawia żadnych charakterystycznych cech: podług spostrzeżeń FÖRSTERA wysięk plastyczny nie bywa tak obfity jak przy zapaleniu tęczówki przymiotowem. Nierzadko towarzyszą tej chorobie i zmętnienia w ciele szklistem. Znane są przypadki, w których przy każdym powrotnem ukazaniu się zapalenia stawów występowała *iritis* i ropiasty wyciek z cewki.

Wczesne rozpoznanie w danym razie związku zapalenia błony tęczowej z rzeżączką i t. zw. *arthritis gonorrhoeica* nie małego jest znaczenia ze względu na leczenie. Ta bowiem postać zapalenia tęczówki ustępuje pod wpływem wielkich dawek chininy i jodku potassu daleko prędzej niż przy leczeniu rtęciowem, które w innych postaciach zapalenia jest niezbędnem. Użycie jodku potassu przez czas dłuższy (6—12 tygodni) nie dopuszcza powrotów zapalenia błony tęczowej.

(d. c. n.)

## ODCINEK.

## Służba zdrowia w wojsku tureckiem.

Podał Dr. W. J.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 21 i 26).

Po tym pobieżnym przeglądzie dwóch wojskowych szpitali, jeżeli zwrócimy się w inną stronę prowincyi, z możebnością podobnego urządzenia szpitala co w Trebini, spotkamy się jeszcze i w Stolacu. Miasteczko to położone po obu wybrzeżach Brygowy, jednej z lewych dopływów Narretwy, zalegające długi lecz wązki wawóz, zdobi od strony zachodniej wspaniałe stare zamczysko, dawna forteca i rezydencyja pana na Stolacu *Ali-paszy Ryzwanbejgowicza*. Od wschodu zaś w miejscu, gdzie Brygawa wrzyna się w obok, leżące pasmo Dubrowa-planina, miasteczko kończy się szeregiem dwupiętrowych domów również mieszkań letnich, należących do dziś dnia do rodziny pozostałej po tyranii rajasów hercogowińskich. Miejscowość ta z jednej tylko strony przytykająca do obszernej doliny, z innych została ściśniętą wysokimi skalnymi ścianami, które przez swe zbyteczne zbliżenie się ku budowlom, czynią tu pobyt w porze letniej istotnie nie do wytrzymania. Koszarów wojskowych tu niema. W zwykłych bowiem czasach garnizujący jeden batalijon piechoty, zajmował paroma kompaniami kilka domów w mieście, inna zaś większa część oddziału kwaterowała w olbrzymiej, wspaniałej po dziś dzień, lecz na pół zrujnowanej fortecy, położonej na szczycie, 187 metrów nad powierzchnią doliny. Szpital wojskowy nigdy także nie miał stałego siedliska. Stosownie bowiem do tego jak się zdołano urządzić z właścicielami wynajmującymi domy, szpital garnizonowy raz znajdował się w mieście, drugi raz poza niem, w innych razach wpakowywano chorych do fortu i tam urządzano czasowy dla nich przytułek, wreszcie posuwano się niekiedy i do zajęcia *Villi* jednego z bejów, jeżeli już tego wymagała nieunikniona konieczność. Na czas więc pobytu jednego tylko batalijonu w Stolacu, urządzenia tego rodzaju były wystarczającymi. Skoro jednak rozwijający się rakosz, z zaniedbanego miasteczka nad Brygową, uczynił punkt środkowy, z którego wybiegały najgłówniejsze linije operacyjne ku granicy dalmackiej, Mostarowi i dolinie Gazko, wtedy potrzeba posiadania tutaj większego szpitala wojskowego okazała się nieuniknioną. Ku temu trzy bardzo dogodnie przedstawiały się punkta, z których wezweśne i umiejętne skorzystanie zapewniłoby bardzo obszerną przestrzeń, łatwo mogącą pomieścić znaczną ilość chorych. Punktami temi były: stare zamczysko, ogromny dom położony przy drodze do Mostaru, nad brzegiem rzeczulki, wpośród wspaniałych winnic, dawne prawdziwie książęce mieszkanie *Ali-paszy*, wreszcie villiadziatury dzisiejszych miejscowych bejów. Gdyby rządzenia losów do tyła sprzyjały niedbałym Ottomanom, żeby ich jak najeczęściej uprzędzaly, co w przyszłości okaże się koniecznem i pożytecznem, to możeby z przedstawiających się dogodnych okoliczności inaczej skorzystano. Lecz, zdybani z nienacka, zaskoczeni wypadkami, Turcy, tracąc na razie konteans military, cóż mogli przedsięwziąć dla zapewnienia swym chorym stosownego przytułku? Ztąd więc ani ville beyow nie zostały zużytkowane na szpital, choć na ten rodzaj zakładu były najstosowniejsze, ani też obszerny pusty gmach po za miastem również nie został zajęty. Co się zaś tyczy obszernych izb w fortecy do dziś dnia dobrze przechowanych, zdobnych jeszcze w stare rodzajowe malowidła, to pokoje to zostały

oddane na mieszkanie dla żołnierzy, z powodu, że forteca była pozbawioną dostatecznej ilości wody, co do jakości bardzo nieszczególniej, bo pochodzącej z dawno nieoczyszczonych studni. Można było jednak temu zaradzić, mając na względzie położenie, bardzo czyste powietrze i obszerność izb, co zaś do wody, to takową łatwoby było dowozić końmi z rzeki, płynącej tuż u podnóża fortecy. Turcy atoli, będąc zawsze w obawie, żeby „*giawry*” powstańcy nie napadli na ich chorych, nie pozostających pod opieką godła konwencji genewskiej, tem więcej winni byli na założenie szpitala wybierać takie punkta, w których by się czuli zupełnie zabezpieczonemi, co właśnie mogli znaleźć w fortecy Stolaca, której obwodowy mur i trudna dostępność, w skutek odosobnienia skalistego wzgórza, oparłszy się wytrwale pociskom *Omera-paszy*, wytrzymała by także wymarzony przez turecką wyobraźnię napad powstańców. Studnie dla własnego dobra należało oczyścić, już nawet i dla tego, żeby nie męczyć koni zmuszonych do całodziennego wożenia wody po stromej skalistej drożynie prowadzącej do fortecy. Izby nie wymagały żadnej poprawy, potrzeba je było tylko oczyścić z gniazd nietoperzy i nagromadzonego latami śmiecia. Za ich stosownością na pobyt dla chorych przemawiało głównie czyste górskie powietrze, odpowiedni dostęp światła i zupełny brak wilgoci. Wreszcie należałoby uwzględnić i kosza, jakie trzeba ponosić przy wynajmie domów na pomieszczenie znacznej liczby chorych, wtedy gdy zajmując obszernie pokoje w fortecy nie ponosiłoby się najmniejszych wydatków. Liczba w końcu chorych, jaka mogła być pomieszczoną w forcie, nigdy by nie doszła do stopnia, zmuszającego zająć całą ilość rozporządzalnych izb, których ogół wystarczał na danie pomieszczenia przeszło 700 chorym. Przy wygodnem więc rozmieszczeniu oddziałów szpitalnych, można było jeszcze zarezerwować miejsce na urządzenie porządniejszej apteki i wreszcie zapewnić takie mieszkanie dla pełniących służbę w szpitalu, zapobiegając rozproszeniu jej po całym miasteczku. Zwyczajem tureckim miejsce na szpital wynajdują się bez zasięgnięcia zdania stron kompetentnych. Warunki zdrowotne pozostają tutaj bez żadnego uwzględnienia z prostej przyczyny, że tak intendent jak i komendant, nie mają żadnego pojęcia o ich doniosłości. W Turcyi chodzi głównie o to, żeby chorych pomieścić pod dachem, a czy ten ostatni pokrywać będzie kupę gnoju, czy przez pułap sączą się strumienie wody, lub spadają warstwy sniegu, czy wreszcie pokrycie jest częścią budowli wazkich, ciasnych i źle przewietrzanych, to wszystko pozostaje na ostatnim planie, bo przecież chorzy pozostają pod dachem, a i to już bardzo wiele w czasach wojennych. Nie zapominajmy jeszcze i o tem, że wynajmowanie domów prywatnych jest bardzo pożądanem dla właścicieli, ponieważ summa płacona za ich wynajęcie często wynosi 1/4 wartości domu. Ztąd więc miejscowa władza, działając w imieniu obywateli miasta, w sposób bardzo przekonujący oddziaływa na zdanie komendantów wojskowych, którzy niechęć się narażać, jak powiadają, naczelnikom miejscowym, zgadzają się natychmiast na zajęcie takich miejsc na szpital, jakie im zostaną wskazano. Gdyby jednak w tej czynności, w usposobieniu mieszkańców przebijało się choć nieco uczucia ludzkości i patryjotyzmu względem własnych swych współwyznawców, wtedy można by się było spodziewać, że wskażą punkta najdogodniejsze na pomieszczenie chorych.

Tego jednak nie należy oczekiwać po hercogowińskich mużulmanach; dla nich bowiem „*Turczyń*” jest zawsze czemś obcem i cieszyć się jego niewygoda jest rodzajem miejscowego patryjotyzmu; podobny brak sympatii dla obrońców ich dziedzicznych przywilejów nigdzie tak się nie uwydatnia jak właśnie w Stolacu i Gazko. Nie dziw więc, że władze zaniedbawszy

skorzystać z budowli rządowych, w każdym razie mogących być zajętemi, zgodziły się na zajęcie pod szpitale domów najędźniejszych i rozrzuconych, po rozmaitych dzielnicach Stolicu. Oto dla czego w Stolicu jednym z główniejszych punktów wojskowych prowincyi, w pierwszych zaraz miesiącach powstania spotykamy chorych złożonych w domach, zupełnie nieodpowiednich na pomieszczenie chorych. Izby bez posadzek, zamiast okien, mające dziurkowane otwory w ścianach, zaledwie pozwalające na dostęp światła, na dole stajnia lub obora, zanieczyszczające całą przestrzeń właściwym sobie zapachem, szczeliny w murach, pozwalające swobodnie przysłuchiwać się prądom szalejącego wiatru, brak pieców i kominów, zwiększający jeszcze bardziej stopień stęchłego wewnętrznego powietrza—oto prawdziwy obraz domów, w jakich miały być leczone nieszczęśliwe ofiary zażartych walk. Dodajmy jeszcze do tego zupełny brak łóżek małą ilość poscieli i bielizny, niedostateczną ilość naczyń kuchennych, a zrozumimy, w jak oplakany stan znajdowali się chorzy, których nieszczęście zmusiło szukać przytułku pod dachem szpitala w Stolicu! Wprawdzie na obszarze ku pomieszczeniu chorych zupełnie nie brakło, za wysoką bowiem opłatę wynajęto tyle domów, ile tego wymagała liczba szukających pomieszczenia, lecz biedacy ci, musząc spoczywać na własnych tylko płaszcach, często posiłając się tylko źle przygotowaną i bardzo spóźnioną łyżką ryżowej polewki, na większe byli narażeni niewygody w samym szpitalu, niż we własnych szepułych namiotach. Cała wogóle liczba domów powynajmowanych na szpitale w Stolicu mogła dać pomieszczenie dla 217-tu chorych z tem jednak uwzględnieniem, że tutaj z całą swobodą można było podzielić cały zakład na oddziały, stosownie do jakości choroby, korzystając z ilości domów oddanych na rozporządzenie lekarzom. Oto mniej więcej cała zdrowotna dogodność, jaką się tu miało, przy umieszczeniu chorych w domkach szpitalnych w Stolicu. W początkach powstania miano jeszcze zamiar zająć się odrestaurowaniem domu stojącego pustkami po ustąpieniu rodziny Ryzwanbejgowiczów. Spodziewając się bowiem, że ilość chorych będzie się powiększać z dniem każdym, władza projektowała zajęcie tej opuszczonej, lecz zawsze wspaniałej magnackiej siedziby, w której dałoby się wygodnie pomieścić mniej więcej taką ilość chorych, jak i w fortecy. Przestraszono się jednak summy potrzebną na kosztą wyrestaurowania, która choć na pozór wysoka, zbliżała się jednak bardzo do summy płaconej rocznie na wynajęcie domów prywatnych. Wszystko więc skończyło się na projekcie, bo tak chorzy jak i zdrowi żołnierze musieli być rozkwaterowani w domach prywatnych, wtedy gdy posiadłości rządowe pozostały i nadal siedliskiem żerującego ptactwa, pokrywając się z dniem każdym coraz to grubszą warstwą pajęczyny.

(d. c. n.)

### Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

**Kleina (collodion) przeciwko pryszczycy.** Dr. Lawson w Londynie zaleca zewnętrzne użycie kleiny przeciwko pryszczycy. Z kilku przypadków tej choroby, które tym sposobem leczył, dwa szczególniej na uwagę zasługują. Czterdziestosiedmio-letnia chora, matka kilkorga dzieci, z ciałem dobrze odżywionem, cierpiała oddawna na pryszczycę w okolicy przyrzędów płciowych (*Eczema genitale*). Cała okolica środkocza i wewnętrzna powierzchnia obydwóch ud, była okryta wysypką barwy czerwonej, podnoszącą się miejscami nad powierzchnię skóry; na wysypce tej widzieć się dawała napół przeczoczysta gęsta masa płynna. Woni złej nie wydawała, ona chociaż powierzchnia najmniej kwadratowej stopy była nią okryta, ale chora czuła swędzenie i ból, tak straszny, że jak twierdziła, życie stało jej się ciężarem. Kiedy zwykle przeciwko tej chorobie używane środki, żadnego wpływu

w tym razie nie wywarły, dr. L. postanowił spróbować użycia kleiny. Położywszy chorą wygodnie na sofie, posmarował pryszczycę dwa razy z rzędu tym lekiem i zalecił jej, żeby tego środka w taki sam sposób dwa lub trzy razy dziennie używała; jednocześnie zakazał jej pić herbatę, kawę, porter i zapisał pigułki czyszczące. Kiedy chora w tydzień do niego przyszła, choroba znakomite postępy ku lepszemu zrobiła; wysypka cała znacznie zbladła, ból i swędzenie o wiele się zmniejszyło. Po dwumiesięcznem takim leczeniu, chora została zupełnie wyleczoną.

Drugim chorym był 10-letni chłopiec, dotknięty pryszczycą na głowie (*eczema capitis*). L. starannie ostrzyż kazał włosy, posmarował cierpiącą skórę kleiną i zalecił powtarzać tę procedurę dwa razy dziennie. Kiedy w 10 dni później, chory który należał do uboższej klasy ludności, zjawił się, choroba nie tylko się nie poprawiła, ale przeciwnie pogorszyła; bliższe badanie pokazało, iż matka nie dbała o zdrowie swojego dziecka, co jak autor twierdzi, w niższej klasie ludności Londynu często się zdarza, środka zapisanego nie używała. Kiedy jednak LAWSON przedstawił jej wszystkie smutne następstwa, jakie z tej choroby dla dziecka wyniknąć mogą i kiedy wzięła się ona energicznie do smarowania kleiną, chłopiec tak się wyleczył, iż ledwie ślady swojej choroby zachował. O innych przypadkach, które LAWSON ma obecnie w leczeniu, obiecuje dokładne podać sprawozdanie, tymczasem prosi kolegów, żeby wymienionego środka przeciwko tej chorobie próbowali.

(„Lancet” June 9—1877.)

**Samogwałt i hysteryja u młodych dzieci.** Dr. JACOBI z New-Yorku, opisuje pod powyższym tytułem rozmaite przypadłości nerwowe, powstające u małych dzieci skutkiem samogwałtu, który daleko częściej się zdarza, aniżeli powierzchowni spostrzegacze to przypuszczają. Miał on w leczeniu 3-letnie dziecko, które cierpiało na szczególne kurcze i u którego samogwałt był przyczyną choroby. Dzieci takie są zwykle blade, twarz mają nabrzękłą, nie mają łaknienia, stolec mają opieszaly, tętno powolne, częste bóle głowy; skóra ich bywa sucha i wiotka. Jako przyczyny wiodące do samogwałtu, uważa autor nierozważne obchodzenie się nadzorujących nianiek, częste poruszanie przyrzędów płciowych, ucisk wywartu przez odzież, używanie koni na biegunach, a także chorobliwe stany, jak: kamienie nerek, niezbyt pecherza, drażnienie jelit przez paszożyty, nieodpowiednie zbyt drażniące pożywienie. Skutecznymi środkami przeciwko tym przypadłościom, okazały się leki uspakajające, jak, kamfora i lupulin, czasem jednak leki wzmacniające są najlepszymi środkami.

(Ref. w „Deutsche med. Wochf.” N. 26—1877.)

**Elektryczność przeciwko bezsenności.** Faktem oddawna jest znanym, że elektryzowanie głowy działa usypiająco, dr. VIGOUREUX był jednak pierwszym, który środek tego przeciwko bezsenności użył; zapewnia on, że środek ten jest niezawodnym i że wtenczas tylko zawodzi, jeżeli krótki oddech, ból, lub t. p. przyczyna bezsenność sprowadza. Przykłada on elektrody do obydwóch skroni i puszcza prąd z trzech, a najwięcej pięciu elementów TROUVE'GO przez pół lub jedną minutę. Czasem jedno użycie elektryczności w taki sposób, sprowadza sen przez dwie do trzech nocy. Jeżeli elektryzowanie nastąpiło rano, to chorzy są sennymi przez cały dzień.

(„Gaz. des hôp.” 7 Czerwca 1877.)

**Tayuya, nowe lekarstwo przeciwko przymiotowi.** FARAONI opowiada w broszurze, którą w roku przeszłym wydał, że w Brazylii znajduje się szczep ludzi, u którego przymiot wielce jest rozpowszechniony i który z doskonałym skutkiem przeciwko tej chorobie używa rośliny miejscowej, znanej pod nazwą *Tayuya*. Roślina ta zwana przez botaników *Dermophylla pendulina* należy do rodziny *Cucurbitaceae* i rośnie w dziewiczych lasach Brazylijskich. Wyciąg wyskokowy korzenia tej rośliny, wstrzykuje się pod skórę w ilości 15 gran na raz i prawie zawsze doszczętne wyleczenie sprowadza; powtórzenie się choroby jest rzadkie.

(„Lancet” June 2—1877.)

**O wycięciu jajnika przerodzonego w czasie ciąży.** Dr. SPENCER WELLS odczytał na posiedzeniu Towarzystwa położniczego Londyńskiego, opis dziewięciu operacji wycięcia jajnika u kobiet ciężarnych. Z operowanych chorych tylko jedna umarła. Większość przypadków przedstawiała ciążę wczesną, tylko dwie z nich były w 7-m miesiącu. Szczęśliwy wynik tych operacji dowodzi, że operacje wykonywane w czasie ciąży, nie są tak nie-

bezpieczne, jak to powszechnie przypuszczają i że mogą być dla chorych wielce zbawienne. („Lancet” July 7—1877). G. F.

**Wiad rdzenia kręgowego wskutek przymiotu.** Dr. DRYSDAL (*Med. Examiner*) zestawiając wyniki tak własnych, jako też spostrzeżeń innych badaczy, dochodzi do wniosku, że wiad rdzenia kręgowego niejednokrotnie jest następstwem przebytego przymiotu, chociaż nie zgadza się ze zdaniem FOURNIER'A, który wspomnianą chorobę prawie zawsze jako przymiotowej przyrody uważa. Co do pytania, czy wiad rdzenia kręgowego pochodzenia przymiotowego różni się w przebiegu i objawach od tejże choroby, z innych przyczyn powstałej, to zdania badaczy różnią się pomiędzy sobą; gdy bowiem D. żadnej nie umiał dopatrzeć różnicy, to inni jak LEYDEN, SELIGMÜLLER (także DOMAŃSKI, który odrzuca przymiotowe pochodzenia wiadu p. spr.) twierdzą, że wiad przymiotowy nie przedstawia nigdy czystego obrazu choroby; częste bóle głowy także za swoistą przyrodą tego cierpienia przemawiają. Że dokładne i wczesne rozpoznanie przyczyny danej choroby jest dla leczenia niezmierniej wagi, o tem zdaje się, i wspominać nie potrzeba.

(*Ref. w „Deutsche med. Wochst.” N. 17—1877*).

**Utrata mowy wskutek przestrcachu.** Prof. FISCHER z Wrocławia, opisuje następujący przypadek: P. K. zawiadowca stacyi na jednej z kolei niemieckich, dnia 18 Stycznia r. b., napadnięty został przez rabusiów, którzy związawszy mu ręce, nałożyli na szyję pętlę i tę silnie zaciągnęli, tak, że K. utracił przytomność. Wkrótce oswobodzony z rąk napastników, p. K. przyszedł do siebie, ale ani słowa nie mógł przemówić; zresztą był zupełnie zdrow. Kiedy we dwa miesiące potem prof. F. widział chorego, ten jeszcze w tym samym znajdował się stanie. Oprócz utraty mowy, nie było żadnego zboczenia, któreby dozwalało przyjąć istnienie organicznego porażenia mózgu. Prof. F. utratę mowy przypisuje jedynie zaburzeniom w czynności mózgu i zwraca uwagę, że historia podobne przykłady (jak np. zaniemienie Zacharyjasza ojca proroka Jana i t. p.) nam przytacza. Pod wpływem bromku potasu mowa w danym przypadku prędko powróciła.

(*Deutsche med. Woch. N. 16—1877*).

**Nowy sposób operacyjnego leczenia ropni i bąblowców wątroby.** Prof. SÄNGER w Groningen zaprowadza zmianę w dotychczasowym postępowaniu SIMON'A przy otwieraniu ropni wątroby. Miasto bowiem przekłuwać ścianki brzuszne trojgrańcem, i pozostawić rurki celem wywołania zlepnego zapalenia, wykonywa on wprost przecięcie ścian brzucha w odpowiednim miejscu. Odsoniwszy zaś wątrobę, zeszywa za pomocą cienkiej igły ściankę ropnia z ścianką brzuszną i teraz dopiero ją przecina. Prof. SÄNGER sądzi, że tą drogą zyskuje na czasie i unika niebezpieczeństwa rozlanego zapalenia otrzewni. Operacja wykonana przez niego, również zapobiega dostawianiu się płynu do jamy brzusznej; parę zaś pierwszych kropeł, jakie przy przekłówanu igłą wystąpić mogą, z łatwością usunąć się dają.

(„Berl. klin. Woch.” N. 12—1877).

**Somatoskop.** Dr. HÜTTER w Marburgu, opisuje wynalezienie przez siebie narzędzie, mające na celu połączenie stetoskopu, młotka i plessymetra ze sobą. Jest to mniej więcej zwykły stetoskop, tylko w górnej jego części pod kostką, którą do ucha przykładamy, znajduje się metalowa część młotka wraz z gummą. Górna kostka odkręcona, może służyć jako plessymetr. Cały przyrząd złożony — jest zwykły stetoskop; odkręciwszy zaś górną kostkę, mamy młotek i plessymetr. Przyrząd wykonany w fabryce HOLZHAUBER'A kosztuje 6 marek.

(„Berl. klin. Woch.” N. 12—1877). T. D.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

— Znanemi są braki w wyższem wykształceniu lekarskiem we Francyi. Na ludność 30 miljonową istniały dotąd 3 uniwersytety, a jak nas tu obchodzi, 3 wyższe szkoły lekarskie: w Paryżu, Montpellier i Nancy (przeniesiony ze Strasburga). Nie wspominamy tu o tak zwanych *écoles préparatoires*, które istnieją prawie w każdym większem mieście. Dodać należy, iż z tych szkół tylko Paryżką cieszyła się liczbą poważną (5000) uczniów medycyny. Skutki takiego nagromadzenia w jednej szkole są zbyt widoczne, by je wymieniać. To spowodowało w części właściwe władze do pozwolenia zakładania szkół lekarskich i w innych miastach. Lille, Lyon i Bordeaux są miastami, które chlubić się

będą najpierw posiadaniem szkół wzmiankowanych. Zarząd tych miast z ochotą wziął na się kosztą, jakie są nieodzowne z urządzeniem wyższych zakładów naukowych lekarskich. Lille nawet doczekało się otwarcia, pożądanego oddawna wydziału lekarskiego, co nastąpiło 6 Listopada r. b. Co do budżetu, to miasto zobowiązało się wypłacać corocznie 230000 franków na utrzymanie szkoły i profesorów, ustąpiło na korzyść wydziału znaczną część swych gruntów i uchwaliło na wybudowanie odpowiedniego gmachu 180000 franków. Nie dość na tem, nie wielkie to miasto, bo zaledwie 160000 ludności liczące, będzie miało i drugi wydział lekarski—katolicki. Miasto chociaż złożone po większej części z ludności zasad liberalnych, posiada jednak w swych murach mniej liczne stronnictwo klerykalne, ale rozporządzające, jak zazwyczaj, znacznymi kapitałami. Pieniędźmi zjednało ono sobie już Radę opiekuńczą jednego ze szpitali, która mu odstąpiła połowę łóżek (200) na użytek klinik, ale trudności napotyka w wyszukaniu profesorów. Liczba katedr zatwierdzonych na wydziale lekarskim państwowym, wynosi 20. Wszystkie są już obsadzone, z wyjątkiem katedry patologii ogólnej i katedry higieny. Do wydziału lekarskiego katolickiego zwerbowano dotychczas tylko 4 profesorów. Otworzenie wydziałów lekarskich w Lyonie i Bordeaux, nastąpi dopiero w roku przyszłym.

— W Diedenhofen w Lotaryngii, pokazała się straszna epidemija włosiennicy (*Trichinosis*), która tak w francuskiej jak i w niemieckiej publiczności wielkie wrażenie wywarła. Choroba napada zwłaszcza żołnierzy, którzy od jednego rzeźnika wędlinę kupowali. Szpital wojskowy codziennie zapełnia się nowymi tego rodzaju chorem, a jednego dnia zmarło niemniej jak 70 żołnierzy, i wszyscy, jak lekarze zaświadczyają, na włosiennicę.

— Wiadomo, że w Anglii w większych miastach, corocznie przeznaczona jest jedna niedziela, w którą po wszystkich kościołach w czasie nabożeństwa, zbierają dobrowolne składki na rzecz szpitali. Otóż w tym roku w Londynie, zebrano w taką niedzielę (*Hospital-Sunday*) niemniej jak 24000 funt. st. czyli 144000 rublia.

— Ze sprawozdania z czynności Towarzystwa palenia ciał w Anglii (*Cremation-Society in England*), dowiadujemy się, że w ostatnich czasach dziesięć spaleń ciał miało miejsce, a mianowicie: trzy w Padwie, jedno w Wrocławiu, dwa w Dreźnie, trzy w Medyolanie i jedno w Washingtonie. Waga ciała była rozmaita: od 70 do 116 funtów, czas potrzebny do spalenia wynosił od 70 do 120 minut, a waga popiołów od 3 do 6 funtów. We Włoszech palenie ciał od Marca r. b. jest dozwolone, trzeba tylko, żeby rodzina zmarłego podała odpowiednie podanie do prefekta i żeby rada zdrowotna dała na to zezwolenie. Na głównym ementarzu w Medyolanie, wystawiono już świątynię do palenia ciał. Sposób palenia d-ra SIEMENS'A, przedstawiony jest za najlepszy. Towarzystwo angielskie, zamierza wystawić na jednym z ementarzy potrzebne na ten cel budynki i ofiarować takowe bezpłatnie na usługi publiczności.

— Po wielu trudach i staraniach, udało się nareszcie Zarządowi szkoły lekarskiej dla kobiet w Londynie, która jak wiadomo, w ostatnich czasach wielce ku upadkowi się chyliła, zyskać na swoje cele jeden ze znacznych szpitali Londyńskich, *London-Free-Hospital*. Ponieważ jednocześnie Uniwersytet Londyński większością głosów (16 przeciwko 11) postanowił przypuszczać kobiety do wszystkich egzaminów, więc już teraz droga do praktyki lekarskiej dla kobiet w Anglii jest otwarta. Rzecz dziwna, że pomiędzy głosującymi za przypuszczeniem kobiet do egzaminów, byli znakomici koledzy nasi: SIR WILLIAM GULL i SIR JAMES PAGET. Trudno odgadnąć, co skłonić ich mogło do popierania tego niedorzeczonego i do żadnych prawdziwych korzyści nie prowadzącego ruchu.

— Skutkiem zapadnięcia się mostu w Bath, w Anglii, w chwili kiedy znajdowało się na nim mnóstwo osób udających się na wystawę rolniczą, szpital miejscowy musiał pomieścić niemniej jak 44 osób rannych, które przypadkowi temu uległy. Najwięcej ran spotrzegano, jak *Lancet* donosi, na dolnych kończynach, ale niektóre z nich były bardzo niebezpieczne, i tak: było siedm złamań uda, dwanaście złamań kości goleniowej i piszczeli i wiele ran i potłuczeń grzbietu i pośladków. U sześciu chorych były obrażenia mleczca pacierzowego połączone z porażeniem pęcherza moczowego; prawie wszyscy ci chorzy cierpieli na silne zaparcie stolca parę dni po wydarzonym przypadku. Człowiek 62-letni,

który miał złamaną kość goleniową i udową i któremu skutkiem tego odjęto nogę wyżej kolana, zmarł piątego dnia po operacyi. Do dnia 16 Czerwca zostało z owych 44 chorych, jeszcze 29 w szpitalu.

— Sławny twórca chirurgii przeciwnie prof. LISTER z Edynburga, został nareszcie mianowany professorem praktycznej chirurgii w *King's College Hospital* w Londynie, w miejsce zmarłego FERGUSON'A i rozpocznie działalność swoją w miesiącu Październiku r. b.

Mianowani: PONFICK z Rostoku, prof. kliniki lekarskiej w Getyndze; KUSMAUL z Frejburga (Bryzgowia), professorem takieże kliniki w Strasburgu, na miejscu prof. LEYDEN'A, który objął katedrę po TRAUBE'M w Berlinie.

Paryż. Z powodu śmierci prof. BEHLER'A i AXENFELD'A i emerytury prof. BOUILLAUD'A, nastąpiły zmiany w obsadzeniu katedr patologii teoretycznej klinik lekarskich. Na wykładających patologię teoretyczną wybranymi zostali dotychczasowi *agrégés*: JACCOUD i PETER, kliniki zaś lekarskie prowadzi: GERMAIN SÉE w Hôtel-Dieu; HARDY w Charité; LASÈGUE w Pitié; POTAIN w Necker.

## OGŁOSZENIA

**Dr. Maurycy ŻEBROWSKI** ordynować będzie przez czas pory kąpielowej w Szczańcu, a podczas leczenia winogronowego i miesięcy zimowych w Meranie.

**Stetoskop o cewce sprężnikowej**, wykonany podług wzoru podanego przez d-ra FRISHE'GO (patrz MEDYCYNĘ Nr. 46 z r. z.) jest do nabycia u **Gustawa Manna**, Nowy Świat, Nr. 59, za cenę rs. 1 kop. 20, z przesyłką rs. 1 kop. 50.

Otrzymawszy **Ajunkturę Główną**, środka opatrunkowego znanego z nadzwyczajnej skuteczności i opisanego przez W-go d-ra KURCJUSZA w N-rze 21 r. b. GAZETY LEKARSKIEJ, pod nazwą **okłady gąbkowe** (*spongia epithem*), mam honor podać do wiadomości WWPP. Doktorów, że gdy środek ten wprowadzony po raz pierwszy do kraju, przemennie coraz bardziej się rozpowszechnia, przeto jestem w możności dostarczać go bądź w częściach wielkości żądanej, bądź w kształcie okładów gotowych **po cenach zredukowanych do granic możliwych**. Nadto, osobom niezamownym, rekomendowanym przez WWPP. Doktorów, zapewnia się jeszcze z mej strony ustępstwa. Sprzedaż w zakładzie mym **Fizyczno-mechanicznym w Warszawie, ulica Miódowa, Nr. 497A.**

**JAKÓB PIK**

Dostawca Cesarskiego Warsz. Uniwersytetu, Optyk m. Warszawy.

## GALMANIN.

Środek ten zupełnie nieszkodliwy, skutecznie zapobiega odparzaniu się ciała, szczególnie palców u nóg, co w czasie gorącego lata, osobom zmuszonym dużo chodzić, może oddać nieobliczone usługi. Dość jest raz na kilka dni natrzeć palce u nóg, lub miejsca odparzone wspomnianą mieszaniną, ażeby uchronić się od przykrych dolegliwości. Wybornie ona także skutkuje w odparzaniu się ciała u dzieci. Pudełko większe 50 kop., mniejsze 30.

Skład główny znajduje się w Aptece podpisanego, w Warszawie Nr. 787, oraz w niektórych Aptekach Petersburga i Moskwy. **W. Karpiński**, magister farmacyi.

**Z d. 1 Sierpnia r. b. Biuro Redakcyi Medycyny**, przeniesionem zostanie do domu **Nr. 57**, przy ulicy **Marszałkowskiej** w Warszawie.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyja Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.