

# NOWINY LEKARSKIE

ORGAN WYDZIAŁU LEKARSKIEGO TOWARZYSTWA PRZYJACIOŁ NAUK  
POZNAŃSKIEGO

wychodzi na początku każdego miesiąca w Poznaniu

staraniem

KOMITETU REDAKCYJNEGO,

składającego się z DDr.: Chłapowskiego, Koehlera, Święckiego, radzcy Wicherkie-  
wicza z Poznania i Dr. Szumana z Torunia.

## BIURO REDAKCYJNE

znajduje się u przewodniczącego komitetu  
redakcyjnego, radzcy Dr. B. Wicherkiewicza,  
ul. Św. Marcina Nr. 6.

## ADMINISTRACJA I EKSPEDYCJA:

w drukarni Fr. Chocieszyńskiego, Poznań,  
Wodna ulica nr. 15.

**Przedpłata**, którą przyjmują: Drukarnia nakładowa Nowin lek., tj. Fr. Chocieszyński Wodna ul.  
15, w *Poznaniu*; księgarnie: Krzyżanowskiego w *Krakowie*; Gebethnera & Wolffa  
w *Warszawie*, jako też wszystkie urzędy pocztowe Ces. Niemieckiego wynosi:

rocznie: w Niemczech 10 m. [z przes. 12 m.], w Austrii 6 zlr. [z przes. 7 zlr.], w Król. Pol. i Rosyi 5 rs. [z przes. 6 rs.]  
we Francyi 12 fr. [z przes. 15 fr.].

półrocznie: w Niemczech 5 m. [z przes. 6 m.], w Austrii 3 zlr. [z przes. 3,50 zlr.], w Król. Pol. i Rosyi 2,50 rs. [z przes. 3 rs.]  
we Francyi 6 fr. [z przes. 7,50 fr.].

## A. Prace oryginalne.

### I. O leczeniu zapalenia grzliczego (ziarnistego) kręgów (osteomyelitis et arthritis tuberculosa granulosa; spondylar- throkace; Malum Potti).

(Wykład kliniczny.)

Podał

Prof. L. Rydygier.

(Dokończenie.)

Zamiast staników gipsowych używają niektórzy *filcowych*. Wycina się z filcu stanik dokładnie leżący i napawa go się roztworem szelaku. File taki ma tę własność, że rozgrzany staje się zupełnie giętki, a w zwyczajnej ciepło-  
cie szybko tężeje. — Taki stanik rozgrzany zakładamy na chorego zawieszono-  
go jak do założenia stanika gipsowego. Póki file stygnie i tężeje, zdołamy  
wymodelować stanik jaknajdokładniej przylegający.

My dajemy pierwszeństwo stanikowi gipsowemu dla tego, iż jest tańszy  
i pewniej działa. Stanik filcowy traci nieraz fason rozgrzewając się na ciele.  
mianowicie w lecie. Żeby temu zapobiedz, radzono wzmocnić go blaszkami  
stalowymi; wskutek tego stałby się jednak ciężki i skomplikowany, lekarz sam  
bez pomocy bandażyisty nie mógłby go wykończyć. Jasiński używając roz-  
tworu nadzwyczaj dobrego szelaku i dobierając osobliwy gatunek filcu, spro-  
wadzany z Anglii, otrzymuje bardzo dobre staniki<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> W nowszych czasach zalecano jeszcze staniki z najrozmaitszych materiałów jak np.  
z wiorów, siatki drucianej itp.; żaden jednak nie znalazł powszechniejszego zastosowania.

Dzieciom poniżej 2—3 lat nie można zakładać żadnego stanika, ponieważ nie mają żadnego wcięcia w stanie (taille). Nieraz znajdziemy u nich nawet najlepiej założony stanik przy następnej wizycie na nóżkach, zamiast na piersiach, mimo że przy zakładaniu zwróciliśmy szczególną uwagę na wyrobienie wcięcia. W takim razie tylko poziome ułożenie dziecka chronić może od szkodliwego ucisku górnych części ciała na rozmiękczone kręgi. Ażeby jednak nieszczęśliwych istot nie pozbawiać na tygodnie, a nawet miesiące świeżego powietrza, posługujemy się *korytkiem z drzewa* podanem przez Phelps'a (Holzcuirasse lub Stehbett; zob. ryc. 3). Przyrząd ten oddał mi nierazko znakomite usługi, pozwala on bowiem zaraz w *samych początkach* ustalić należycie kręgosłup *zajęty* bez zbyt uciążliwych zabiegów dla pielęgnujących, a co ważniejsza bez szkody dla dziecka. Można go nawet w początkach użyć u większych dzieci, żeby jaknajdokładniej ustalić kręgosłup, zanim założymy stanik. Korytko Phelps'a ma jeszcze tę zaletę, że może je każdego czasu zrobić każdy lekarz przy pomocy choćby wiejskiego stolarza lub cieśli, dla tego opiszemy je nieco dokładniej, bo przecież ważną jest rzeczą, żeby cierpienie stosunkowo tak częste każdy lekarz był w stanie od samego początku należycie leczyć, zanim wystąpi szybkie pogorszenie.

Na wielkim arkuszu papieru lub wprost na szerokiej desce układa się dziecko z rozłożonymi nogami (zob. fig. 3) i odrysowuje się ołówkiem kontury ciała; ztego robi się dno korytka. W okolicy odbytu trzeba należycie wyciąć otwór w desce (zob. fig. 3. a), któredyby dziecko oddawać mogło kał i mocz bez zanieczyszczenia pościeli. Podobnie w okolicy pięt zrobić należy dwa otwory celem zapobiegnięcia odleżynom. Zewnętrzne ściany boczne w najszerszym miejscu około 15 ctm. wysokie mają wycięcia na ramiona (zob. ryc. 4.) i sięgają przez całą długość korytka; wewnętrzne zaś rozpoczynają się od międzykrocza i są skośne (zob. ryc. 5.). Stopy opierają się o deszczułki w dolnym końcu do bocznych ścian przybite. U góry jest korytko zabite wazką deseczką (zob. ryc. 4. b), ażeby przystęp do głowy nie był utrudniony. Korytko najlepiej wysłać poduszczkami z włosia lub juty, u uboższych chorych można zamiast tego użyć plew z prosa lub siana.

W celu zabezpieczenia pościeli od zanieczyszczania przy oddawaniu stolca i moczu przybija się małymi gwoździkami (Reissnägel) kawałki materii nieprzemakalnej naokoło wycięcia znajdującego się pomiędzy nogami, a płaty tej materii obwija się następnie po wysłaniu tak, żeby posłanie naokoło przykryć. Osobliwszą uwagę zwracać trzeba na zupełnie równe uślanie, żeby nigdzie

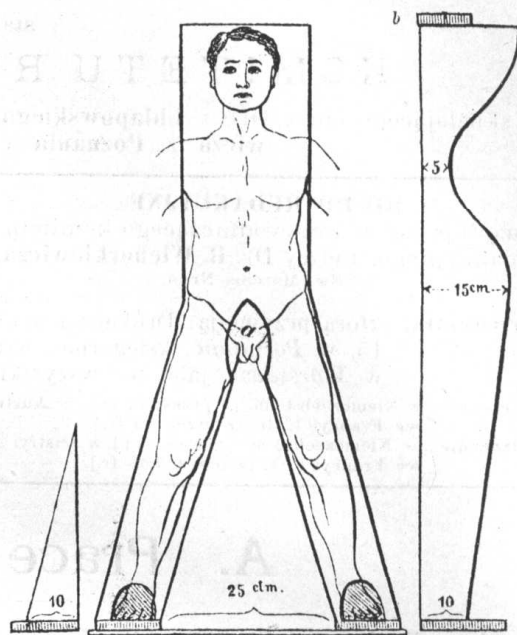


Fig. 5.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 3. Dno korytka Phelps'a.

Fig. 4. Zewnętrzna ściana boczna korytka Phelps'a.

Fig. 5. Wewnętrzna ściana boczna korytka Phelps'a.



nie było zagłębień, w którychby garb mógł się wytworzyć, lub już istniejący powiększyć. Garb staramy się przez osobne wysłanie od ucisku zabezpieczyć. Po ułożeniu dziecka w korytku przymocowujemy nóżki opaskami flanelowymi lub płóciennymi, tułów zaś rodzajem fartuszka przybitego z boków do korytka, a dającego się w środku zapinać. Przyrząd ustalający i naciągający głowę założymy albo na osobny łuk jak przy jury-maście (zob. ryc. 6.), albo paski od przyrządu Glissona zawiesimy na gwoździkach wbitych u góry w boczne ścianki korytka (zob. ryc. 7. A. B.); gdyby zaś te nie były dość wysokie, przedłużamy je przybijając od zewnątrz deseczkę (ryc. 7. C).

W żadnym przypadku zapalenia kręgow w części szyjnej lub w górnej części piersiowej bez tego przyrządu obejść się nie możemy; przydać on się też może w zapaleniu niższych kręgow, bo dziecko chore leży tem pewniej w łóżeczku. Dodamy wtenczas tylko podpórki podchwytyjące pod pachę (zob. ryc. 6.). Tak ułożone dziecko możemy z korytkiem wynieść i ustawić, gdzie tylko i jak zechcemy; np. do ogrodu

na świeże powietrze, gdzie na każdej ławce lub na dwóch krzeselkach korytko umieścić możemy. Nawet pochyło i prawie prostopadle można w tem korytku dziecko ustawić np. do jedzenia lub zabawy przy stole. Dla wygodniejszego przenoszenia przybija się pas od jednego boku do drugiego, podobnie jak kablak u kosza. Służąca lub matka zarzuca pas na ramię lub rękę i może bez trudności wynieść mniejsze dziecko na przechadzkę, większe zaś można wywieść, ustawiając korytko na wózku z resorami. Jednem słowem korytko pozwala choremu dziecku używać świeżego powietrza bez podrażnienia i uciskania na ognisko zapalne w kręgach, co stanowi jego wielką praktyczną doniosłość.

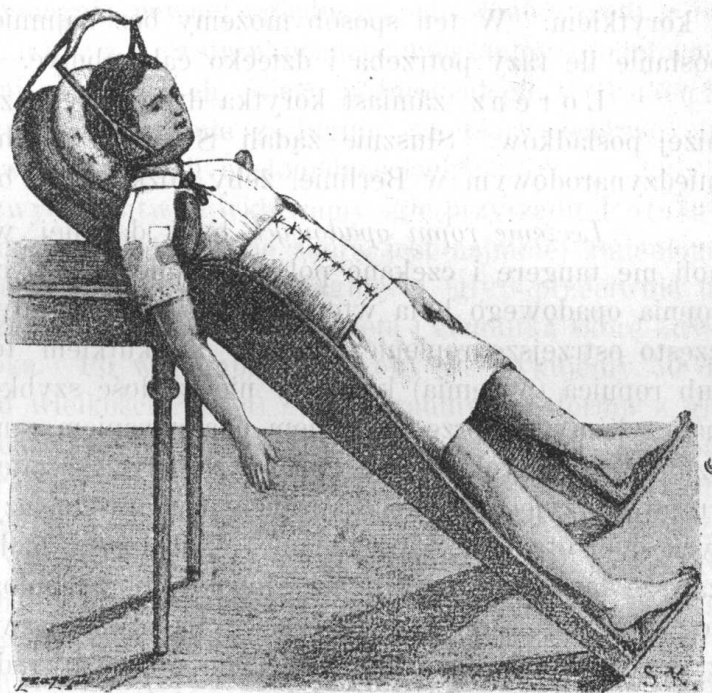


Fig. 6.

Korytko Phelps'a z przyrządem Glissona zawieszonym na osobnym pręcie i z podpórkami pod pachy.



Fig. 7.

Zawieszanie chorego w korytku Phelps'a na przyrządzie Glissona zawieszonym na gwoździkach.

Celem zapobieżenia złym skutkom wynikającym z braku ruchu należy codziennie uwolnić nóżki z opasania, wymasować je i pozwolić dziecku ruszać nimi swobodnie przez jaką godzinę.

Co tydzień trzeba oczyścić i dziecko i korytko postępując przytem bardzo ostrożnie. Naprzód obmywa się dziecko leżące jeszcze w korytku z przodu; następnie przewraca się je razem z korytkiem i wysypuje powoli na miękką podkładkę brzuszkiem na dół. Po zdjęciu korytka obmywa się grzbiet i pośladki dziecka, a w końcu przykrywa się je i odwraca napowrót razem z korytkiem. W ten sposób możemy bez najmniejszego wstrząśnięcia odnowić posłanie ile razy potrzeba i dziecko całe obmyć.

L o r e n z zamiast korytka drewnianego zaleca gipsowe, sięgające poniżej pośladków. Słusznie żądali S a y r e i P h e l p s na ostatnim zjeździe międzynarodowym w Berlinie, żeby nóżki także były zawsze objęte korytkiem.

*Leczenie ropni opadowych* było dawniej wyczekujące; uważano je za noli me tangere i czekano póki się same nie otworzą. Obawa przed nacięciem ropnia opadowego była wtenczas uzasadnioną, gdyż po operacji występowało często ostrzejsze ropienie i gnicie, a skutkiem tego pösocznica (septikaemia) lub ropnica (pyaemia) kończyły nieraz dość szybko cierpienia. Od kiedy atoli nauczyliśmy się przeciwgnilnem opatrywaniem ran zapobiegać wnikaniu przyrzutów zakaźnych do ran choćby jamistych i zatokowatych, coraz więcej chirurgów przyjęło zasadę, że ropień opadowy należy, jak każdy inny, jak najwcześniej otwierać. Wykonanie téj na pozór małej operacji nie jest jednak zawsze łatwe ze względu na głębokie nieraz położenie ropnia opadowego. Dla tego też np. K o e n i g jeszcze w najnowszym wydaniu swojego podręcznika, z obawy przed możliwem nacięciem otrzewny radzi przeczekać, aż ropień wygórjuje w okolicy wiązadła Pouparta lub na grzbiecie. Ja nie obawiam się tego i postępuję wogóle energicznie w leczeniu tych ropni, jeżeli otwarcie ich uznaję za wskazane. Dostatecznie długim cięciem, warstwowem przecinaniem tkanek, nareszcie używaniem kleszczyków (Kornzange) w najnieдоступniejszych miejscach można się ustrzedz obrażenia otrzewny. Ropień znaczący się w okolicy wiązadła Pouparta nacinam szeroko; palcem wprowadzonym do niego po wypłukaniu ropy śledzę za drobnymi odsłojami (sequester) lub piaskiem kostnym, który się nieraz z ogniska kostnego razem z ropą opuszcza. Nierzadko udaję się dotrzeć aż do tego ogniska mianowicie, jeżeli się ono znajduje w dolnych kregach lędźwiowych. W takim razie wypuklam do wewnątrz czy to palcem wprowadzonym, czy też długimi kleszczykami części miękkie na grzbiecie i nacinam skórę w tem miejscu torując sobie drogę dalszą w głębsze warstwy zwykle na tępo kleszczykami mocnymi, przez co unikamy znaczniejszej utraty krwi. Teraz staram się już krótszą drogą od tyłu dotrzeć do ogniska i wyskrobać ją ostrą łyżeczką pod kierunkiem palca wprowadzonego albo również od tyłu, albo od przodu. W ten sposób wyskrobałem w kilku przypadkach znaczne jamy w trzonie, raz większą jego połowę, która była zajęta.

Czasem trzeba wypłować kawałek wyrostka poprzecznego lub żebra, żeby sobie swobodniejszą drogę utorować. Po oczyszczeniu ogniska kostnego wyskrobujemy ostrożnie całą jamę i przetokę w częściach miękkich, przy czem siły wielkiej używać nie należy, bo tkanki są kruche. Po powtórnem dokładniejszym przestrzykaniu, — naprzód słabym roczynem sublimatu (0,5 : 1000,0), a następnie trzy procentowym kwasu karbolowego — zastrzykujemy do ca-



lój jamy mieszanek gliceryny z jodoformem, i opatrujemy ranę wprowadzając gdzie można, obok sączków długie strzepy gazy jodoformowej<sup>1)</sup>.

Girsztowt, Jasiński, Boeckel, Israël, A. Fraenkel, Watson Cheyne, Vincent i inni wyskrobywali także części trzonu. Fraenkel twierdzi, że się to tylko z bocznych części trzonu udaje; w niektórych z naszych przypadków zdołaliśmy jednak i przednie części trzonu wy-skrobać łyżeczką ostrą odpowiednio wygiętą<sup>2)</sup>.

Ponieważ takie energiczniejsze zabiegi nie dawały i nie dają wyników zadawalniających, a nadto wymagają pewnej oględności, powitano przeto z radością zalecone przez Mikulicza wstrzykiwania mieszaniny jodoformu z gliceryną (10 : 100) do ropni nieotwartych. Nieco później zalecił Verneuil eter jodoformowy (5 : 100), który jednak nie zasługuje na pierwszeństwo, bo sprawia większy ból, nie mówiąc o innych niedogodnościach<sup>3)</sup>.

Zabieg sam jest nadzwyczaj łatwy: wkładamy igłę przyrządu Potain'a lub Dieulafoy'a w obwódzie ropnia, gdzie skóra jest najmniej zmieniona, co chroni chorego od powstania przetoki po wyciągnięciu igły; przeciwnie po nakłuciu ropnia na największej wypukłości przez napiętą i cieniutką skórę łatwo utworzyłby się mogła przetoka. Po wypompowaniu ropy wstrzykujemy 50 do 100 gramów (odpowiednio do wielkości ropnia) — mieszaniny jodoformu z gliceryną lub — jak Bruns chce, jodoformu z oliwą. Następnie zakładamy opatrunek uciskający. Jeżeli ropa na nowo się zbierze — co się bardzo często zdarza — powtarzamy zabieg po 2—4 tygodniach; niekiedy trzeba w przeciągu kilku miesięcy 3—5 razy wstrzykiwać, zanim się otrzyma skutek pożądaný. Tak Verneuil, jak Bruns i Trendelenburg zauważali po takich zastrzyknięciach polepszenie nawet stanu ogólnego.

W nowszych czasach zalecał Billroth zamiast tego nakłócia i wypompowania, szerokie nacięcie i dokładne wyskrobanie ropnia, odszukanie przetok prowadzących do kości, rozszerzenie ich i wyskrobanie ognisk kostnych, zatamowanie dokładne krwotoku, zaszycie całkowite rany a dopiero po tem zastrzyknięcie mieszaniny jodoformowej strzykawką, której rurkę wprowadza się pomiędzy szwami. Sposób ten o tyle więcej się zaleca, że pozwala od razu oczyścić całą jamę, wyjąć odsłoje i dotrzeć aż do ogniska kostnego. Mimo to przyznaje sam Billroth, że właśnie w cierpieniach kręgosłupa jest to postępowanie najmniej pewne, bo trudno w tych przypadkach dotrzeć aż do ogniska kostnego.

<sup>1)</sup> Przyznając, że mimo tak energicznego postępowania otrzymaliśmy nie zbyt świetne wyniki; co prawda jednak to przypadki nasze dochodziły nas zwykle w bardzo oplakany stan. W jednym przypadku świeższym, u chorego dobrze odżywionego leczenie takie odniosło dobry skutek, choć poprzednio przetoki na żaden sposób mimo kilkomiesięcznego troskliwego leczenia nie chciały się wygoić. Po szerokim rozcięciu udało się palcem w jamie trzonu zajętego wymacać mały odsłój, a następnie wydobyć go ostrą łyżeczką.

<sup>2)</sup> Vincent radzi w przypadkach odpowiednich przeprowadzić sączek na wylot nokoło trzonu kręgów, torując sobie drogę już to przez sam trzon wyżłobiony łyżeczką ostrą, już też przed nim (1, drainage prévertébral par le sinus de l'angle de la gibbosité ou prémédullaire par le sinus ouvert en arriere de l'angle formé par le contact des bords antérieurs des vertèbres adjacentes aux corps vertébraux disparus; 2, drainage d'un corps vertébral — drainage vertébral trans-somatique).

<sup>3)</sup> Wskutek powstającego gazu napina się skóra, co nie tylko ból wywołuje, ale czasem nawet gangrenę. Verchère i Reclus widzieli przypadki duszenia się wskutek ciśnienia wywężującego się gazu na tchawicę: Peyrot i Houzel spostrzegali przypadki zatrucia eterowego w postaci narkozy dłużej trwającej, inni zatrucie jodoformowe, gdyż jodoform rozpuszczony w eterze prędzej zostaje wessany. To ostatnie najwięcej przemawia przeciwko używaniu eteru jodoformowego, bo właśnie cały swoisty wpływ jodoformu przypisują jego wolnemu a ciągłemu działaniu na ziarninę grzliczą, a to dzięki jego małej rozpuszczalności.

Obok tych miejscowych zabiegów podajemy choremu zalecany przez Sommerbrodta kreozot w większych dawkach. Tutaj podobnie jak we wszystkich przypadkach gruźlicy miejscowej nie widzieliśmy szybkich ani uderzających wyników, w znacznej jednak liczbie przypadków zdawało nam się, iż gojenie postępowało różnie.

Ropnie opadowe wypuklające się do gardła (*abscessus retropharyngealis*) należy nacinać, trzeba jednak przy tem zachować pewne ostrożności. Nacięcie robimy z początku małe, żeby ropa nie wylała się od razu do gardła i nie zalała choremu krtani. Zapobiegniemy temu tem skuteczniej, operując chorego z głową zwieszoną na dół w położeniu Roesego. Po nacięciu zalecamy choremu częste przepłukiwanie gardła płynami przeciwnilnymi (kal. chloric., kal. permang. acid. boric.) Niebezpieczeństwo zakażenia jest mniejsze, niż by się właśnie tutaj obawiać należało.

W rzadkich przypadkach zniszczenie trzonów postępuje mimo założenia przyrządu rozciągającego tak daleko, a kręgosłup zapada się pod kątem tak ostrym, iż ciśnie na rdzeń pacierzowy. — W kilku takich przypadkach wykonano w najnowszym czasie trepanacye odpowiednich łuków, a w niejednym z nich udało się porażenie nawet kilka lat już trwające usunąć i chorego wyleczyć (*Maison neuve*, *Ollier*, *Macewen* i inni). Naprzód jednak radzimy w każdym takim przypadku, mianowicie świeższym, spróbować ekstensyi.

## II. Zamknięte zakłady lecznicze dla chorych piersiowych i używany tamże sposób leczenia.

Napisał

**Dr. Artur Jaruntowski,**

pierwszy asystent w zakładzie leczniczym Dr. Brehmera dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie.

Suchoty płucne, które *Rühle* słusznie dziedzicznym wrogiem ludzkości nazywa, są bezwarunkowo jedną z chorób najczęściej zachodzących i najbardziej rozprzestrzenionych. Statystyka wykazuje, że 1/7 wszystkich ludzi umiera na gruźlicę płuc, *Bollinger* zaś na podstawie zmian anatomo-patologicznych, znalezionych przy sekcyach twierdzi nawet, że nieomal każdy trzeci człowiek w życiu mniejszy lub większy atak gruźlicy przechodzi. To też zapewne przeciw żadnej innej chorobie nie zastosowano od dawien dawna tak wiele i tak rozmaitych środków, jak właśnie przeciw suchotom, lecz niestety wszystkie te środki, ciągle od nowa pod różnemi postaciami podawane i często z entuzjazmem przyjmowane, okazały i okazują się po krótszym lub dłuższym czasie bezsilnymi przeciw chorobie samej, a jeżeli jaką wartość posiadają, to li tylko symptomatyczną. „Leczenie gruźlicy płuc środkami lekowymi z bankrutowało zupełnie“, powiada słusznie *Gerhardt*. Jedyne sposoby leczenia, uznany dzisiaj za wyłącznie racjonalny i dający też najlepsze wyniki jest leczenie higieniczno-dietetyczne, dążące do wzmocnienia całego ustroju, a przez to do wyleczenia miejscowej choroby w płucach.

Sposób ten leczenia jest właściwie tak dawny, jak w ogóle medycyna jest znana. Już *Hippocrates*<sup>1)</sup> (460—377 a Chr.), w którego dziełach pierwsze wzmianki o suchotach płucnych i spostrzeżonych przypadkach wyle-

<sup>1)</sup> Hippocrat. Lib. III, cap. XII. Paryż 1859.



czenia znajdujemy, zalecał chorym na piersi pobyt w miejscowościach, pod względem klimatu korzystnie położonych, przy najlepszym trybie życia. Późniejsi autorowie, a mianowicie Celsiusz, Plinius Starszy i Galen<sup>1)</sup>, byli również zwolennikami klimatycznego leczenia, i tak Celsiusz polecał chorym piersiowym przeważnie powietrze morskie, Plinius Starszy słał wpływ słońca i bory iglaste, Galen zaś żądał przede wszystkim czystego powietrza, wysyłając chorych w góry na mleczną kuracyą. Ten sam sposób leczenia przyjęła także szkoła arabska a mianowicie Avicenna, który chorych na wyspę Krete wysyłał, ażeby wrzody płucne oczyścić i nieżytom zapobiedz.

Tak więc widzimy, że od przeszło dwóch tysięcy lat higiena i dyetetyka znane były jako warunki zaradcze przy leczeniu gruźlicy płuc. Jeżeli jednakowoż pomimo tego liczba spostrzeżonych wyleczeń z czasów tych jest nader małą, — Ullersperger<sup>2)</sup> znalazł zaledwie dwieście przypadków, poczynając od Hippocratesa, — i jeżeli gruźlica płuc w ogóle za chorobę nieuleczalną przez długie czasy uważaną była, to przyczynę tego szukać należy przede wszystkim w braku dokładnej znajomości choroby samej, a mianowicie zmian anatomo-patologicznych, zachodzących pod tak wieloma postaciami w suchotach płucnych. To też dopiero po bliższem zbadaniu patologicznej anatomii gruźlicy płuc, co mianowicie Laennec'owi i Virchow'owi zawdzięczać należy, przekonano się, szczególnie na podstawie spostrzeżonych przy sekcjach przypadków wyleczenia, że suchoty płucne są chorobą uleczalną. „Patologiczna anatomia, powiada Carswell“, nie dostarczyła zapewne nigdy pewniejszych dowodów uleczalności choroby, jak przy suchotach.“

W jaki atoli sposób wyleczenie gruźlicy płuc *najprędzej* osiągnąć można, zadanie to rozwiązał dopiero Brehmer, który w roku 1854 z Goerbersdorfu racjonalne zasady leczenia dyetetyczno-hygienicznego wytworzył i takowe praktycznie przeprowadził. „Goerbersdorf, powiada znany *phtiseoterapeuta* londyński Weber<sup>3)</sup>, jest dla Europy kolebką górskich stacyi klimatycznych i leczenia na świeżem powietrzu w połączeniu z hydroterapią. Dr. Hermann Brehmer ma zasługę wprowadzenia kombinacji téj w sposób systematyczny i w połączeniu ze ścisłym dozorem nad chorymi pod względem hygienicznym i terapeutycznym.“ System ten Brehmera przyjęli też po większej części i wydoskonalili późniejsi phtiseoterapeuci i on stał się podstawą założonych później stacyi klimatycznych, a mianowicie zamkniętych zakładów leczniczych tego najmłodszego dziecka phtiseoterapii, jak Dettweiler leczenia takie ścisłe zakładowe nazywa, które mianowicie w ostatnich czasach coraz większe uznanie pozyskuje i do którego bezwarunkowo przyszło należy. O leczeniu zakładowem wyraża się Leyden mniej więcej w następujący sposób: „Leczenie gruźlicy w specjalnych zakładach jest ważnym postępem czasów nowoczesnych; kuracya klimatyczna w górach i nad morzem, kuracya mleczna i t. p. były już w czasach starożytnych znane i używane, lecz zaprowadzenie leczenia w osobnych zakładach leczniczych podług zasad dyeteczno-hygienicznych jest dopiero dziełem czasów nowoczesnych i to zasługa niedawno zmarłego Dra Brehmera, założyciela i długoletniego kierownika zakładu w Goerbersdorfie.“

<sup>1)</sup> Galeni de methodo medendi liber V, cap. XII. Lipsk 1825.

<sup>2)</sup> Ueber die Heilbarkeit der Lungenphthisen. Neuwied 1867.

<sup>3)</sup> Vorträge ueber die hygienische und klimatische Behandlung der chronischen Lungenphthise. Dippe 1886.

On to wytworzył tę metodę leczenia suchot płucnych, która dzisiaj największe ma znaczenie i która też dowiodła, że gruźlica płuc w ogóle jest uleczalną. Tą metodą leczenia osiągniemy bezwarunkowo najlepsze wyniki.“ Na wzór zakładu Brehmera w Goerbersdorfie powstało też z czasem tak w Niemczech, kilka innych podobnych zakładów, przeznaczonych wyłącznie lub po większej części dla chorych dotkniętych suchotami płucnymi. Z zakładów w Niemczech należy przedewszystkiem wymienić zakład Falkenstein w górach Taunus, stojący pod kierownictwem Dra Dettweilera, który system leczenia zakładowego, przyjęty po części z Goerbersdorfu, w wysokim stopniu wydoskonalił i tym sposobem obok Brehmera się przyczynił do rozwoju dzisiejszej phthiseoterapii. Inne większe zakłady, istniejące w Niemczech są Reiboldsgrün (zakład Drivera), St. Blasien w Badonii (zakład Haufego), zakład Roempler'a w Goerbersdorfie, i powstały niedawno temu zakład Hohenhoner nad Renem. — Mniejsze sanatoria są Altenbrak i St. Andreasberg w Harzu, zakład hr. Pücklera w Goerbersdorfie, Haidschloss pod Ploen w Holsztynie, Nordrach w Badonii, i Rehburg pod Hanowerem (zakład Kaatzera i Sanatorium Michaelis). Z zakładów poza Niemcami się znajdujących zasługuje jedynie (?) na wspomnienie założony w roku 1889 zakład Turbana w Davosie w Szwajcarii. Wymienione zakłady nie wystarczają jednakowoż ani dla małej części tych wielu chorych na piersi, których w Niemczech samych podług obliczeń Dettweilera znajduje się przeszło milion dwakroć sto tysięcy. Oprócz tego zakłady te, będące posiadłością osób prywatnych lub towarzystw akcyjnych, w których pobyt dość znaczne koszty za sobą pociąga, są niestety tylko dla pewnej klasy społeczeństwa przystępne, podczas gdy większa część dla braku funduszy z instytucji tych korzystać nie jest w stanie. Ażeby i tym ostatnim a mianowicie klasie robotniczej leczenie w specjalnych zakładach umożliwić, istnieją już od dość dawna w Anglii mniejsze i większe sanatoria ludowe, przeznaczone wyłącznie dla chorych piersiowych z klasy uboższej, w Niemczech zaś i w Austrii zakładanie takich sanatoriów ludowych jest dzisiaj ogólnem dążeniem świata lekarskiego, jako i całego społeczeństwa, a początek wykonania tej idei zrobiło miasto Frankfurt nad Menem, zakładając małe sanatorium ludowe we Falkensteinie, stojące również pod kierownictwem Dettweilera.

Jeżeli się teraz zapytamy, na czym polega leczenie zakładowe gruźlicy płuc, i jakie są jego własności, to jak we phthiseoterapii wogóle, tak i tu klimat, higienę i dyetetykę jako warunki zasadnicze w pierwszej linii wymienić należy. Co się tyczy leczenia klimatycznego, to podług Brehmera<sup>1)</sup> pierwszym jest warunkiem, ażeby zakład przeznaczony dla chorych dotkniętych suchotami, znajdował się w górach i to w miejscowości niezakaźliwej (immun), to jest takiej, której mieszkańcy są względnie wolnymi od suchot płucnych. Zadanie to stawiał Brehmer, wychodząc z przekonania, że najgłówniejszym zadaniem przy leczeniu gruźlicy jest wzmocnienie serca, które u osób dotkniętych suchotami jest za słabe do dostatecznego odżywienia płuc, resp. całego ustroju, dalej że wzmocnienie serca li tylko w górach nastąpić może przez zwiększenie ilości skurczów serca wskutek zmniejszonego ciśnienia barometrycznego, jako i przez polepszenie ogólnego odżywienia, w końcu że najlepsze do

<sup>1)</sup> Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht, 1889.



tego warunki są dane tam, gdzie suchoty płucne wcale nie, albo bardzo rzadko występują, to jest w miejscowościach niezakaźliwych (immun). *Niezakaźliwość* miejscowości zależną jest podług Brehmera najpierw od wzniesienia nad poziomem morza, a potem od położenia samego, to jest od szerokości geograficznej, i to tak, że gdy w Niemczech wysokość 500 metrów zupełnie jest wystarczającą, takowa w Szwajcaryi najmniej 1500 do 1700, nad równikiem zaś 3000 do 4000 metrów wynosić powinna. Teoryja ta Brehmera była przez długi czas przedmiotem najżywszych sporów w nauce, i chociaż nie wytrzymała ona w wielu punktach podniesionej przeciw niej krytyki, to jednakowoż pozostaje faktem niezaprzeczalnym, że gruźlica płuc w górach o wiele rzadziej występuje, aniżeli w równinie, i że wzniesienie nad poziomem morza korzystny wpływ na jej przebieg wywiera. Tego dowodzą pomiędzy innemi spostrzeżenia, zrobione przez Jourdana<sup>1)</sup> w Meksyku, które wykazały, że suchoty płucne w Meksyku są na wysokości powyżej 2000 metrów niesłychanie rzadkie, że choroba ta u zamożniejszych mieszkańców prawie zupełnie nie występuje, że usposobienie do gruźlicy, nabyte w młodości gdzieindziej, znika zazwyczaj po osiedleniu się w górach, i że często spostrzegano zupełne wyleczenia u chorych, którzy we Francyi chorobę tę nabyli. Podobne spostrzeżenia zrobił także Gauster w Alpach Austriackich, gdzie w miejscowościach, położonych na wysokości powyżej 730 metrów i posiadających pewne geologiczne własności, suchoty płucne, nader rzadko pomiędzy mieszkańcami występują, a nabyte w innych miejscowościach często zostają zupełnie wyleczone. W Goerbersdorfie zaś, wiosce liczącej przeszło 900 mieszkańców i położonej na wysokości 561 metrów, suchoty płucne występują niesłychanie rzadko; w przeciągu 26 lat, to jest od roku 1854—1880 umarło na gruźlicę płuc z tutejszych mieszkańców zaledwie pięciu, to jest rocznie 0,18<sup>2)</sup>.

Wielu z dzisiejszych *phthiseoterapeutów*, a mianowicie ci, którzy górskiemu powietrzu właściwego działania na sprawę gruźliczą zaprzeczają, pomiędzy nimi także Dettweiler, żądają przy leczeniu gruźlicy przedewszystkiem czystego świeżego powietrza. Jak nam nowsze badania, a mianowicie prace Pasteura wykazały, to czystość powietrza zależną jest przeważnie od zawartości cząsteczek w powietrzu się znajdujących i to nietylko cząsteczek nieorganicznych, lecz przedewszystkiem drobnoustrojów. Jasnym też jest, że jak wrzody zewnętrzne o wiele prędzej i lepiej się goją, jeżeli je przez opatrunek aseptyczny ochronimy przed nieczystościami atmosferycznymi a mianowicie przed drobnoustrojami, tak samo i wrzody gruźlicze płuc oczyszczają i goją się o wiele prędzej pod wpływem czystego aseptycznego powietrza przepełnionego drobnoustrojami. A że te ostatnie obok lasecznika gruźliczego w rozwoju i przebiegu suchot płucnych ważną odgrywają rolę, na te zwracano już dość często uwagę szczególnie w czasach ostatnich, jak to uczynił pomiędzy innymi Cornet, roku przeszłego na kongresie medycznym w Lipsku w pracy swój: O mieszanem zakażeniu w gruźlicy (Ueber Mischinfection bei Tuberculose). Zachodzi więc pytanie, gdzie znajduje się powietrze najczystsze, to jest mniej lub więcej wolne od drobnoustrojów. Ważne dotyczące tu spostrzeżenia zrobił Miquel, badając w różnych miejscowościach powietrze na zawartość bakterii, i badania

<sup>1)</sup> Influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme. Climats d'altitude et de montagne. Paris 1875.

<sup>2)</sup> Brehmer l. c. Roempler.

te dały następujące wyniki: W dziesięciu kubicznych metrach powietrza znalazł on

|    |                                    |                |        |
|----|------------------------------------|----------------|--------|
| 1. | na wysokości 2000—4000 metrów      | ilość bakterii | 0      |
| 2. | na jeziorze Thun (560 metrów)      | " "            | 8      |
| 3. | obok hotelu Bellevue Thun (560 m.) | " "            | 25     |
| 4. | w pokoju hotelu Belevue            | " "            | 600    |
| 5. | w parku Montsouris nad Paryżem     | " "            | 7600   |
| 6. | w Paryżu samym (rue de Rivoli)     | " "            | 55000. |

Liczby te pokazują nam dostatecznie, że w miastach i ich pobliżu powietrze przepełnione jest drobnoustrojami, podczas gdy w górach ilość ich staje się coraz mniejszą, stósunkowo do wzniesienia miejscowości ponad poziomem morza. Czystość powietrza zależną jest także od zawartości cząsteczek nieorganicznych, a mianowicie pyłu, który nietylko w przenoszeniu bakterii pośredniczy, lecz także dostawszy się do płuc, zapalne ich części mechanicznie drażni i do kaszlu pobudza. Pył znajduje się niestety wszędzie, nawet i na pełnym morzu, w górach jednakowoż mniej, aniżeli w równinie, ponieważ w górach pokrytych lasami i łąkami powierzchnia ziemi nie nadaje się po większej części do wytwarzania kurzu, a oprócz tego latem przez dość często przypadające deszcze powietrze staje się wolne od pyłu, zimą zaś aż do późnej wiosny cała przestrzeń pokryta jest śniegiem i lodem. Ażeby chorych jak najwięcej ochronić od wdychania pyłu, żąda też Brehmer, ażeby zakład przeznaczony dla chorych piersiowych, znajdował się zdala od ruchu publicznego, a mianowicie zdala od dróg publicznych, często używanych, które najwięcej kurzu wytwarzają. Pożądanem jest także, ażeby w pobliżu zakładu nie znajdowały się fabryki, zanieczyszczające powietrze dymem i sadzami. Z tego, co przytoczyłem jest widocznem, że powietrza czystego, to jest względnie wolnego od pyłu i drobnoustrojów przedewszystkiem w górach szukać należy, zdala od ruchu publicznego. A jednakowoż gdy w ostatnich czasach kwestyą zakładania sanatoriów ludowych dla suchotników bliżej rozważano, postanowiono sanatoria te stawiać także w pobliżu większych miast, pomimo ogólnego uznania, że czyste powietrze jest pierwszym warunkiem w leczeniu gruźlicy. Czy sanatoria takie również korzystne wyniki leczenia wykażą, jak zakłady w górach się znajdujące, jest to rzeczą bardzo wątpliwą.

Oprócz czystości powietrza jest jednakowoż jeszcze wiele innych czynników, stanowiących właściwość klimatu górskiego, z których najglówniejsze są: 1) Zmniejszona bezwzględnie ilość wilgotności powietrza, resp. powietrze suchsze, 2) powietrze zimne lub chłodne przy zwiększonej ciepłocie promieni słonecznych, 3) powietrze rozrzedzone i niższe ciśnienie, 4) obecność znacznej ilości ozonu. Któremu z czynników tych przy działaniu klimatu górskiego na chorych, dotkniętych suchotami, najglówniejszą rolę przypisać należy, czy czystości powietrza, resp. względnej wolności od drobnoustrojów, jak to przedewszystkiem Weber twierdzi, czy też zwiększonej ciepłocie promieni słonecznych, jak Liebermeister żąda, czy rozrzedzeniu powietrza, jak Brehmer utrzymuje, czy też zwiększonej ilości ozonu, jak Gauster mniema, to jest pytanie, które ze ściśle naukowego punktu widzenia, dotychczas jeszcze nie jest wyjaśnionem, tak samo, jak nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnionem, w jaki sposób czynniki te, stanowiące klimat górski, na chorych w mowie bę-



dających oddziałują<sup>1)</sup>; że jednakowoż oddziałują i to nie tylko na chorobę samą, lecz także na poszczególne jej objawy, to jest faktem niewątpliwym, mianowicie dla tych, którzy dłuższy czas leczeniem klimatycznym gruźlicy płuc w górach się zajmowali. Jeżeli bowiem chorzy, przybywający z równiny w góry, gorączkę, trawiącą ich od czasu dłuższego, w przeciągu kilkunastu dni, jak to się dość często zdarza, zupełnie tracą, jeżeli łaknienie ich, upośledzone dotychczas pomimo najlepszej kuchni w domu, od pierwszego nieomal dnia się wzmacnia, jeżeli poty nocne, trwające pomimo wszelkich środków od czasu dłuższego, często w kilku dniach zupełnie ustępują, czy to nie jest widocznym wpływem powietrza górskiego? Dalej, jeżeli po zniknięciu wyżej wymienionych objawów, to jest gorączki i potów, siły chorego coraz bardziej się wzmagają, jeżeli oddech staje się wolniejszym, a wydzielina i kaszel mniejszymi i jeżeli po krótszym lub dłuższym czasie zmiany patologiczne w płucach mniej lub więcej ustępować zaczynają i w końcu często zupełnie nikną, czy to nie jest wynikiem leczenia klimatycznego? Są naturalnie także przypadki, gdzie pobyt w górach żadnej nie przynosi korzyści i to mianowicie u chorych w ostatnim okresie suchot się znajdujących, których stan pod wpływem klimatu często się nawet pogarsza i śmierć prędzej następuje, aniżeli gdyby byli pozostali w równinie i u tych chorych jest działanie klimatu za silne, a siły za słabe. Zaprzeczyć więc nie można, że klimat górski wywiera wpływ na chorych dotkniętych suchotami płucnymi i to nie tylko na ogólny ich stan, lecz także na sprawę gruźliczą samą. Czy jednakowoż wpływ ten, jak to niektórzy twierdzą, przypisać należy li tylko czystości powietrza górskiego, zdaje mi się wątpliwem.

Podług mego zdania czyste, aseptyczne powietrze górskie wywiera skuteczny wpływ przeważnie miejscowo na zmiany patologiczne w płucach, podczas gdy następujące pod wpływem klimatu polepszenie konstytucyjne, jako to wzmacnianie łaknienia, polepszenie przemiany materii, wzmocnienie serca i cyrkulacji, zwiększenie energii mięśni, nerwów i funkcji skórnej jest wynikiem działania mniej lub więcej wszystkich czynników, jakie stanowią klimat górski. Zachodzi jeszcze pytanie, jaką wysokość powinna mieć miejscowość, ażeby jej nadać właściwość klimatu górskiego. Jak już wyżej wspomniałem, jest to zależnem od szerokości jeograficznej i to tak, że czem więcej na południe miejscowość jest położoną, tem wyższe musi być wzniesienie ponad poziomem morza, czem więcej na północ, tem mniejsze. Główne dotyczące tu liczby stawia Brehmer<sup>2)</sup>, i to dla Niemiec 500 metrów, dla Szwajcaryi 1500 do 1700 metrów, a dla miejscowości nad równikiem 3000 do 4000 metrów. Mniej więcej te same liczby podaje także Weber<sup>3)</sup>, podczas gdy podług Lieber-

<sup>1)</sup> W najnowszym czasie zwrócono uwagę na zmiany zachodzące we krwi po przybyciu w góry. Dotyczące tu badania Eggera z Arosy wykazały, że w wysokości 1800 metrów nad poziomem morza u osób przybywających z równiny, tak zdrowych jak i chorych, liczba krwinek nadzwyczaj szybko się zwiększa, i to przeciętnie w pierwszych 16,5 dniach o 780,000 w mm<sup>3</sup>. U osób zamieszkających w górach znalazł Egger przeciętnie liczbę krwinek przeszło 7 milionów (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte No. 20, 1892). Podobne wyniki wykazały także badania Wolffa i Koeppego w Reiboldsgrün (700 metr.), gdzie tak u zdrowych, jak mianowicie u chorych liczba krwinek czerwonych po przybyciu z równiny, widocznie się zwiększa, podczas gdy zawartość hemoglobiny się zmniejsza (Ueber Blutuntersuchungen in Reiboldsgrün, Münchener Medic. Wochenschrift No. 11, 1893). Odpowiednie badania w Goerbersdorfie (561 metr.), rozpoczęte przez autora, ogłoszone będą później.

<sup>2)</sup> l. c.

<sup>3)</sup> l. c.

man na <sup>1)</sup> w Szwajcaryi wysokość 1000 metrów, a w okolicach tropicznych 2009 metrów ma być wystarczającą.

Z tego, co przytoczyłem o klimacie górskim, możemy stawić twierdzenie, że chociaż nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśnionem, w jaki sposób klimat górski na chorych dotkniętych suchotami płucnymi działa, to jednakowoż w żadnym razie korzystnego działania zaprzeczyć nie możemy, i dla tego przy leczeniu gruźlicy płuc takowy bezwarunkowo uwzględnić powinniśmy. Stósując to do naszego tematu możemy też udowodnić, że przy leczeniu klimatycznem chorób gruźliczych w zakładach leczniczych, pierwszym nieomal jest warunkiem, ażeby zakłady takie znajdowały się w górach, i to w miejscowościach, posiadających rzeczywiście właściwość klimatu górskiego. Nie słusznem mi się też dla tego wydaje zdanie, wypowiedziane przez jednego z dzisiejszych phthiseoterapeutów, że przy leczeniu gruźlicy nie chodzi o to, gdzie ją leczymy, tylko, jak ją leczymy; z wyżej podanych wywodów sądzićby należało, że to pierwsze jest równie ważnem, jak to drugie.

Zakłady w górach mają także tę wielką zaletę, że ponieważ leczenie w nich niezależnie od pory roku tak latem, jak i zimą równie skutecznie przeprowadzonem być może, chorzy każdego czasu kuracją rozpocząć mogą i takowej przy końcu sezonu przerywać nie potrzebują, jak to ma miejsce w innych stacyach klimatycznych, posiadających tylko sezon letni albo zimowy. Przy leczeniu gruźlicy należy przyjąć za zasadę, ażeby chory tam, gdzie się dobrze czuje, i gdzie stan zdrowia się widocznie polepsza, pozostał aż do zupełnego ukończenia kuracyi, nie ma bowiem nic gorszego, jak ciągle jeżdżenie z jednej stacyi do drugiej, z jednego klimatu do drugiego, często wprost przeciwnie wskazanego. Napotykamy wprawdzie dość często twierdzenie, że zima w górach jest za ostra dla chorych, dotkniętych suchotami, że zimne powietrze jest dla chorych tych szkodliwe. Twierdzenie takie jest zupełnie mylne. Suche zimne powietrze górskie wywiera nadzwyczaj korzystny wpływ na chorych piersiowych, i to nie tylko na ogólny ich stan, lecz także na sprawę gruźliczą samą. O Goerbersdorfie naprzykład mogę z własnego doświadczenia powiedzieć, że leczenie zimą jest tu równie skuteczne, u niektórych nawet skuteczniejsze, niż latem; Davos zaś, wykazujące rok rocznie tak korzystne wyniki, jest przeważnie zimą przez chorych uczęszczane.

Znanem jest także, że w krajach północnych suchoty płucne pomiędzy mieszkańcami o wiele rzadziej występują, aniżeli w krajach południowych. Jest wprawdzie pewna kategoria chorych, nie nadająca się po większej części do leczenia górskiego w zimie, to są chorzy, przedstawiający tak zwaną eretyczną postać suchot płucnych, a mianowicie osoby niedokrewne, wrażliwe w wysokim stopniu na zimno; dla tych chorych jest zazwyczaj klimat południowy korzystniejszy. Co się tyczy tego ostatniego, to zaprzeczyć nie można, że posiada on także swoje własności i wywiera w niektórych, a mianowicie w wyżej wspomnianych, przypadkach nader korzystny wpływ na przebieg choroby, że jednakowoż dla większej części chorych pobyt w górach jest skuteczniejszy, i że wyniki leczenia w czystym klimacie górskim są lepsze i trwalsze, aniżeli w łagodnym klimacie południowym; to jest przekonanie większej części dzisiejszych phthiseoterapeutów. Bardzo trafnie Weber <sup>2)</sup> porównuje klimat łagodny

<sup>1)</sup> *Deutsche medicinische Wochenschrift* 1888, str. 1024.

<sup>2)</sup> l. c.



i ostry z odpowiednimi środkami lekowymi. „Są leki, powiada on, jak morfina, która uśmierza kaszel i sprowadza sen, lecz psuje u wielu apetyt; jak antipyrina, która działa zadziwiająco przeciw gorączce, lecz odbiera także często łaknienie. Takich leków należy dla tego po większej części unikać, ponieważ polepszenie odżywienia jest w lecznictwie zadaniem najgłówniejszem. Zupełnie tak samo są klimaty łagodne, które uśmierzają kaszel, lecz zmniejszają apetyt i chęć do ruchów ciała i dla tego tylko w wyjątkowych razach zastosowane być powinny. Naprzeciw tym lekom stoją leki gorzkie, tonica, które nie uśmierzają kaszlu, lecz polepszają łaknienie i wywierają przeto nader korzystny wpływ na chorobę samą. W zupełnie podobny sposób nie uśmierza klimat ostry kaszlu, przeciwnie często go nawet wywołuje, lecz wzmagając łaknienie suchotników i podniecając ich do większego użycia ruchów, działa skutecznie na ogólne wyżywienie i wywiera przez to korzystny wpływ na przebieg gruźlicy.“ Leczenie w stacyach południowych dałoby bezwarunkowo o wiele lepsze wyniki, gdyby stosunki tamtejsze, przedewszystkiem pod względem higieny, były lepsze, gdyby i tam pourządzane były zamknięte zakłady lecznicze dla chorych piersiowych. Na zapytanie, dla czego nie ma nad Riwierą podobnych zakładów, odpowiada Dr. R a n d o h r<sup>1)</sup> mniej więcej w ten sposób, że istnienie dozorowanych zamkniętych zakładów leczniczych nad Riwierą byłoby wprawdzie bardzo na miejscu, mianowicie dla chorych, skłonnych do wykroczeń zdrowiu szkodliwych, do których nad Riwierą aż nadto jest sposobności, że jednakowoż przedsiębiorstwo takie nie byłoby intratne i nie mogłoby się długo utrzymać, ponieważ większa część gości przybywających nad Riwierę składa się z rodzin zamożnych, które nie zdecydowałyby się na pobyt w zakładzie, liczba zaś tych, którzyby ewentualnie z instytucji tych korzystali, byłaby za małą do utrzymania zakładu, uwzględniając jeszcze i to, że sezon nad Riwierą nie trwa dwanaście, lecz zaledwie sześć miesięcy. Nadmienić mi jeszcze wypada, że w ostatnich czasach poruszoną została myśl utworzenia dla chorych, dotkniętych suchotami, tak zwanych sanatoriów na morzu, to jest urządzenie osobnych w tym celu wynajętych okrętów, na którychby chorzy pod nadzorem lekarskim zimowe miesiące przeważnie na morzu Śródziemnem przebywać mogli. Jakkolwiek podróże morskie dla chorych piersiowych, a mianowicie dla chorych w pierwszym okresie suchot się znajdujących, jako i dla rekonwalescentów często korzystny wpływ wywierają, to jednakowoż wątpić należy, czy sposób ten leczenia da się rzeczywiście przeprowadzić i czy będzie równie racjonalny, jak leczenie na stałym lądzie. (Ciąg dalszy nastąpi.)

### III. Tracheotomia.

Podał  
Dr. Drobnik.

Rzadko która operacja tak różnie bywa ocenianą nietylko przez lajków ale i przez lekarzy, jak przecięcie tchawicy. Reputacją swą niekorzystną zawdzięcza tracheotomia tylko wynikowi leczenia krupu za jej pomocą, gdyż przy innych chorobach jako to suchotach lub raku krtani, każdy sobie zdaje jasno sprawę z tego, że tracheotomia jest tylko wskazana objawami zaciśnięcia

<sup>1)</sup> Acco und die Riviera, str. 41.

krtani nowotworami i że usuwając brak tchu, nie usuwa się choroby. Przy dławcu, dającym wogóle wyniki leczenia nadzwyczaj niekorzystne ze względu na jego przyczynę chorobową, tracheotomia daje niekorzystne wyniki głównie z powodu *niewłaściwego jęj zastosowania*. Dla udowodnienia powyższego twierdzenia nie od rzeczy będzie przedstawić warunki w jakich po większej części robimy tracheotomię przy dławcu i zwrócić uwagę ze względu na rodziców dziecka na rokowanie przed i po operacji.

Dławiec występuje w naszych stosunkach zdrowotnych, o ile z trzechletniej praktyki w Poznaniu i na podstawie blisko ośmdziesięciu obserwowanych przypadków zauważyć mogłem przez cały rok. Szczególnie często zdarza się na jesień i na końcu zimy w czasie, w którym i błonica endemiczna u nas w znaczniejszej liczbie przypadków spostrzegać się daje. W pracy mój ogłoszonej w *Nowinach lek.* w 1891 pod tytułem „Dwadzieścia tracheotomii wykonanych w Poznaniu w jesieni 1890 r. etc.” podniosłem na samym wstępie ważność w rokowaniu pory roku, w której dławiec występuje. Na mocy kilkoletniego doświadczenia z kliniki królewieckiej, doszedłem wtenczas do przekonania, że epidemie wiosenne dają daleko niepomyślniejsze rokowanie od epidemii jesiennych. Przyczynę zjawiska tego upatrywałem w osłabieniu organizmu dziecięcego przez zimowanie w pomieszkaniach dusznych i w złym odżywianiu podczas zimy dzieci ze sfer robotniczych, nie mających podczas zimy, ogółem wzięwszy, dostatecznej sposobności zarobkowania. I dziś jeszcze nie popuszczam zupełnie pierwotnego twierdzenia pomimo, że w obecnym roku stoję przed wynikami tracheotomii, obalającymi powyższą hipotezę. Na 10 tracheotomii, wykonanych w bieżącym roku, w drugiej połowie zimy i na jej końcu, dwa tylko przypadki zakończyły się śmiercią, podczas gdy znaczna bardzo część dzieci operowanych jesienią przeszłego roku uległa chorobie. — Spostrzeżenie to dowodzi, że uogólnienie powyższej hipotezy jest niesłusznym, i że przyczyny złośliwości dyfteryi i krupu są więcej skomplikowane niż początkowo przypuszczałem. Badania bakteriologiczne istoty rzeczy nie tłumaczą wcale. Na cóż mi zda się poświadczenie, że dyfterya, w której oprócz prątków Loefflera znajdujemy i paciorkowce (streptokoki) jest złośliwą podczas, gdy dyfterya, w której same tylko Loeffler'owskie prątki spotykamy *zwyczajnie* (?!), łagodnością się odznacza. Tak długo dopóki nie poznamy warunków atmosferycznych i telurycznych sprzyjających rozwojowi złośliwych zarazków, tak długo bezsilną okaże się większa część środków higienicznych, stosowanych przeciw zarazie a dyktowanych przy stoliku laboratorium bakteriologicznego. Ale nie tylko ogólne higieniczne środki na bardzo kruchych stoją podstawach i nie odjęły nic ze złośliwości epidemii każdorazowej a nie przyczyniły się do łagodnego jej przebiegu. I środki lecznicze zastosowane w każdym pojedynczym przypadku uważać należy jako w gruncie rzeczy *bezsilne* wobec rzeczywistej złośliwości choroby. Przyznaję, że za pomocą *łagodnych* środków odkażających umiejętnie a przede wszystkim ostrożnie i z uwzględnieniem każdego pojedynczego przypadku, zastosowanych, można wpłynąć poniekąd na przebieg choroby, ale jako iluzję uważam wszystkie reklamowane szeroko rezultaty leczenia za pomocą jakichkolwiek bądź specyfików. Najpotężniejszym środkiem chyba jest termokauter ze wszystkich stosowanych przeciw dyfteryi. Cóż, kiedy tego środka w bardzo tylko ograniczonej liczbie przypadków użyć można, a w przypadkach tych, w których z dobrym skutkiem użyty on został, po dokon-



niu tego heroicznego dosyć rękoczynu na pytanie, czy propter czy post hoc nastąpiło wyleczenie przyznać musimy na podstawie innych spostrzeżeń niekorzystnych, nie chcąc się poddawać niebezpiecznym złudzeniom, że zniszczenie jednego lub kilku nawet *widocznych ognisk dyfterytycznych*, nie usuwa radykalnie choroby.

Krótko reasumując powyższe twierdzenia, stanowisko moje wobec środków leczniczych zastosowanych przeciw błonicy i dławcowi określić mogę w kilku słowach: *Specyfików przeciw błonicy nie znamy, wszystkie środki przeciw tej chorobie stosowane są więc tylko środkami paliatywnymi.*

Żaden z lekarzy, wiedząc o tem dobrze, że znaczna jeżeli nie przeważna część sztuki lekarskiej opiera się na umiejętnym zastosowaniu paliatywnych środków, nie lekceważy dla tego zabiegów lekarskich przy dyfteryi; przeciwnie godząc się na powyższe twierdzenie, bierze on pod rozwagę nie tylko samo zakażające agens chorobowe, ale także i konstytucyą chorego, wybiera stosowne do przypadku środki i stosuje do indywidualności przypadku swoje rokowanie.

Dławiec jest błonią krtani eventualnie tchawicy i oskrzeli.

Logicznym wynikiem tego jest przeświadczenie, że wszystkie środki stosowane przeciw dławcowi mogą być tylko paliatywnymi. Czy stosujemy emetyki, czy inhalację jakimikolwiek bądź środkami, czy okłady zimne na okolicę krtani, czy wcieranie szaruchy, czy pijawki, intubacją czy tracheotomią wszystkie te środki, z których *każdy ma swoje uprawnienie, są środkami paliatywnymi.*

Niewątpliwie zdarzają się wypadki dławca, w których przy często wyczekującej terapii bez użycia żadnych z powyżej wymienionych środków następuje odłączenie się samodzielne błon i ich wykrztuszenie z następnem wyleczeniem. Przypadki te jednak są bardzo rzadkie. W całej mojej praktyce znam z własnego spostrzeżenia tylko dwa, w których nie widząc nagłej indykacji do tracheotomii, zdecydowany w każdej chwili, z przyzwoleniem przygotowanych na to rodziców do jej wykonania, skonstatować mogłem samoistne wyleczenie bez użycia żadnych środków oprócz trochę liq. am. anst. i lekkich inhalacji roztworem octanu glinu. Przypadki te jednak są bardzo rzadkie i odznaczają się łagodnym bardzo przebiegiem dyfteryi i silną konstytucyą dzieci.

Do téj saméj kategorii szczęśliwie wyleczonych z dławca przypadków zaliczyć należy także wszystkie te, które wyleczone zostały z pomocą bardziej już energicznych środków paliatywnych, do których zaliczyć należy przystawianie pijawek poniżej krtani i zimne okłady na krtani. Nie ulega wątpliwości, że przy szerokim otworze krtaniowym obrzmienie strun głosowych, spowodowane zapaleniem dyfterytnym, dopływ powietrza do płuc dostatecznym być może i że zmniejszając nadkrwistość krtani spowodowaną, a zapaleniem potęgowaną wybuchami kaszlu za pomocą pijawek lub okładów zimnych, dopomagamy sprawie naturalnego leczenia i przeprowadzamy chorego na dławiec przez krytyczne momenta. Skutek jednak tych środków jest w przeważnej ilości wypadków wątpliwy, nie wystarczający i powodujący chwilowe, przechodzące polepszenia, choć jak jeszcze raz powtarzamy wynik ostateczny takiego leczenia we wyjątkowych przypadkach dobrym być może.

Bardzo ulubionym środkiem przeciw krupowi używanym jest emeticum w jakiegobądź formie. Używanie emetyków przy krupie ma dwojaką podstawę. Najpierw często się zdarzają przypadki, pseudokrupem zwane, występujące

zwłaszcza na wiosnę, w których dzieci zupełnie zdrowe, bawiąc się na świeżym powietrzu, po powrocie do domu zwykle nad wieczorem zaczynają krupowo kaszleć. Rodzice sami wołają lekarza, który zajrzawszy do gardła, nie znajduje oprócz lekkiego przekrwienia żadnych objawów dyfteryi. Tymczasem w przeciągu kilku godzin obrzęknięcie błony śluzowej krtani zwiększa się, dzieci zaczynają się dusić gwałtownie. W tych razach lekarz doświadczony daje jakiegokolwiek emeticum, najczęściej i najracjonalniej cuprum sulf, poczem następuje podczas wymiotów wykrztuszenie znacznej ilości śluzu z krtani i natychmiastowe polepszenie wszystkich objawów zcieśnienia krtani.

Przypadki takie nie mające z błonicą krtani nic do czynienia, ogólnie a niesłusznie krupem nazywane, powodują w znacznej części i używanie emetyków jako środka leczniczego przy prawdziwej błonicy krtani, przy krupie, niestety prawie zawsze z fatalnym wynikiem. Drugim powodem, podtrzymującym jeszcze emetyki jako środek leczniczy krupu w gronie lekarzy, jest spostrzeżenie przypadków rzeczywistego krupu, odznaczającego się łagodnym przebiegiem i małą skłonnością do zaciśnięcia krtani, w których lekarz przywołany już w czasie samodzielnego złuzowania się błon, zadawszy środek wymiotny, powoduje wykrztuszenie błon i usunięcie natychmiastowe wszystkich objawów zaciśnięcia krtani. Przypadki te zdarzają się niewątpliwie. Sam miałem sposobność spostrzegania przypadku, podobnego z kol. D z i e m b o w s k i m, z którym zawołany do zrobienia tracheotomii, cofnąłem się w ostatniej chwili od operacyi, zauważywszy po wykrztuszeniu błon znaczną poprawę, trwającą przez dwa dni, po upływie których jednak tracheotomia okazała się konieczną i ze szczęśliwym skutkiem wykonaną została.

Przypadki krupu wrzekomego i powyżej opisane bardzo rzadkie przypadki krupu rzeczywistego ze szczęśliwym skutkiem leczone emetykami, podtrzymują w znacznej części jeszcze używanie tych środków. Ale jest jeszcze jeden powód, dla którego lekarze nie mogą odstąpić od używania emetyków.

Otóż zaprzeczyć się nie da, że przed wymiotami i niejaki czas po wymiotach gwałtowny brak tchu się uspokaja, że dzieci rzucające się rozpaczliwie, uspokajają się na kilka godzin pomimo, że żadnych błon nie wykrztusiły podczas wymiotów. Przyczynę tego szukać jednak należy nie w leczniczym działaniu na sprawę krupową, nie w zmniejszeniu się zapory w drogach oddechowych, lecz w osłabieniu odruchowem czynności serca, a skutkiem tego zmniejszeniu zapotrzebowania tlenu. Dzieci takie nie przychodzą rzeczywiście do siebie, różowa barwa nie wraca na wargi, sinica rozlewa się równo po całym ciele. Przez bladą skórę wszędzie prześwieca krew słabo utleniona. Stan taki rzekomej poprawy trwa kilka godzin, by ustąpić miejsca gwałtownym napadom braku tchu, spowodowanym wzmożoną czynnością serca i silniejszym zapotrzebowaniem tlenu. Z tego wynika, że środki wymiotne wskazane są przy prawdziwym dławcu tylko wtenczas, gdy przypuszczać możemy, że błony dyfterytyczne w krtani są już złuzowane, a więc jeżeli sprawa chorobowa przy odpowiedniej objętości krtani i znacznych sił chorego i łagodności choroby, trwająca już kilka dni, jest bliską pomyślnego końca. Możliwem jeszcze a nawet powiedziałbym poniekąd wskazanem jest użycie środków wymiotnych w razach, w których zdecydowaną jest tracheotomia, ale jeżeli takowa ze względów czysto okolicznościowych dopiero po jakimś czasie może być wykonaną. Czekając na tracheotomię kilka godzin przy bardzo utrudnionem od-



dychaniu, dziecko męczy się bardzo, szczególnie jeżeli ma być transportowane do jakiegoś miejsca koleją lub powozem. Zwykle rodzice bojąc się zaziębienia otulają silnie całą głowę i piersi dziecka, utrudniając jeszcze bardziej oddech. Dzieci takie też często konające, prawie zaduszone przywożą rodzice ze wsi okolicznych do zakładu św. Józefa. W razach takich uspokojenie pragnienia tlenu za pomocą emetyków uważam jako wskazane. Bardzo dobrym środkiem w tem samem sensie co poprzednie działającym, są zimne okłady na krtani zastosowane choć samo się przez się rozumie, że lecznicze ich działanie ogranicza się tylko do zmniejszenia przekrwienia błony śluzowej krtani i do zmniejszenia obrzęku strun głosowych.

Pozostałyby jeszcze z pomiędzy wszystkich środków paliatywnych dwa najważniejsze t. j. intubacja i tracheotomia. W ostatnich latach stosowano intubację, chcąc nią zastąpić tracheotomię we wszystkich krajach. Rezultatem wielu doświadczeń jest przeświadczenie, że w zwykłych warunkach intubacji z tracheotomią konkurować nie może, ze względu na stosunkowo częstą konieczność zastąpienia intubacji tracheotomią, w razach utrudnionego odżywiania spowodowanego rurką per os wprowadzoną do krtani. Najważniejszym jednak powodem, dla którego intubacja nie może zepchnąć tracheotomii na drugi plan, jest konieczność obecności lekarza przy dziecku intubowanym, ażeby zapobiedz rozmaitym przypadłościom zdarzającym się przy intubacji jak np. wykasznięciu lub spadnięciu rurki i gwałtownym skutkiem tego objawom, które usunąć można tylko za pomocą tracheotomii. Intubacja dla tych powodów stosowaną być może tylko w zakładach, posiadających lekarza, który mieszkając w zakładzie i gotów być może na każde zawołanie. Co się tyczy odsetki śmiertelności dzieci leczonych na dławca za pomocą intubacji lub tracheotomii, to dotychczas w niewielu tylko statystykach przewyższy liczba wyleczonych dzieci na dławca przez intubację liczbę uratowanych za pomocą tracheotomii. Przeważna ilość autorów oświadcza się za tracheotomią także na mocy statystyki, która niestety rzadko w jakiej chorobie tak jest zwodniczą jak w dławcu. W warunkach, w jakich w naszych stosunkach decydować jesteśmy zniewoleni, co robić przy dławcu, czy intubacją, czy tracheotomią, zdaniem mojem, tylko ostatnią zalecać możemy, nie ujmując doniosłości intubacji, przy leczeniu zwężeń krtani powstałych wskutek owrzodzeń tyfusowych, luetycznych, lub tym podobnych. Najważniejszym pytaniem, na które przy omawianiu ważności leczniczej tracheotomii przy dławcu, odpowiedzieć sobie jasno trzeba, jest sprawa wczesnego czy późnego operowania.

Najpierw zaznaczyć muszę, że operować należy i w przypadkach już tak daleko posuniętych, że zdają się zupełnie stracone. Widzimy jednak raz po raz, choć niestety rzadko, że dzieci w ostatniej zdaje się walce ze śmiercią znajdujące się, za pomocą tracheotomii uratować jeszcze można. Zwykle jednak osłabienie serca w skutek długiego braku tlenu a szczególnie zapchanie drobnych oskrzeli wydzieliną nie wyrzuconą uniemożliwia wszelki ratunek. — Dzieci takie ożywają się na kilka lub kilkanaście godzin, tętno jednak nie podnosi się, oddech choć nie utrudniony ale powierzchowny, szybki aż do 60 na minutę, wskazują nam wyraźnie na niemożliwość skutku dodatniego tracheotomii. Otoczenie widząc dziecinę przywróconą do życia, prawie zaczyna nabierać nieuprawnionej nadziei, lekarz się łudzić doraźnym i złudnym skutkiem tracheotomii nie powinien.



## B. Spostrzeżenia z praktyki.

### Przypadek niespostrzeganego dotąd tworu podwójnego. (*Gastrodidymus bismasculus*).

Podał

Dr. Bociański (Kamionka n. Dniestrem).

Rozmaitość form potworności została jeszcze wzbogaconą przez okaz dwugłównia, obserwowanego w styczniu tego roku w mojej prywatnej praktyce. W literaturze traktującej o tym przedmiocie<sup>1)</sup> o podobnym przypadku nie znalazłem żadnej wzmianki; kazalem więc okaz ten dla dokładniejszego uwydatnienia jego form fotografować i załączam notatek kilka o porodzie i o budowie tworu tego:

Matka jego silnie zbudowana, 30-letnia Mołdawianka z Besarabii, w ciągu 10 lat urodziła szczęśliwie dziesięcioro dzieci zdrowych. Poród potworu trwał 15 godzin. Już na kilka godzin przed mojem przyjściem wyszła była z pochwy jedna główka i jedna górna prawa kończyna; nasze niedyplomowane wiejskie baby próbowały bezskutecznie sztukę ekstrakcyi przez pociąganie za części wypadnięte. Badanie wewnętrzne skutkiem chaosu znajdujących się w pochwie kończyn było dosyć utrudnione, ale przekonawszy się, że mam do czynienia z jakimś podwójnym tworem, uważałem, że najlepszym sposobem ukończenia porodu byłby obrót na nóżkę, jeżeli mi się uda takową w tym zamęcie i przy tetanicznie skurezonej macicy uchwycić. Odciałem więc najprzód części ze śromu wiszące, znalazłszy nóżkę łatwiej, aniżeli się spodziewałem, zrobiłem obrót; wydobyte już żadnych trudności nie przedstawiało; łożysko wyszło bez wszelkiej pomocy.

Budowa zewnętrzna tworu: Wszelkie znaki przemawiają za tem, że płód ten doniesiony. Forma główek różni się znacznie, a w rysach twarzy najmniejszego nie spostrzegłem podobieństwa. Przy oglądaniu skóry uderzył mnie szczególnie ten objaw, że ona na dolnych kończynach, brzuchu, lewej klatce piersiowej i lewej głowie oznaki początkującego zbutwienia miała, zaś na prawej głowie i klatce piersiowej ciemno-siniej barwy była, jak u noworodka asfyktycznego. Kręgosłup aż do ostatniego kręgu piersiowego podwójny i zrosnięty z kręgami lędźwiowymi w formie Y; łopatek i obojczyków po 4; dwa mostki piersiowe. Prawa połowa piersiowa u jednego, jakoteż lewa u drugiego są prawidłowo rozwinięte, dwie stykające się tworzą jedną jamę piersiową. Części płciowe podwójne, męskie; penis, scrotum i testicula dobrze rozwinięte. Jedne znajdują się przy spojeniu łonowem, drugie na miejscu ujścia stolcowego, które obok nich z prawej strony się mieści. Dotąd potworu podwójnego z podwójnymi i do tego zupełnie rozwiniętymi częściami rodnymi jednego rodzaju nie spostrzeżono<sup>2)</sup>, dałem więc dla bliższej charakterystyki jemu przydomek *bismasculus*. Dolnych kończyn jest jedna para.

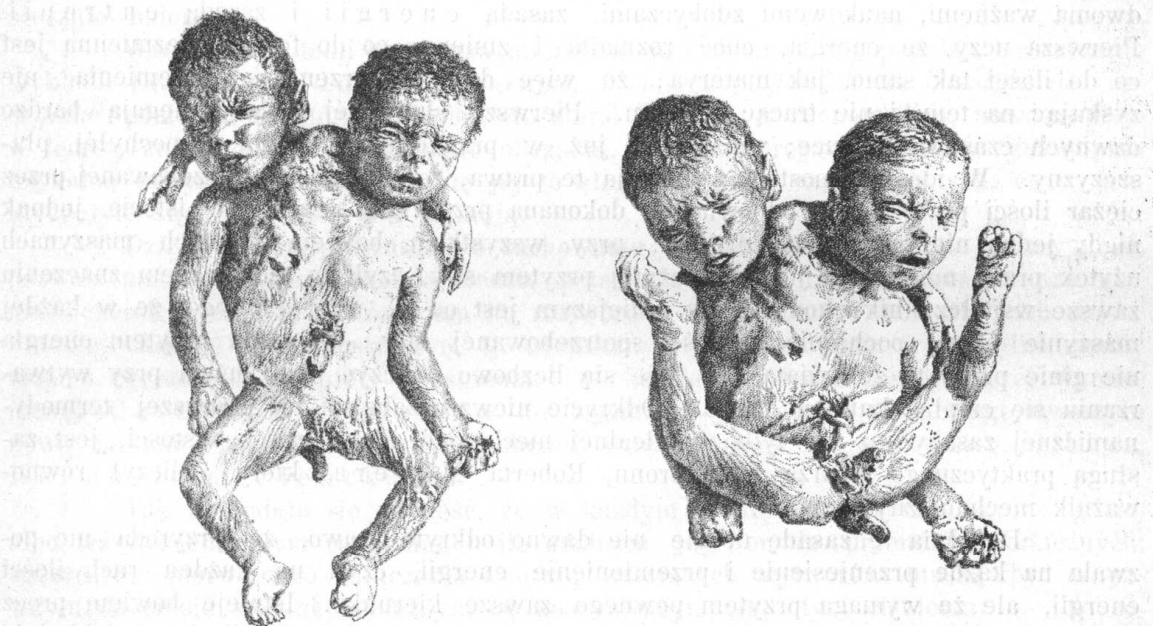
<sup>1)</sup> Cf. Ahlfeld, Geoffroy St. Hilaire, Dareste, Virchow, Förster, Panum, Reichert, Perls, Gurlt, Rauber, J. C. L. Barkow, W. F. C. Faber Gruber i Léon Gerlach.

<sup>2)</sup> Cf. przypadki Blanda, Böchnera, Sandiforta, Grubera, Barkowa i innych. (Foerster: Die Missbildungen des Menschen II wyd. Jena 1865 str. 23 i 24 oraz rysunki w 9, 10, 11, 12 i 13 na I tablicy atlasu Foerstera).



Ustrój wewnętrzny: W prawej i lewej połowie piersiowej znajduje się po jednym płucu; wspólna jama płucowa zawiera 1) w kącie obojczykowo-mostkowym szczątek płuca, od reszty jamy zamknięty przeponą; 2) płuco o 5 płatach, znacznie większe od prawidłowego; 3) serce o zwykłych rozmiarach, wspólne obu ciałom. Tuż pod sercem i płucem 5 płatowem leży ogromnej wielkości wątroba. Nerki, żołądek, kiszki i pęcherz jak u noworodka dobrze rozwiniętego, pojedyncze. Z pęcherza odchodzi do każdego prącia osobna cewka moczowa.

Na zakończenie muszę dodać kilka słów, które służyć mogą jako przyczynek do teorii o sugestyi i do kwestyi o wpływie chwilowych lub trwałych



wrażeń matki na rozwój płodu: Matka wyżej opisanego okazu utrzymywała prócz z mężem także stosunki długoletnie z kochankiem i podobno obaj ci mężczyźni mogą sobie rościć prawo ojcostwa do potwora. Kochanek znów ma żonę zazdrosną, która postami i modlitwą serce męża odzyskać się stara; gdy to nie pomaga, wpada do chaty swojej rywalki, zlorzeczy i przeklina ją wyrazami, że to, co pod sercem nosi, z dwoma głowami na świat się pokaże. Było to mniej więcej, jak mi rodząca opowiadała, *w pierwszych dniach tej ostatniej ciąży(!)*, a przekleństwo to tak ją przeraziło, że dzień i noc całe myślała o niem i w ciągłej była obawie w czasie całej ciąży, że zlorzeczenia zawziętej rywalki się ziszczą i to co urodzi dwie głowy mieć będzie. — Dotąd akta w kwestyi psychicznego wpływu matki na rozwój jajka nie są jeszcze stanowczo zamknięte. Gdy jedni w tem tylko bajki i zababon widzą, drudzy (Lavry, Ringwood, Williamson, Brydon i inni), a między nimi i lekarze i filozofowie znakomici wierzą w tę siłę psychiczną i na podstawie licznych i sumiennych obserwacji wskazali jej już właściwe miejsce w nauce<sup>1)</sup>. W opisanym wypadku, przekonywającym faktem i opowiadaniem samej matki zniewolony, do wiernych się zaliczam.

<sup>1)</sup> W ostatnich tygodniach wyszła w Berlińskich klinicznych wykładach No. 51 umiejętnie i źródłowo napisana rozprawka Dr. Preussa p. t. *Vom Vershen der Schwangeren*. W pracy tej podana jest sprawa wrażeń matki na płód dokładnej i krytycznej analizie. Za mo-

## C. Oceny i Sprawozdania.

### 1. Anatomia fizylogia, chemia i fizyka lekarska.

#### *O fizykalnej teorii roztczynów.*

Rzecz opracowana według wykładu prof. Hansa Jahnna na tegorocznym zjeździe balneologów w Berlinie.

Nowa jeszcze nauka, którą obecnie nazywamy *thermodynamiką*, podczas gdy R. Clausius nazywał ją mechaniczną teorią ciepła, obdarzyła fizykę dwoma ważnymi, naukowymi zdobyczami, zasadą energii i zasadą entropii. Pierwsza uczy, że energia, choć rozmaita i zmienna co do formy, niezmienną jest co do ilości tak samo, jak materya; że więc daje się przenosić i przemieniać, nie zyskując na tem, i nie tracąc przytem. Pierwsze ślady tej zasady sięgają bardzo dawnych czasów w nauce; widzimy je już w prawidłach dźwigni i pochyłej płaszczyzny. W idealnej postaci wymagają te prawa, żeby zawsze spotrzebowanej przez ciężar ilości pracy ściśle odpowiadała dokonana przez siłę praca. W istocie jednak nigdy jedna nie jest równą drugiej; przy wszystkich bowiem ludzkich maszynach użytek pracy mniejszym jest od zużytej przytem siły, czyli w technicznym znaczeniu zawsze współczynnik ekonomiczny mniejszym jest od 1., a to dla tego, że w każdej maszynie opory pochłaniają część spotrzebowanej siły. Utracona przytem energia nie ginie przez to ze świata, ale daje się liczbowo obliczyć jako zużyta przy wytwarzaniu się ciepła skutkiem tarcia. Odkrycie niewzruszalności tej pierwszej termodynamicznej zasady już nie tylko w idealnej mechanice, ale w rzeczywistości, jest zasługą praktycznego lekarza z Heilbronn, Roberta Mayera, który obliczył równoważnik mechaniczny ciepła<sup>1)</sup>.

Dopełnia tę zasadę drugie nie dawno odkryte prawo, że przyroda nie pozwala na każde przeniesienie i przemienienie energii, czyli na każdy ruch ilości energii, ale że wymaga przytem pewnego zawsze kierunku. Istnieje bowiem prócz energii inna jeszcze wielkość, odnośnie do ruchu dająca się liczbami dokładnie określić, a którą Clausius, biorąc wszystkie ruchy energii za przemiany energii, nazwał *entropią*. Prawo więc opiewa, że w naturze tylko *takie zmiany fizyczne i chemiczne są możliwe, przy których entropia* (odnośnego systemu) *przybiera*, t. j. rośnie a przynajmniej stałą pozostaje. Z góry więc można uważać jako niemożliwy wszelki proces chemiczny, fizyczny lub inny, w którymby entropia się zmniejszała. — Skoro entropia jakiego systemu dosięgła najwyższego punktu, tak, że już dalsze jej wzrastanie jest wykluczonem, wtedy wykluczonemi też są wszystkie dalsze zmiany jego, wtedy system jest już w stałej równowadze. Zasada ta, że *entropia wszechświata nieustannie się wzmacnia*, obecnie ma w nauce znaczenie równorzędne z zasadą zachowania energii.

Zasługę główną, a więc pierwszą odkrycia tej prawdy ma Sadi Carnot<sup>2)</sup>, który już jako 28-letni oficer francuzki w roku 1824 wystąpił z pracą, zawierającą pierwsze uzasadnienie prawa entropii, choć wyraz ten ani razu nie jest wspomnianym.

żliwością oddziaływania psychicznego matki na płód przemawiać ma zdaniem autora choćby ten wzgląd, że np. osesek często reaguje na psychiczne wrażenia matki dyspepsyą, chociaż w mleku matki nie można wykryć żadnych fizykalnych lub chemicznych zmian, któreby posadzić można że wywołały u oseska dyspepsyą. Chcąc mieć jednakże niezbite dowody na to, że psychiczne wrażenia matki mogą spowodować materyalne zmiany w rozwoju i budowie płodu, domaga się Preuss wykazania następujących postulatów: Dziedziczność musi być wykluczona i odnośny lekarz powinien być przed urodzeniem się dziecka powiadomionym o doznanych psychicznym wpływie matki. Autor pochwała przy tej sposobności propozycyą Drzewieckiego, aby wypróbować, czy też np. przez sugestyą ciężarnej nie można u płodu spowodować utworzenie się niewinnego znamienia macierzystego na jakiej obojętnej części jego ciała. Cf. także w *Now. lek.* 1891 str. 44 feljeton Drzewieckiego „o wpływie wrażeń matki na ukształtowanie się płodu, czyli o tak zw. „zapatrzeniu się ciężarnych“. (Red.)

<sup>1)</sup> Bemerkungen ueber die Kraefte der unbelebten Natur, 1842.

<sup>2)</sup> Réflexions sur la puissance motrice du feu et sur les machines propres à développer sa puissance. Paris 1824.



Nie starszym od niego był też genialny lekarz heilbroński R. Meyer, kiedy po raz pierwszy ogłosił swe obliczenia mechanicznego równoważnika (aequivalent) ciepła. Doczekał się on jednak choć dopiero w 20 lat później uznania powszechnego, gdy mu r. 1862 Tyndall publicznie przyznał pierwszeństwo w odkryciu naukowym największym tego wieku. Odtąd prawo to nosi imię Roberta Mayera. Mniej atoli szczęśliwy był w tym względzie Sadi Carnot, który także był obliczył mechaniczny równoważnik ciepła, choć opierał się jeszcze na dawniej teorii ciepła; dla tego nie mógł w swym czasie nikogo przekonać; — nie jego więc imię nosi zasada energii — a co się tyczy prawa *entropii*, którego on jest bezsprzecznie ojcem, nosi ono obecnie nazwę nie jego samą, ale Carnota i Clausiusa, gdyż dopiero Rudolf Clausius<sup>1)</sup> usuwając niektóre kruche podpory a wypełniając luki w pierwotnej teorii Carnota wywalczył jej stanowisko w nauce, jakie się jej słusznie należało.

Wzmiankami temi historycznemi uważałem za konieczne poprzedzić streszczenie wykładu Dra Hansa Jahna o *obecnych w nauce poglądach na konstytucję rozczynów*, ponieważ niektórzy, mianowicie starsi lekarze, z ruchem tym nowoczesnym w teoretycznej fizyce i chemii mało obeznani, nie zainteresowaliby się w tym stopniu fizykalną teorią roztworów, jak się jej to słusznie należy ze strony tych, co w praktyce tyle się roztworami soli zajmują.

Dzięki znajomości zasady o zachowaniu energii (prawa Rob. Mayera), pozwala nam teoretyczna chemia śledzić przechodzenie energii w różnych przemianach chemicznych. — Zastosowana do roztworów n. p. solnych pozwala nam najdokładniej określić ich konstytucję, tj. chemiczny i fizykalny stan, jeżeli tylko znamy stopień zgęszczenia, ciepłoty i ciśnienia. — Zastosowanie zaś zasady wyżej wymienionej Carnota i Clausiusa do zagadnień chemicznej równowagi stworzyło nową całkiem epokę w teoretycznej chemii, dzięki pracom Horstmann'a, Gibbs'a, Helmholtz'a, Plencka itd.

Tak np. udało się dowieść, że w każdym jednolitym systemie, np. w gazie, albo też rozcieńczonym roztworze, o ile zdolnym jest on do przemian chemicznych, zgęszczenia pierwotnego połączenia i nowopowstających wytworów muszą być w pewnym do siebie stosunku zależnym od koncentracji, ciepłoty i ciśnienia. — To równanie wyprowadzone przez Plencka z zasady nieustannego powiększania się entropii jest nader ważnem, gdyż zawiera w sobie wyjaśnienie wszystkich zagadnień chemicznej i fizycznej równowagi roztworów i gazów.

Tak np. wynika z niego, że przy rozczynianiu soli kuchennej (NaCl) w wodzie rozluźnia się stały przedtem związek sodu i chloru na pojedyncze ich atomy, które jednak całkiem inne mają własności od molekularnego sodu lub chloru. Skoro atoli tak daleko idące rozluźnienie łączności składników molekularnych wynika nieuchronnie z zasad termodynamicznych, nie pozostaje nauce nic innego, jak tylko badać drogi, któremi się da określić, jak daleko w każdym przypadku postąpiło to rozluźnienie w molekułach związków roztworzonych i rozdrobnienie ich na oddzielne centra energii.

Wiadomo od dawna, że rozwijająca się z roztworów nasycona para wodna, mniejszą ma prężność od nasyconej pary rozwiniętej z wody czystej przy tej samej ciepłocie. Otóż termodynamika uczy, że gdy w „*n*“ ciężarach molekularnych lotnego środka rozpuszczającego rozpuszczonych jest *n*, molekularnych ciężarów nielotnej substancji i to w takim rozcieńczeniu, że przy dalszym dodatku roztwarzającego środka nie zmienia się już w sposób dający się odmierzyć tonowanie ciepła (?) (Waermetönung), w takim razie względna obniżka ciśnienia pary równą jest stosunkowi ilości roztworzających molekuł do ilości molekuł roztwarzającego ciała. Tak np. w roztworze 10% obniżka ciśnienia pary wywołana jednym molekułem roztworzonej substancji równą jest molekularnej wadze środka roztwarzającego, podzielonej przez 100. Tak proste prawo, które Raoult empirycznie odkrył o wiele rychlej, nim je wywiódł teoretycznie, dotąd zawsze się sprawdzało. Z niego wynika, że dla roztworów wodnych zniżka molekularnego ciśnienia pary wynosi 0,18. Odnosi się to do organicznych substancji, jak cukier, gliceryna, mocznik. Za to nieorganiczne

<sup>1)</sup> R. Clausius. Die mechanische Waermetheorie, 1876.

związki, np. mianowicie kwasy, zasady i sole, mają o wiele wyższą zniżkę tego ciśnienia, czasami nawet dwukrotną lub trzykrotną; trzeba więc przypuszczać, że przy tej zmianie liczba molekułów ich powiększyła się, (podwoiła lub potroiła). Podobnież i obniżka punktu zamarznięcia roztworów organicznych empirycznie wykazana, jest zupełnie zgodną z wynikiem teoretycznej dedukcji z wyżej wymienionego prawa termodynamiki, podczas gdy dla roztworzonych (nieorganicznych) kwasów, zasad i soli zniżka punktu zamarznięcia o tyle była zawsze większą, o ile była większą dla ciśnienia pary. Niedosyć na tém. Udało się Plenc'owi wykazać także, jedynie za pomocą prawa o powiększaniu się entropii, że, gdy się za pomocą błony półprzepuszczalnej tj. przepuszczającej molekuly wodne a wstrzymującej molekuly roztworzonych substancji, odgradza szczelnie roztwór rozcieńczony od czystego środka roztwarzającego, w takim razie ciśnienie tak zw. *osmotyczne* substancji roztworzonej na tę błonę ulega tym samym prawom, co ciśnienie gazów. Widocznie więc wewnątrz roztworu tego znajduje się roztworzona substancja w stanie tak podobnym do gazowego, że można do niej stosować prawa Mariotte'a i Gay Lussac'a oraz hipotezę A w o g a d r o'ego, iż równe objętości przy równym ciśnieniu i równej ciepłocie, zawierają zawsze równą ilość molekułów, tylko, że zamiast ciśnienia gazów ma się tu do czynienia z ciśnieniem osmotycznym.

Jeżeli więc wodne roztwory soli, zasad i kwasów mineralnych za wielkie ciśnienie na błonę przy doświadczeniach tych wywierały, nie możemy inaczej to wytłumaczyć, jak tylko tem, że w jednostce objętości więcej było molekułów, aniżeli się z formuły ich przypuszczało, tj., że te molekuly się rozpadły na części.

Fakta te zmuszają więc do przyjęcia dysocjacji, której zresztą domaga się prawo entropii dla wszystkich związków lotnych i rozpuszczonych. Jeżeli roztwory rozcieńczone organicznych związków nie wykazują takiej dysocjacji ani pod wpływem osmotycznego ciśnienia, ani przy zniżce ciśnienia pary lub punktu zamarznięcia, to nie można jednak ztąd wnosić, żeby przy tem nie było wcale dysocjacji, ale raczej jedynie to, iż dotychczas użyte experimentalne metody nie były dość czułe, aby niezawodnie istniejącą dysocjację wykazać. W istocie też udało się R a o u l t'owi — i to w ostatnich czasach — nawet i dla roztworów cukru, ale bardzo rozcieńczonych, wykazać już wydatniejszą zniżkę punktu zamarznięcia, co czyni prawdopodobnem rozpadanie się molekułów cukru.

Nie jest to też żadnym przypadkiem, że najlepszymi przewodnikami elektrycznego prądu są właśnie owe dysocjacje mocno ulegające kwasy, zasady i sole, podczas gdy tylko bardzo mało dysocjujące się związki organiczne są wogóle bardzo złymi przewodnikami albo nawet przeszkodnikami (isolatorami) prądu elektrycznego.

Nauka o przewodnictwie roztworów różnych jest obecnie, dzięki pracom F. K o h l r a u s c h a, O s t w a l d a itd., jednym z najbardziej zbadanych rozdziałów fizyki. Wszystkie badania dotyczące tej kwestyi jednoznacznie do tego doprowadziły wyniku, że nie możliwem jest przenoszenie się elektryczności w roztworach bez równoczesnego rozkładu chemicznego, a więc bez równoczesnego transportu materji; roztworzony związek rozkłada się przy tem na dwa molekuly cząstkowe, z których jeden podąża do dodatniego, drugi do ujemnego bieguna; pierwszy nazwano *anionem*, drugi *kationem*. F a r a d a y odkrył, że równoważne ilości ionów prowadzą z sobą równe ilości elektryczności tak, że przy prądach równej intensywności w jednostce czasu wydzielają się zawsze chemicznie równoważne ilości ionów przy biegunach, tj. elektrodach. Tylko przypuszczano, że potrzeba już dosyć znacznej elektromotorycznej siły w prądzie dla takiego efektu, tj. dla transportu ionów do przeciwnych im biegunów; tymczasem przekonano się, że i najslabsze nawet elektromotoryczne siły wystarczają do wzbudzenia prądu, którego moc normuje się według prawa O h m a. To spostrzeżenie zniewoliło C l a u s i u s z a, nim jeszcze z formuł powyższych termodynamiki teoretycznie to wywiódł, do wniosku, że część rozpuszczonego elektrolitu uważać należy jako stale rozpadłą w aniony i kationy wolne, które przy najslabszej nawet sile elektromotorycznej już się równoważą. Tę myśl w ostatnim czasie A r r h e n i u s opracował dalej. Iony zmierzające ku dodatniej elektrodzie uważać trzeba jako nabite elektrycznością ujemną, odwrotnie pędzące ku ujemnemu biegunowi jako dodatnio elektryczne. Jak mocnym jest ten ładunek, równy zresztą po każdej stronie, wynika z obliczenia Helmholtza, który podaje, iż ilości elektryczności, jaką są



nabiteiony jednego miligramu wody, przeniesionej i rozdzielonej na dwie kule odległe od siebie o cały 1 km., odpowiadałoby przyciąganie, równe ciężkości 100.000 kgm. Tym to olbrzymim elektrostatycznym naładowaniem przypisać też należy owe zdumiewające i zrazu niezrozumiałe własności ionów, których bynajmniej nie posiadają molekuly elektryczno-neutralne tych samych metali lub metaloidów. Najlepszym dowodem tej zasadniczej różnicy jest właśnie exystencja wolnych ionów sodu lub chloru w roztworze wodnym soli kuchennej. Że w roztworach takich są iony zupełnie wolne, to zresztą wynika także i z odkrycia F. Kohlrauscha, iż zdolność przewodzenia roztworzonych elektrolitów zawsze jest równą sumie ruchliwości ionów. Jeżeli n. p. nazwiemy przewodnictwo rozpuszczonej soli kuchennej,  $n$  ruchliwość sodowego ionu, a  $v$  chlorowego, w takim razie będzie  $= n + v$ . Obliczona przez F. Kohlrauscha itd. wartość ruchliwości różnych dodatnich i ujemnych ionów jest bardzo rozmaita; z kationów wodoru najszybciej się porusza, 6 razy np. prędzej od sodu lub potasu, których szybkość prawie jest równą. — Jeżeli więc prąd wchodzi do elektrolitu, to natychmiast przechodzić będą wolne w nim iony do biegunów przeciwniej elektryczności. W miarę, jak z prądem przenoszą się wolne iony, rozpada się nowa ilość nie rozłożonej pierwotnie soli na iony jego i t. d. Ustępowanie wolnych ionów ku elektrodom umożliwia to coraz dalej idące rozpadanie się na iony w elektrolizie. Ponieważ zaś silniejsze kwasy i zasady okazują największą zniżkę ciśnienia pary i stopnia zamarznięcia, a zarazem najlepszymi są przewodnikami, więc muszą też te właśnie związki, których cząstkowe molekuly uważano dotąd za spojone najściślej powinowactwem, ulegać największej dysocjacji na iony. Otóż na ten wniosek właśnie wielu chemików dotąd zgodzić się nie chce. Trudności, jakie się im w tej mierze przedstawiają, są atoli tylko złudnemi. — Śmiało twierdzić można, że właśnie tylko dla tego kwas saletrany lub solny jest silnym kwasem, a wodnik potasu lub sodu dla tego tylko silną jest zasadą, iż ustępują im miejsca inne w solach kwasy lub zasady. Jest to więc substytucja jednego ionu w miejsce drugiego. Jeżeli termochemiczne doświadczenia Thomse'a a wolumecaniczne Ostwolda wykazują, że przy zadziałaniu równoważnych ilości rozcieńczonego kwasu solnego na roztwór siarczanu sodu ( $\text{Na}_2\text{SO}_4$ ) dwie trzecie tejże soli rozkłada się i przemienia się w rozpuszczony chlorek sodu, toć to znaczy poprostu: że  $\frac{2}{3}$  ionów siarczanowych odrywa się od ionów sodowych, aby być zastąpionemi przez iony chloru. Im szybsze w ruchu są chlorowe iony od siarczanowych, tem też rychlej to zluźowanie nastąpi a stwierdzenie większej ruchliwości pewnych ionów właściwie nie wyraża nic innego, jak tylko uznanie dalej idącej dysocjacji elektrolitycznej.

Twierdzenie to wypływające z koniecznością z teoryi elektrolitycznej dysocjacji, — iż musi istnieć przyczynowy stosunek między ruchliwością ionów, a więc zdolnością przewodzenia elektryczności, a chemiczną dzielnością każdego połączenia chemicznego, pobudziło do całego szeregu cennych badań, które wszystkie dowiodły faktycznie, że każda substancja tem więcej działa, im więcej wolnych ionów roztwór jej zawiera w jednostce objętości. To spostrzeżenie dało Ostwaldowi powód do oświadczenia, że do rozpoczęcia i przyspieszenia niektórych reakcyi potrzebną jest obecność zwłaszcza wodorowych ionów. I tak woda, która sama także ulega choć niewielkiej dysocjacji i to na iony wodorowe i hydroksylowe, rozdziela rozpuszczony w niej ester na alkohol i kwas; jeżeli się zaś nadto za pomocą rozcieńczonego kwasu w system ten wprowadza jeszcze iony wodorowe, to przyspiesza się tylko ten rozkład, to zmydlenie esteru, i to tem więcej, im więcej się wniosło wodorowych ionów, tj. im lepszym przewodnikiem był przydany kwas. — Być może, iż i dla fizyologicznej chemii nie małe znaczenie mieć będzie odkrycie takiego przyspieszenia katalitycznej reakcyi przez kwas jakiś według stanu jego dysocjacji, a więc i stopnia jego przewodliwości, gdyż chemiczne zjawiska w ustroju zwierzęcym po większej części są katalitycznemi sprawami. Że na chemiczne procesa wpływ ma różny stopień ruchliwości ionów, tego dowiodły badania O. Liebreicha nad t. zw. martwą przestrzenią, gdyż uczą, że wystarcza siły ciśnienia, pod jakim są iony we włoskowatych przestrzeniach, aby uniemożliwić chemiczne na siebie działanie dwóch płynów. I tak wodnik chloru i sodu, — kwas jodowy i siarkowy — nie działają na siebie wcale w obrębie kapilarniej przestrzeni, a to oczywiście tylko dla tego, że ruchliwość

ionów pod wpływem silnego ciśnienia olbrzymiego w tym ciasnym rozmiarze jest z nadto ograniczoną, a więc i chemicznej akcji nie dopuszcza.

Elektryczne własności ionów udało się zresztą także jeszcze w inny sposób wykazać, nie samą tylko ich przewodnością dla prądów — Przypuśćmy dwa rozczyny tego samego elektrolitu, np. kwasu solnego, różniące się tylko stopniem zgęszczenia, — w zetknięciu. I w jednym roztworze i w drugim będą jony wodoru dodatnio naładowanymi, a chlorowe ujemno. W tęższym roztworze są jednak jony ograniczone do mniejszej przestrzeni, muszą więc znajdować się pod większym ciśnieniem osmotycznym, aniżeli w roztworze drugim, bardziej rozcieńczonym. Otóż tak jak gazy pod różnym ciśnieniem stojące zdążają do wyrównania tej różnicy, tak i jony wysilają się będą ku wyrównaniu różnicy osmotycznego ciśnienia; z miejsc o ciśnieniu większym przechodząc będą do miejsc o mniejszym ciśnieniu; nastąpi więc prędko dyfuzja czyli przelewanie się gęstszego roztworu do bardziej rozrzedzonego. Otóż według teorii wyżej wspomnianej przy wyrównaniu tem jony wodorowe, jako 6 razy szybciej od chlorowych poruszające się powinny prędzej dotrzeć do bardziej rozrzedzonego roztworu; a zatem powinien być w nim nadmiar pierwszych, w gęstszym zaś roztworze nadmiar chlorionów. I w istocie wnioszek ten byłby usprawiedliwionym, gdyby nie sprzeciwiało się temu wielkie elektrostatyczne naładowanie ionów. W skutek prędszego gromadzenia się choćby części i ionów wodorodowych w roztworze bardziej rozrzedzonym, byłby tenże dodatnio elektrycznym, podczas gdy gęstszy roztwór, skutkiem pozostania w nim nadmiernej ilości ionów chlorowych, byłby naładowany ujemnie. Natychmiast więc na granicy obydwóch roztworów wywiązałoby się silne napięcie elektryczne. W istocie też wytwarza się pomiędzy różnego stężenia roztworami do pewnego stopnia elektromotoryczna siła; i można nawet ją obliczyć, — ale dodatni ładunek rzadszego roztworu powstrzyma już dalszy dopływ dodatnio nabitých ionów wodoru a przyspieszać będzie dopływ ujemnych chlorowych ionów, gdyż równomierne elektryczności się odpychają a różnomierne przyciągają się. — Otóż doświadczenie uczy, że zawsze równa ilość ionów chlorowych i wodorowych, tj. kwasu solnego, dyfunduje przez pograniczną powierzchnię; musi więc wyrównywać się przyspieszenie żwawszych ionów wodorowych z opóźnieniem chlorowych, wskutek dodatniego nabicia w bardziej rozrzedzonym roztworze, podczas gdy odwrotnie chlorowe jony przez to naładowanie o tyle przyspieszają kroku, o ileby skutkiem swego leniwszego ruchu pozostać powinny w tyle po za ionami wodoru. Na tem polega przeważnie teoria dyfuzji prądów koncentracyjnych, wypracowana przez Nernsta, dotychczas żadną jeszcze experimentalną próbą nie zachwiana.

Teoria ta, a mianowicie Arrheniusowa, już dotąd wiele dokonała i prawdopodobnie jeszcze do wielkich dzieł jest powołaną. Mnóstwa pomysłów pobudzających i żywnych już ona matką, rozliczne problemy dopiero z jej pomocą można było rozwiązać. — Oczywiście w zaciętej walce o uprawnienie tej teorii nie jedno już ogłoszono, co się nie utrzyma może; ale, choćby przyszło jeszcze znacznie oczyścić jądro prawdy w niej zawarte od czezych łupin i żużli, to jednakże jądro to tak wielkiej jest doniosłości, że warto tę walkę jeszcze dalej prowadzić.

Fr. Chłapowski.

## 2. Patologia ogólna.

**Prym. Emil Gyurmán** (z Budapesztu). Przypadek syringomyeli po śmierci badany. (Ein post mortem untersuchter Fall von Syringomyelie.) *Ungar. Archiv f. Medicin*, 1892, zeszyt 1.

Kliniczna część tego przypadku ogłoszona jest w *Wien. med. Presse* 1889, No. 33 i 34. Po śmierci chorego zajął się G. zbadaniem drobnowidowem środkowego układu nerwowego. Rozpoznanie patologiczne prof. Pertika brzmi: Ependymitis chronica granularis z Hydrocephalus intermis; Syringomyelia lub Hydromyelus na podstawie badania makroskopowego na razie nierozstrzygnięte. Lymphadenitis caseosa gruczołów szyjnych i podobojczykowych z następową flegmoną ropno-posokowatą, bliznowato-serowate ogniska w szczytach płuc, mięsień sercowy kruchy, obrzęk płuc, odleżyny, wyniszczenie. Na podstawie skrzętnego badania histologicznego



wnioskuje G. że 1. mamy tu do czynienia ze środkowym układem nerwowym, który już w zarodku nieprawidłowo był poczętym, 2. Środkowy ten układ nerwowy pozostawał pod nieprawidłowo wysokim, wewnętrznym parciem (wodogłowie, ependymitis chronica, znaczne rozszerzenie zatoki romboidowej, wytwarzanie się szczelin i jam w rdzeniu pacierzowym). 3. W rdzeniu pacierzowym powstała gliozą, która się usadowiła przede wszystkim w sznurach i rogach tylnych, jakoteż w spoidle tylnym (commissura post.). 4. Wskutek zaniku wybijałości gliozy powstała jama długa, nieregularnie zbudowana, leżąca poza kanałem środkowym i łącząca się z tym tylko w rdzeniu przedłużonym. 5. Sclérose périépendymaire i wytwarzanie się jamy z wielokrotnych, wśród rdzeniowych gliomatów można wykluczyć.

Opisany obraz jest głównie z tego powodu ważnym, ponieważ biorą w nim udział wszystkie czynniki, odgrywające dziś rolę w patogenezie syringomyelii (jamiatego zwyrodnienia rdzenia).

**Prof. Antoni Genersich** (Klausenburg). *Przyczynki do etyologii trichinosy.* (Beiträge zur Aethiologie der Trichinose). *Ungar. Arch. f. Medicin* 1892, zeszyt 2.

Badania, jakie G. podjął, co do chemicznego oddziaływania treści jelitowej u ptaków, ludzi, myszy, świń, szczurów i innych zwierząt ssących (około 250 zwierząt) wykazały, że słusznem jest twierdzenie, że chemiczne oddziaływanie treści jelita cienkiego jest u tych zwierząt stosownie do rodzaju rozmaitem i że z tém pozostaje w związku wrażliwość ich na sztuczną trichinozę. Treść jelita ptasiego oddziałuje nawet w okresie ogłodzenia zawsze kwaśno; tak samo jest u psa. Natomiast jest treść u królików zawsze zasadową i podczas gdy tamte zwierzęta pożerać mogą bez wszelkiej szkody dowolne ilości mięsa włósniami zakażonego, giną ostatnie po 6 małych ilościach mięsa zarażonego trichinozą jelitową lub mięśniową.

U ludzi, myszy, świń i szczurów jest oddziaływanie treści jelitowej stopniowo różnem a mianowicie stosownie do gatunku. U myszy jest treść jelitowa przeważnie, jednak nie zawsze zasadową, jak i u człowieka, u świń jest treść dwunastnicy i jelita czczego najczęściej kwaśną, jelita biodrowego zwykle kwaśną, w dolnej części jelita biodrowego nigdy kwaśną; jelito ślepe i grube najczęściej kwaśne. Tém tłómaczyć sobie można, dlaczego świnię i szczury łatwiej przetrzymują trichinozę, niż człowiek i dla czego zwłaszcza przy powtórnem zakażeniu, nabyć mogą bardzo znacznej liczby trychin w swych mięśniach.

Osobnicze różnice w oddziaływaniu treści jelitowej tych zwierząt są przeważnie od tego zawisłemi, czy jelito znaleziono w okresie trawienia, czy też próżne. Jelito wypełnione prawidłową mieszaniną pokarmów (chymus) jest u największej liczby zwierząt, a nawet u człowieka, przynajmniej w dwunastnicy i jejunum, poczęści i niżej kwaśnem, podczas gdy w okresie głodzenia nawet u szczurów znajdujemy prawie zawsze treść zasadową. Należałoby doświadczyć, czy przypuszczenie, według którego kwasota treści jelitowej z skłonnością do zapadnięcia na trichinozę w odwrotnym pozostaje stosunku, nie dałoby się praktycznie wyzyskać. Wszak nie znamy dotychczas przeciw trichinozie innego odpowiedniejszego środka, jak leków czyszczących. G. radzi kwasotę treści jelita cienkiego o ile możności podwyższyć przez obfite i częste przyjmowanie odpowiednich pokarmów, celem przyspieszenia w ten sposób wypróżnienia włóśni jelitowych.

Na 182 szczurów miało 10 mniej lub więcej trychin mięśniowych a u 2 znalazł też trychiny jelitowe. W ten sposób wykazał, że i w Klausenburgu, przynajmniej u szczurów, znachodzą się trichiny, a ponieważ ani tam, ani gdzieindziej we Węgrzech nigdy nie widziano świni, zakażonej włósniami, uważać można za niewątpliwie stwierdzonem zdanie *Leuckarta*, że właśnie szczur jest właściwym, regularnym żywicielem trichinae spiralis, od którego zarażają się przypadkowo świnię a od nich i ludzie.

W końcu wnosi G., aby przedłożono odpowiedniemu ministeryum żądanie, mające na celu zarządzenie prawnych środków dla zapobieżenia dalszemu rozszerzaniu się tych niebezpiecznych pasożytów. *Baschkopf.*

### 3. Choroby nerwowe.

**Ch. Féré** O patologicznem znaczeniu wzruszeń. (La pathologie des émotions.) Paris 1892. *Alcan, éditeur.*

Autor uważa wzruszenia za stany świadomości pochodzenia ośrodkowego w przeciwstawieniu do odczuwań czyli sensacyi, które uważa za stany świadomości pochodzenia obwodowego. Definicje te emocyi i sensacyi zapożyczone są od Herberta Spencera, którego autor często cytuje. W niniejszem dziele swem F. stara się wykazać, że wzruszenia zawsze są przeciwieństwami stanami somatycznymi i rozwijać się mogą pod wpływem podnieci czysto fizycznych.

Poświęciwszy kilka rozdziałów fizyologicznym i patologicznym skutkom czynników fizycznych i przypomniawszy wpływ czynności fizycznej na funkcye umysłowe, F. przechodzi do fizyologicznych warunków wzruszeń. Wykazuje, iż takowym towarzyszą zawsze zmiany, wprawdzie nie stałe, ale raczej uwydatniające się w różnych sferach funkcyjonalnych ustroju: — oddechaniu, krążeniu, trawieniu, wydzielaniu, poruszaniu się, czuciu itd. — Następnie wykazuje patologiczne skutki, nawet śmierć nagłą w skutek wzruszenia. — Doświadczenia autora przekonały go, że krew zwierząt przestraszonych mniejszą stawia odporność mikrobom w kulturach, aniżeli zwierząt, które nie były wystawione na takie wzruszenia. Emocye mają wpływ na rozwój i przebieg chorób nie tylko nerwowych, ale i ogólnych, nawet zakaźnych. — Na dowód przytacza autor między innemi Cullen'a starą znaną anegdotkę o wyleczeniu z zimnicy przez miłe wrażenie. — Że i strach może czasem mieć dobre skutki, tego dowodem obserwacya Velpéau'a znikania ropni pod wpływem strachu. Przytacza także wpływ emocyi na przebieg i wyleczenie rzeżączki.

Następnie poświęca autor kilka rozdziałów jedynie fizycznym znakom psychopatyi, omamów a zwłaszcza temu, co nazywa chorobliwą wzruszliwością (*émotivité morbide*). Pod tym tytułem przechodzi autor różne formy świadomych obsesyi jako to: agorafobii, klaustrofobii, misoneizmu, hematofobii itd.

Daje także własną teorią wzruszeń; organem ich ośrodkowym byłaby koro-wa istota szara, zaś obwodowym nerw sympatyczny. Na poparcie ostatniego przypuszczenia podaje, że warunki fizyologiczne wzruszeń krzepiących (*émotions sthéniques*) podobne są do skutków przecięcia nerwu sympatycznego szyi, podczas gdy emocye przygnębiające, *asteniczne*, przypominają po wielkiej części skutek galwanizacyi nerwu sympatycznego.

Człowiek całkiem zdrow nie zdolnym jest do wzruszeń gwałtownych. Gdy kto ich doznaje, to już dowód, że chory albo na hysteryę, albo na neurastenię, padaczkę lub też wskutek jakiego chronicznego otrucia, choćby o tem wprzód nie wiedział. Leczenie téj nadmiernej wrażliwości i wzruchliwości polegałoby głównie na środkach higieny ciała i duszy. Środki zapobiegawcze — społeczne i prawne, jakimi godziłoby się ograniczać przenoszenie dziedziczne téj istnej plagi niektórych rodzin, są przedmiotem ostatniego rozdziału. I tak domaga się on rozszerzenia wiadomości o dziedziczeniu tego rodzaju przywar chorobliwych, aby ile możności przeschodzić małżeństwom między osobami zbyt wzruszliwymi (*émotifs*). Aby zapobiedz rozwojowi téj wzruszliwości dziedzicznej, potrzebnem jest nadto odpowiednie twarde wychowanie; wreszcie i prawo powinno być mniej wyrozumiałem dla zbrodni z namiętności popełnionych; w walce o byt pomiędzy zdrowymi a tego rodzaju chorymi przyszłe prawodawstwo profilaktyczne powinno raczej być po stronie zdrowych aniżeli zwyrodniałych.

(Są to wszystko bardzo piękne *pia desideria*. Nim jednak państwo przyszłości będzie je mogło przeprowadzić w życie, większą pomoc znajdą lekarze w dobrze zrozumianej religii; z jęj pomocą nie tylko mniej często rozwijają się postacie wzruchliwości toksycznej, np. alkoholicznej, ale i działa nieustanna selekcyja, bo właśnie takie natury wrażliwe ulegając religijnym wzruszeniom, łatwiej usuwają się od świata lub poświęcają się dobrowolnej służbie bliźniego w jakim klasztorze i same tam odzyskują spokój i równowagę, których przedtem nie znajdowały w świecie, którychby nie znalazły w ciągłej walce o byt, — a obierając sobie stan zakonny, tem samém usuwają możność przechodzenia tych skłonności do wzruszeń na późniejsze pokolenia.



Klasztory dobrze prowadzone są koniecznym czynnikiem w ekonomii chrześcijańskiego społeczeństwa, a usuwanie ich wskutek politycznych spraw klęską prawdziwą).

Fr. Chlapowski.

**Prof. Krafft-Ebing** (z Wiednia). O macinnicy męskiej i dziecięcej. (Hysteria virilis et infantilis). *Allg. Wiener med. Ztg.* 1893, No. 10 i 11.

Wykład kliniczny znakomitego psychiatry zasługuje na dokładniejsze zapoznanie się z jego treścią. Przed 15 laty nie znano prawie macinnicy u mężczyzn i dzieci, uważano ją za chorobę wyłącznie tylko kobiet, polegającą na niezadowolnionej zmysłowości, na niezadowolnionej potrzebie spółkowania. Starzy też lekarze aż do naszych czasów radzili takim chorym jak najprędzej wejść w związki małżeńskie. My już wiemy, że stan hysterycznych wtedy się jeszcze bardziej pogarsza, że kobiety takie unieszczęśliwiły mężów swych i wydawały na świat potomstwo neuropatyczne, mało warte dla społeczeństwa. Sprzeciwić się musimy twierdzeniu, jakoby macinnica miała coś wspólnego z nerwicami płciowymi. Lelois oświadczył, że macinnica jest chorobą układu mózgowego i że się też u mężczyzn przydarza. Przeważnie jest ona cierpieniem płci niewieściej, lecz bez wszelkiego związku z macicą a nawet twierdzi K., że nigdy macinnica u kobiet nie pochodzi z nienasyconej chuci płciowej. W rachubę tu nie wchodzi kobiety neuro- i psychopatyczne, które może już w 3.—4. roku doznawały zachcianek płciowych. Pośrednio tylko można macinnicę wprowadzić w związek z czynnościami życia płciowego, jeśli z tém łączą się umysłowe urazy. Często widział, jak kobiety stały się macinnicami, gdy zwątpiały o możliwości pozostania matką, gdy od 8 do 10 lat były niepłodnymi lub gdy wyszły za mąż za człowieka brutalnego, pijaka, z którym pożycie małżeńskie ich obrzydzało, było im postrachem, — Co do macinnicy męskiej, to widział ją K. tylko u ludzi mocno obciążonych, a występowała ona u nich w ogóle wcześniej niż u kobiet. Co do objawów, to była ona identyczną z macinnicą kobiet. Następnie przedstawia dwóch chorych z hysterią virilis. Pierwszy chory w dwóch kierunkach przedstawia wybitne stigmata hysterae: połowicze znieczulenie i obraz perymetrem uzyskany, przedstawiający wyraźnie współśrodkowe ścieśnienie pola widzenia, prawie typowe.

Jestto 34-letni szewc, b. obciążony, wybuchający, neuropatyczny a nadto rachityczny. Przyczyną jest upadnięcie na prawą połowę głowy, w 2 lata potem klasyczne napady histeryczno-epileptyczne, prawostronne niedowidzenie, prawostronna hyperacusis, dyschromatosia i t. d.

W drugim przypadku miał on do czynienia z „hysteria virilis convulsiva“, przypadek należy do nerwic urazowych, ponieważ przyczyną hystera gravis był uraz czaszki. Uraz ten jednak sam macinnicy nie wywołał, było on nieznacznym, lecz odgrywał tylko rolę t. zw. agent provocateur. Chory 39-letni, żonaty, dziedzicznie obciążony, przebywał w młodości drgawki, uspasabiające do powyższej nerwicy. Po uderzeniu w głowę prętem żelaznym nastąpiły w jakiś czas napady macinniczo-padaeczkowe, które wskutek zażycia bromu stały się rzadszymi i słabszymi. Czuł się już dosyć dobrze, gdy wskutek wzruszeń umysłowych napady na nowo wystąpiły. Chory sam proszący o leczenie hypnozą, b. łatwo wpadał w stan hypnotyczny. Wpada on tylko w „engourdissement“, stan zbliżający się do letargu, poddawanie u chorego trudne, dla tego porzucił K. to leczenie.

W końcu przedstawia autor pouczający przypadek macinnicy dziecięcej, który w pierwszej chwili wygląda jak zwykła neuritis. 7-letnia Olga dziedzicznie obciążona, neuropatyczna, intelektualnie uderzająco wcześniej rozwinięta, upadła na lewą rękę, którą tylko stłukła; wskutek urazu tego rozwinęło się u niej wiotkie porażenie ręki, z wyjątkiem mięśni zginaczy, które są w skurczeniu, bolesność powiększona, ból w okolicy l. jajuika. Ręka na chustce zawieszona. Jak długo K. zajmuje się lewą ręką, więc lewą osobą, to odpowiada są szepczące. jak gdyby ciężko chorą; gdy zajmuje się prawą jej stroną, mówi chora głośno, jak osoba zdrowa. Chora kończyła więc wywiera na dziewczynie głębokie wrażenie, odgrywa ważną rolę, z niej powstawały ciągle przykre wrażenia, przypominające jej chorobę. Jestto macinnicze porażenie i macinnicze przykurczenie, jako następstwo hysterycznej nerwicy. Leczenie: zwalczanie autosugestyi chorej za pomocą kontrastugestyi lekarza.

Baschkopf

#### 4. Medycyna wewnętrzna.

**Germain Sée.** O lekach na serce działających. *Gaz. hebdomad.* No. 9. 1893.

Stary klinicysta paryski lubi klasyfikacyę, a obecnie ulubionym jego przedmiotem badań są środki ukrzepiające serce (tonica). Podaliśmy jego recepty w *Nowinach lek.* str. 200, 1890 a jego 4 systemy leczenia chorób serca na str. 131, 1892. Wiemy, że Sée oświadcza się za systemem terapii farmakodynamicznej i wychwala jodek potasu i cukier mleczny jako moczopędne środki, a nad działanie tonizujące naparstnicy stawia wyżej sparteinę.

Sée pragnąłby ukłasyfikować te środki według fizyologicznego ich uczynku, co jest rzeczą nie łatwą wobec niedostatecznych wiadomości naszych. Huchard, jak wiadomo, podzielił środki na serce działające według naprężenia i ciśnienia, jakie sprawiają w naczyniach (hypotenseurs, hypertenseurs), ale w rozdzieleniu środków tych na 2 obozy jest wiele sprzeczności, gdyż ten sam środek raz rozszerza, drugi raz skurcza tętnice. Z drugiej strony już w r. 1890 Frey i Krehl przekonali się, doświadczanie robiąc na koniach i wołach, którym zakładali sondy w serce, że wewnątrz niego ciśnienie (pression intracardiaque) bardzo małym tylko ulega zmianom.

Aby wykazać nieodpowiedność opierania się w terapii na stopniu ciśnienia wśródtętniczego przypomina Sée najprzód fizyologiczne różnice ciśnienia, następnie patologiczne, mianowicie w chorobach serca, wreszcie wpływ leków na ciśnienie.

Co się tyczy fizyologicznych różnic zaznacza najprzód wynikające z anatomicznych przyczyn. I tak zaznaczyła Aleksandra Eikart wielkie ciśnienie tętnicy kroniowej lewej, o wiele większe, aniżeli np. sprychowej. Różnica ta się tłumaczy prostą i krótką drogą przez lewą t. główną (a. Carotis) a więc wprost od łuku aorty. Otóż w kroniowej tętnicy ciśnienie bywa różnem według położenia (największem w stosunku do innych tętnic przy leżeniu) a także i według pory dnia (największem po południu, nawet niezależnie od obiadu). Także i wiek i waga i długość ciała ma wpływ znaczny na stopień ciśnienia. Na wpływ pracy mięśniowej na ciśnienie zwrócili uwagę Oertel, Basch, Zedeth. Jest on nadzwyczaj wielkim u zdrowych i u chorych; są jednak patologiczne stany, w których praca mięśniowa, zmęczenie nie wzmacnia wcale ciśnienia, choć sprawia duszność. Napoje w ogólności wzmagają ciśnienie i częstość tętna, ale w różnym stopniu; piwo n. p. działa nie tylko przez alkohol w nim zawarty, ale i dzięki kwasowi węglowemu; mniej silnie działa już wino. Połączenie ćwiczeń fizycznych z przyjmowaniem napojów będzie oczywiście wywoływać jeszcze większe ciśnienie. Działanie kąpieli bywa różnem według ciepłoty. Zdrowy doznaje po zimnym natrysku podniesienia ciśnienia; gorąca kąpiel ma skutek odwrotny (Kisch); atoli u gorączkujących (Basch, Schott) zimna kąpiel nie wzmacnia, ale obniża ciśnienie.

W gorączce z początku podnosi się ciśnienie do 30—60 mm; — z czasem jednak słabnie serce a więc i ciśnienie w tętnicach, co się zdradza tętnem dwubitnem (pulsus dicotus). W chorobie Brighta ciśnienie zazwyczaj zwiększone, ale nie zawsze; w cierpieniach serca wreszcie, gdy na niem zbywa, daje się digitalis, strofant, kofeinę itd. *Amylum nitrosum* wedle Maximowicza i Riedera (*Arch. f. klin. Med.* 1890. XLVI 6.) najprzód podnosi ciśnienie, poczem je obniża; pierwszemu okresowi towarzyszy nawet do głowy, zaczerwienienie twarzy. Morfina osłabia zwykle ciśnienie; znana jest skuteczność jej w astmie sercowej.

Według Zofii Fraenkel (*Arch. f. klin. Med.* 1890) naparstnica najprzód wzmacnia ciśnienie; ale to ustaje po 3 dniach; kofeiny działanie w tym kierunku jest jeszcze słabsze i mniej trwałe; nie jest więc w stosunku do moczopędnego jej działania. Działanie ergotyny jest wątpliwem; atropina wzmacnia ciśnienie i przyspiesza tętno.

Byłyby więc trzy grupy środków na serce działających: 1) regulujące przez rozszerzanie tętnic (typem ich jod), 2) regulujące przez ścieśnienie tętnic i wzmożenie ciśnienia (typem naparstnica), 3) regulujące moczopędne (kofeina). Podział ten byłby zdaniem Sée'a racjonalniejszym od innych.

Nadto można podzielić leki według szybkości, z jaką działają na zmniejszenie



rozstrzeni serca powstającej bądź skutkiem przeszkód w krążeniu, bądź to wskutek nadmiernych wysileń. — Najrozmaitsze cierpienia mięśnia sercowego, zwyrodnienia i fragmentacje mogą istnieć bez wywołania żadnych funkcjonalnych zaburzeń; nagle wskutek wspomnianych wpływów występuje rozdzęcie serca i wtedy dopiero miarkuje się klinicznie chorobę serca; z drugiej strony i przy braku wszelkich anatomicznych zmian w mięśniu sercowym mogą występować dłuższy czas zaburzenia ze strony serca. Kluczem do zrozumienia wszystkich tych opacznych nieprawidłowości jest rozstrzeń lewego serca.

Za pomocą opukiwania można lepiej aniżeli wysłuchem, jak to wykazali Potain, Taubert, autor i Pignol, śledzić zmiany wielkości i kształtu serca a także i powstające pod wpływem leków różnych: 1) Z wszystkich leków według Sé'e'a najskuteczniejszą w tej mierze i najszybciej zmieniającą rozmiary serca jest *sparteina*. 2) *Digitalina* także zmniejsza serce, ale działa głównie na prawą komórkę i prawy przedsionek rozszerzone. 3) *Jodek potasu* w znacznie już mniejszym stopniu zmniejsza objętość serca. W przeciwieństwie do tych środków *antipyrina* powiększa objętość serca, nie wpływając na ciśnienie wśródtętnicze; podobnież i bromowe środki rozszerzają serce prawe, zwłaszcza prawą komórkę serca.

Jeszcze z jednego punktu widzenia uwzględnia Sé'e działanie leków używanych w chorobach serca, tj. ze stanowiska fizjologicznego. Ciśnienie wzmacnia się w skurczu (systole) znacznie, ile razy w rozskurczu (diastola) dopływa dosyć krwi z przedsionka. — Ale jakim sposobem mierzyć siłę tego skurczu? sfigmograf dający nam miarę ciśnienia, do tego nie wystarcza; sfigmomanometr Bascha też nie zupełnie zadawalniająca może dać odpowiedź. Wymacywanie uderzania serca jest także zwodniczem; gdyż nawet przy przeroście serca może być to uderzanie słabem i odwrotnie. Co się tyczy zaś wypuku, to choć łatwo nim oznaczyć zmieniającą się objętość serca, jednakowoż z samego powiększonego stopienia opuku sercowego trudno jeszcze wnioskować, czy mamy do czynienia z rozrostem wyrównawczym serca, czy też z rozszerzaniem stałym, czy z rozdzieniem przejściowym lub z utratą elastyczności. Zresztą rozrost serca stwierdzony nie zawsze orzeka o zbawiennem wyrównaniu na długo.

Prace Lelulle'a, Renaufa, Browicza wykazały takie postacie częściowych sercowego mięśnia zwyrodnień, których nie umiemy odróżnić od zupełnych zwyrodnień, choć mają pozory wyrównawczej hipertrofii.

Niektórzy autorowie uznali za stosowno podzielić leki, na serce działające, na aortyczne, mitralne i wieńcowotętnicze, podług tego, czy pomagają przeważnie w niedomykalności aorty, zastawki dwudzielnej lub w zaburzeniach zależnych od zmian w tętnicach wieńcowych serca. Podział taki utrzymać się nie da. — W cierpieniach zastawek aorty kompensacja dzieje się przez zwykły rozrost lewej komórki; u młodszych ludzi żadnego lekarstwa do tego nie potrzeba; u starców przyczyną cierpienia jest zwykle stwardnienie tętnic.

Zaburzenie w zastawce dwudzielnej wywołuje rozrost prawej komórki; skoro wyrównanie to ustaje, powstaje duszność; wtedy naparstnica i podobne środki mogą najbardziej się przydać i obyć się bez nich nie można. W zaburzeniach tych ciśnienie wśródtętnicze jest obniżone.

**Azoulay.** Sposób wzmacniania tonów i szmerów sercowych. (*Méthode de renforcement des bruits physiologiques et pathologiques du coeur*). *Sem. médic.* 1892, 67.

Chory leży poziomo, tylko głowa podparta mocno, ramiona prostopadło podniesione, nogi zaś pod kątem 40—50% podniesione albo przyciągnięte do miednicy. Jeżeli to ostatnie sprawia trudności, to wystarczy podniesienie prostopadłe ramion.

Wzmocnienie tonów połączone ze zwolnieniem rytmu uderzeń tłómaczy się silniejszym napełnieniem się prawej komórki i w następstwie wzmoczoną pracą lewej, która ma większe trudności do zwyciężenia w tej postawie,

(Innym sposobem wzmocnienia tonów i szmerów sercowych byłoby wiązanie wpród podniesionego ramienia jednego i drugiego, przez co wzmacnia się opór w systemie tętniczym a więc i praca lewej komórki. Ref.) Fr. Chłapowski.

**Prof. Stoffela** (z Wiednia). O sercu tłuszczowém. (Ueber Fett-herz). *Allgem. Wien. med. Ztg.* 1892, No. 51.

Przyczyną tłuszczowego zwyrodnienia mięśnia sercowego jest brak tlenu. Nieprzerwana czynność serca zdaje się być ważnym momentem dla zwyrodnienia tłuszczowego, które powstaje też w zatruciach, w obfitych krwotokach, w ostrych, z wysoką gorączką łączących się chorobach, szczególnie zakaźnych, w których przychodzi do rozpadu krwinek czerwonych, następnie w wszystkich przewlekłe przebiegających chorobach (chorobie Brighta, raku, moczołce cukrowej długotrwałych ropieniach i t. p.) Często jest ono następstwem miażdżycy tętnic wieńcowych. Szczególnie u pijaków zdarza się ono w skutek równocześnie istniejącego przewlekłego nieżytu żołądkowego, wskutek następowej sprawy miażdżycowej jako też silnego powinowactwa wysoku do tlenu. Ważnym momentem chorobotwórczym są wzruszenia umysłowe.

**Objawy.** Najczęściej znajdujemy słabe, ledwo wymagalne uderzenia koniuszkowe, powiększenie stłumienia, tony słabe, nieregularną często czynność serca. Częstość tętna prawidłowa, zwiększona lub pomniejszona, tętno często niewyczuwalne. Ilość moczu prawidłowa lub zmniejszona, gatunkowy ciężar zwykle podwyższony wskutek większej zawartości mocznika i kwasu moczowego. Chorzy uskarżają się zwykle na ból głowy, zawroty, duszność wysokiego stopnia, szczególnie po znaczniejszym ruchu ciała. Rzadko przychodzi do sinicy, zastoju w wątrobie i ogólnej puchliny — jak w niewyrównanych wadach sercowych, bardzo często do napadów omdlenia.

**Rozpoznanie.** Jest ono tylko wtedy możebnem, jeśli objawy doszły do pewnego stopnia. Opiera się ono w niższych stopniach na osłabieniu uderzenia sercowego, na występujących napadach osłabienia serca a przede wszystkim na stwierdzeniu wszystkich tych okoliczności, które według doświadczenia prowadzą do stłuszczenia serca.

**Leczenie.** Ponieważ serce tłuszczowe polega na zmienionym chemizmie odżywienia mięśnia sercowego, dla tego leczenie powinno być nie tylko farmaceutycznym, ale też dyetetycznem. Pożywienie składa się przeważnie z cukru, jarzyn z wykluczeniem ziemniaków. Mięso dozwolone tylko w małej ilości, tak samo chleb, palenie należy ograniczyć lub zupełnie porzucić. Wybornie skutkuje dieta mleczna. Ruch na świeżem powietrzu. Uregulowanie snu jest bardzo ważnem. Dla młodszych wystarczy 7—8 godzin, dłuższy sen szkodzi starszym. Zupełnie zabronić należy spania po jedzeniu, ponieważ podczas snu jest zużywanie tłuszczu zmniejszonym a oddawanie kwasu węglowego i tlenu obniżonem. Pytanie co do picia wody nie jest obojętnem. Ciągłego picia należy w każdym razie zabronić, ponieważ przyjmowanie wielkich ilości płynów powiększa ilość krwi, z czego wyrasta dla serca większa praca, powtórę następuje większy rozpad białka i wzmożona wymiana materii, po trzecie ulegają wskutek tego ciała krwi rozpadowi, z powodu czego znowu krew ubożeje w tlen.

**Leczenie farmaceutyczne.** Zadaniem tego jest podnieść wytwarzanie się krwi, a w tym celu są przetwory żelaza, szczególnie pigułki Blanda, najlepszymi. W razie nieznoszenia tychże daje się jodek żelaza. Ostrzegać należy przed arsenikiem i jego przetworami, które w ogóle są przeciwwskazane w chorobach serca. Po jodku potasu nie widział S. korzyści. Wziewania tlenu nie zawsze bywają znoszone z powodu występujących zawrotów. Obok tego podaje S. małe dawki naparstnicy. Przeciw duszności sercowej okazała się najlepiej skutkującą chinina i to sama lub w połączeniu z kofeina, a gdy czynność serca bardzo jest przyspieszona, dodaje odwar naparstnicy. Po nitroglicerynie nie widział skutku. W razie napadu skutkuje obok bodźców skórnych wewnętrzne podawanie liquor. ammonii anis. z makowcem lub morfiną i to przez usta lub podskórną, tak samo narkoza chloroformowa i zimne okłady na klatkę piersiową. W nowszych czasach wstrzykują podskórną kofeinę, ponieważ przy zażywaniu przez usta nie rozwija całego swego działania. Podaje się ją zwykle razem z natr. benzoic. Inni znowu uważają wstrzykiwania strychniny za najsilniejszy i najbezpieczniejszy środek podniecający. W kilku przypadkach osłabienia serca widział S. po częstych wstrzykiwaniach 60/0 roztworu soli kuchennej dobre skutki. W końcu przytacza S. kilka przypadków puchliny wodnej, białkomoczu, o-



brzęku wątroby i silnej duszności wskutek serca tłuszczowego, w których Bamberger po kilku strzykawkach eteru cudowne widział skutki. *Baschkopf.*

## 5. Chirurgia.

**L. Hattyasy** (z Budapesztu). Doświadczenia z pentalem. (Versuche mit Pental). Aus der zahnaerztlichen Klinik der Universität zu Budapest. *Ung. Arch. f. Medicin* 1793, zeszyt 6.

W sprawozdaniu: „o działaniu pentalu“ donosimy o doświadczeniach, przeprowadzonych z pentalem na zwierzętach; obecnie dla porównania zdajemy sprawę o wynikach osiągniętych na ludziach podczas zabiegów w jamie ust. Co do sposobu usypiania, ważnem jest, by narzędzie do wdychiwania służące, umożliwiało dostateczne zmieszanie się pary pentalu z powietrzem. Pental jest energicznie i szybko działającym środkiem znieczulającym. Do narkozy potrzeba 2 minut i przeciętnie 6—8 gr.; więcej, jak 15 gr. użyć nie można. Do oznaczenia potrzebnego znieczulenia i rozpoczęcia operacji nie rozstrzyga odruch rogówkowy i zwiotczenie mięśni dowolnych: lecz 1) zachowanie się źrenicy: rozszerza się ona podczas usypiania coraz więcej, a przy średnim rozszerzeniu następuje narkoza; źrenice wtedy na światło wcale nie, lub minimalnie oddziałują; 2) znieczulenie skóry: gdy szczypanie ramienia nie sprowadza odruchu, można rozpocząć operować; 3) zachowanie się oddechu: gdy ten jest rytmicznym, głębokim, jak u śpiącego, wtedy uspienie jest dostatecznem. Gdy dwa z tych objawów, zgadzając się ze sobą, wskazują na rozpoczynającą się narkozę, można rozpocząć operację. Co do wpływu na układ naczyń krwionośnych, to przekonał się H. że pental w niektórych przypadkach silnie działa na serce, które więc dokładnie kontrolować musimy. Na narząd oddechowy wpływ jest mały. Trwanie uspienia zależy od stopnia tegoż; przy powierzchownych narkozach budzą się chorzy natychmiast po skończeniu się zabiegu, przy głębszych zaś pozostawają jeszcze 1—2 minut w uspieniu. Następne działanie jest korzystne: dobry humor i prawidłowy stan ogólny. Także w wadach organicznych (niedomykalność zastawek, rozedma płuc, nieżyt szczytowy, zapalenie oskrzeli lekkie) używał kilka razy pentalu, który chorzy ci, zarówno jak dwie ciężarne, dobrze znosili. Narkotyzować powinien asystent, a taka sama ostrożność jest konieczną, jak przy chloroformie i brometerze. Jak dotąd, odpowiada pental przy małych operacjach, celom osiągnięcia krótko trwałego znieczulenia łącząc przytem względnie małe niebezpieczeństwo i słabe następne działanie, byle ostrożnie środka tego używano. *Baschkopf.*

**Dr. M. Zander.** Przyczynek do operacyjnego leczenia zgorzeli starczej i cukrzycowej kończyny dolnej. *Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* tom 36, I i II zeszyt 1893.

Na 20-tym kongresie chirurgów w Berlinie polecił Zaegel-Manteuffel w swoim wykładzie: „O zgorzeli miażdżycowej“ na podstawie 6 własnych przypadków jako najwłaściwszy sposób leczniczy odjęcie członka w kolanie według Grithego, ponieważ u niektórych jego chorych operacje, wykonane w obrębie stopy tak samo jak i próby natury czysto konserwatywnej nie doprowadziły do pożądanego wyniku. W pierwszym rzędzie była tętnica udowa i jej gałęzie w wszystkich przypadkach mniej więcej zupełnie, a w jednym przypadku ściślej przez niego badanym były wszystkie tętnice podudzia wraz z gałęziami zamknięte wskutek miażdżycy i skrzepu swoistego. W przeciwieństwie do tego była comes ischiadica jako i całkowite zespolenie naczyń pośladkowych i sieć stawowa (rete articulare) mocno rozwinięte. Zoegel-Manteuffel operacji Grithego jako więcej konserwatywnej oddaje pierwszeństwo przed zaleconymi przez innych chirurgów operacjami uda i to tem więcej, że wątpliwości, jakoby płaty przy operacji Grithego mogłyby być źle odżywione, uważa jako zupełnie nie uzasadnione.

Do podobnego wniosku dochodzi Heidenhain w swej niedawno w „*D. med. Wochenschr.*“ ogłoszonej pracy o operacyjnem leczeniu zgorzeli starczej i cukrzycowej kończyny dolnej, w której słusznie obie formy zgorzeli, powstające na tych

samych warunkach i to na miażdżycowym zwyrodnieniu naczyń, wspólniej podaje ocenę. Oparty na większym materiale stara się udowodnić, że po amputacjach poniżej kolana następuje rozległa zgorzel płatowa, dla chorych wielce niebezpieczna. U swoich 25 chorych u których 3 amputacje podwójne i jedna potrójna były konieczne, wykonał 30 amputacji pierwotnych. Z 13 pierwotnych amputacji i wyluszczeń stawowych poniżej kolana prowadziły tylko dwie amputacje podudzia do wyzdrowienia; 2 chorych umarło, a u reszty 9 konieczna była amputacja następową; chorzy wyzdrowieli. Jako przyczynę niekorzystnego wyniku niskich amputacji czyni odpowiedzialnym porówno z Zoega-Manteufflem zakrzep wielkich naczyń krwionośnych podudzia, odnośnie tętnicy podkolanowej, ponieważ w 11 przypadkach skonstatował prawie zupełne zamknięcie większych naczyń przez stare skrzepy, znajdujące się w dolnej części tętnicy udowej, szczególnie zaś, jak się zdaje, na miejscu rozdzielenia się tętnicy podkolanowej, zapośredniczonej częstokroć tętnice goleniowej w całej długości. Na tych doświadczeniach Heidenhain dochodzi do następujących żądań: „Skoro zgorzel starcza ograniczona jest do jednego albo dwóch palcy należy odczekać odgraniczenia; przy przejściu zaś zgorzeli na grzbiet stopowy lub podeszwę stopową, należy, chociaż chory jeszcze nie gorączkuje, ze zasady amputować na udzie z tworzeniem możliwie małych płatów skórnych i to po nad kłykciami.

Autor po przedstawieniu stanowiska innych autorów podaje w dalszym ciągu swój pracę stanowisko, na jakim opiera się klinika chirurgiczna w Getyndze, w której autor jest asystentem; stanowisko to jest wręcz odmienne. W przeważnej części wszystkich przypadków postępowanie jest więcej ochronne a niska amputacja uważana w zupełności jako uzasadniona. Zanim autor przechodzi do bliższego przedstawienia i określenia swoich przypadków, podaje zasady, które profesor König w Getyndze się kierował przy chirurgicznym leczeniu zgorzeli starczej i cukrzycowej. Przedewszystkiem baczono na to, ażeby opanować zgorzel i zapalenie przez stosowne miejscowe leczenie; dla zyskania warunków o ile możności najkorzystniejszych kończynę odpowiednio wysoko ułożono, a w celu zapobieżenia zgniliznie albo w celu opanowania istniejącego już zakażenia założono po gruntownej dezynfekcji chorej kończyny opatrunek antyseptyczny. U chorych na cukrzycę do leczenia miejscowego dodano jeszcze leczenie przeciwcukrzycowe. Pod wpływem tych sposobów leczniczych którym dodano według potrzeby szerokie jeszcze nacięcia, w większej części przypadków objawy zapalne ustępowały, zgorzel się odgraniczała albo sprawa przynajmniej dalszych nie przybierała rozmiarów. Dopiero skoro wten sposób spodziewać się było można na nowo wystarczających warunków krążenia krwi, dających pewną gwarancję korzystnego odżywienia płatów skórnych, zdecydowano się na operację, którą naturalnie wykonywano w zupełnie zdrowych częściach na 2—3 palcy od miejsca zgorzeli albo od możliwej dośrodkowo od zgorzeli położonej okolicy zapalnej. W razie jednakże pogorszenia się stanu chorego pod wpływem tego mniej więcej konserwatywnego leczenia i w razie pojawienia się u cukrzycowych objawów śpiączki, lub skoro objawy zgorzeli albo zapalenia do tego stopnia się rozszerzyły, że zagrażały życiu chorego, natenczas przez natychmiastową radykalną operację usiłowano, ratować chorego. W takim przypadku wybierano naturalnym sposobem daleko większy odstęp pomiędzy miejscem operowania a chorą kończyną. Skoro na przykład rozchodziło się o sprawę ograniczoną jeszcze do stopy tylko, uważano amputację w środku podudzia za zupełnie jeszcze wystarczającą, w razie jednakże rozszerzania się zgorzeli na podudzie, nie wahano się z amputacją bądź to w kolanie według Grithego, bądź w środku uda. Że przy wielkiem niebezpieczeństwie zakażenia, jakiemu podlegają tkanki, przez niedostateczne odżywienie w swą odporność upośledzone, ściśle przestrzeganie metody antyseptycznej jest nicodzownie koniecznem, jest rzeczą naturalną. W celu ochronienia przy zapaleniu zgorzelowem pola operacyjnego od zakażenia, odgraniczono część chorą kończyny od zdrowej opaską ściśle przylegającą i nieprzepuszczalną. Wreszcie operowano przy i bez pomocy opaski Esmarcha, a w największej części przypadków zaszyto brzegi rany unikając najmniejszego napięcia. Ponieważ znaczniejsze krwawienie tylko rzadko bardzo się pojawić może, dla tego od nieodkrwienia sztucznego przynajmniej przy niskich amputacjach odstąpić można, a w razie ropnego zapalenia radzi autor szwy w zupełności zaniechać.

Jakie skutki osiągnięto w praktyce z postępowania w klinice autora stoso-



wanego podaje autor szczegółowo na przyłączonym do swęj rozprawy materyale statystycznym. W klinice chirurgicznej w Getyndze jako i w prywatnej klinice profesora K ö n i g a zdarzyło się w przeciągu 10 lat 17 przypadków zgorzeli starczej odnośnie cukrzycowej kończyny dolnej, do której to statystyki autor dołącza jeszcze jeden przypadek z praktyki prywatnej profesora R o s b a c h a. Historie chorób zestawione wedle czasu, w jakim po sobie następowały, są do tęj pracy dołączone. Pomiędzy temi 18 przypadkami było 7 przypadków czysto miażdżycowych a 11 cukrzycowych i jak wiek chorych chwiał się pomiędzy latami 40—79, to na 17 mężczyzn znajdowało się tylko jedna kobieta w wieku lat 60, chora na cukrzycę.

Przy końcu swych statystycznych zestawień podaje autor jeszcze raz ostateczny rezultat wykonanych operacyi. Z 13 chorych umarło 5, którzy się na 8 cukrzycowych i 5 miażdżycowych w ten sposób rozdzielają, że z pierwszych skończyły się zejściem śmiertelnem 4 przypadki a z ostatnich 1 przypadek. U tych 13 chorych wykonano 14 pierwotnych amputacyi i to 4 wysokie i 10 niskich; z pierwszych umarli wszyscy, z ostatnich tylko jedna kobieta, chora na daleko posuniętą cukrzycę. W jednym przypadku nie można za wynik śmiertelny przypisać winy przebiegowi przyrannemu. Z pozostałych 9 niskich amputacyi wyzdrowiało 7 przez rychłozrost, jeden po gojeniu przez ropienie. U wszystkich, którzy jako zdrowi opuścili szpital pozostał kikut według zasiągniętych później informacyi aż do dnia ogłoszenia niniejszej pracy autora albo aż do dnia śmierci, zaszłej z innej przyczyny, zupełnie a więc trwale zdrowy.

W dalszym toku swęj rozprawy autor usiłując dać wytłómaczenie na swoje daleko korzystniejsze wyniki w obec smutnych doświadczeń, jakie mieli K ü s t e r i inni z amputacyami niskimi, kładzie przedewszystkiem nacisk na to, że w wszystkich przypadkach autopsya przy operacyach dozwalała na przekonanie się o stanie naczyń krwionośnych, skonstatowano rozległą miażdżycę i częstokroć zwapnienie naczyń krwionośnych, zważając światło niekiedy aż po nad połowę. Jakkolwiek stosunkowo rzadko tylko naocznie można się było przekonać o stanie tętnicy udowej i jęj gałęziach w obrębie górnej połowy podudzia, to autor możliwości, że w jednym albo drugim swoim przypadku zachodził zakrzep większej tętnicy, bynajmniej nie wyklucza. Co się tyczy zakrzepu tętnicy udowej, to według autora szczęśliwego wyniku niskiej amputacyi tak bez wszystkiego wykluczyć nie można. Jest rzeczą znaną, że po podwiązaniu albo zrośnięciu tętnicy udowej comes ischiadica mogąca nawet, jak jeden przypadek M a r e c ' a dostatecznie udowodnił, zastąpić brakującą tętnicę udową, wytworzyć się może do wielkości kanału, łączącego tętnicę miednicową z tętnicą podkolanową. Ponieważ miażdżycowa tętnica porówno jak skrzep zwolna się tylko wytwarza, dla tego i tu przyjsie do skutku pobocznego krążenia krwi nie jest nieprawdopodobnem, co też w rzeczy samęj przytoczone spostrzeżenia Z o e g e - M a n t e u f f l a potwierdzają.

Zupełnie podobne mamy stosunki w tworzeniu się pobocznego krążenia krwi, skoro rozechodzi się o zakrzep tętnicy podkolanowej, albo innej większej tętnicy podudzia, w którym to przypadku przez ciągłe poboczne krążenie połączone pomiędzy sobą tętnice odżywcze nerwów (arteriae nutritivae) przejmują rolę tętnic z obiegu wykluczonych.

W dalszym ciągu twierdzi autor, że w obec wysokiego niebezpieczeństwa zakażenia tkanek słabo odżywionych nieodzownie koniecznym jest warunkiem przestrzeganie jak najściślejszej antyseptyki.

W końcu swęj pracy rozwodzi się autor kilku słowy nad wskazaniem wysokości amputacyi, jakie Z o e g e - M a n t e u f f e l na drugim miejscu podaje i to wskutek bolesności w zajętej kończynie. Przyczyna bolesności według Z o e g e - M a n t e u f f l a polega na anatomicznych zmianach nerwów szczególnie podudzia, a doświadczenia, poczynione przez autora niniejszej pracy, prowadzą do tego, że bolesność jako i wszelkie objawy nerwowe w jednym przypadku rychlęj, w drugim znów wolniej bez wyjątku po niskiej amputacyi ustępują, służąc tem samem jako prawdopodobny dowód, że uczucia bolesności polegają najczęściej na niewystarczającym wpływie krwi przynajmniej dopóty bolesności te rozciągają się na okolice zgorzelową i część jęj sąsiednią.

Na podstawie obserwowanych w klinice chirurgicznej w Getyndze i niniej-

szęj pracy wyluszczonej wskazówek sądzi autor, że w leczeniu operacyjnem zgorzeli starczej i cukrzycowej amputacja niska zasługuje na pierwszeństwo, przy czem nie wątpi, że idąc ściśle za przytoczonymi radami w największej części przypadków będzie się miało wewnętrzne zadowolenie obserwowania dobrze gojącego się kikuta. Skoro zaś w dalszym biegu miałyby się pokazać zgorzel płatowa, to zawsze jeszcze pozostaje nam jako ostateczna ucieczka wysoka amputacja, na którą lekkim sercem tem chętniej się zdecydujemy, ponieważ mamy to przekonanie, że, chcąc utrzymać o ile możności kończynę, niczego się nie opuściło, nie narażając naszymi zabiegami chorego na żadne niebezpieczeństwo.

Dr. Czarnecki.

## 6. Położnictwo i choroby kobiece.

**Herrgott** (Nancy). Uwagi nad wywodami połogowej rzucawki. (*Considerations sur la pathogénie de l'éclampsie puerpérale*). *Annales de Gynéc. Janvier, Février 93*.

Dawniejsze hipotezy istoty rzucawki tracą coraz więcej swoją podstawę, a nowe fakta, wykryte za pomocą badań nowoczesnych coraz bardziej, chociaż jeszcze niezupełnie, rozjaśniają zasłonę rzucawki. Autor daje pogląd historyczny na najnowsze badania nad istotą rzucawki, sam robi podobne spostrzeżenia, a chociaż wszelkie doświadczenia nowoczesne stanowią dotychczas także tylko jedną nową hipotezę, przyznać trzeba, że kierunek nowy uważać można za bardzo korzystny i wiele obiecujący.

Dépa ul wspomina pierwszy w swem dziele\*), jakoby istota rzucawki nie polegała na kongestji mózgowej, na zawrocie, albo na zapaleniu nerek, lecz na rozkładzie i zwyrodnieniu krwi. Myśl tę podejmują inni i tak twierdzi Delore 1884, że w krwi chorych kobiet na rzucawkę muszą zachodzić mikroby i te przyczyniają się do podwyższenia ciepłoty. Doléris wykazał pierwszy w roku 1883 w moczu łańcuszki złożone z prątków krótkich, poprzedzielanych zarodnikami. Wszczepienie prątków wywoływało u królików ostre zapalenie nerek i wydzielanie białka w moczu. Prątki chorych na rzucawkę, mają zachodzić w moczu ciężarnych posiadających białko w moczu, ale także i u takich, u których nie znajduje się żadnego białka. Ilość prątków rośnie w stosunku do napadów. Badania Dolérisa stwierdzili Perret, Bamberger, Aufrecht, Libtau i Bubes.

W dwa lata później odkrył jednakowoż Doléris w krwi 5 chorych istotę krystaliczną, nadzwyczaj trującą, nierozpuszczalną we wodzie czystej, lecz tylko w zakwaszonej i w eterze, należącą prawdopodobnie do grupy ptomainów. Szczury i ptaki ginęły wkrótce po zaszczeniu takowej. U niektórych kobiet znajdował się jad ten sam w krwi rozpuszczony.

Badania dalsze zwróciły uwagę badaczy na ciecz surowiczą. Podczas ostatniego zjazdu Ginekologów w Brukseli ogłosił Chambréleut razem z profesorem Tarnier'em, iż na 10 przypadków rzucawki znaleziono w dwudziestu próbach, w surowicy krwi i w moczu jad bardzo silny i nierozpuszczalny i przekonano się o wzmaganiu się jadu równocześnie z ilością drgawek rzucawkowych. Doświadczenia te potwierdzone zostały przez Bar'a.

Najnowsze znowu badania Schmosl'a z kliniki prof. Kaltenbacha w Hali wykryły w wątrobie rozpad tłuszczowy miejscowy, obrzmienie komórek i zatory w nerkach i mózgu pochodzące z rozpadłych komórek wątrobowych. Musi więc być jad w organizmie, który tak ostre powoduje zmiany, z kąd się jednakowoż bierze, czy się tworzy w organizmie jak aceton, lub czy po za granicami jego, do tego dalszych jeszcze potrzeba spostrzeżeń. Większość autorów skłonniejszą jest do zdania, jakoby rzucawka spowodowywaną była przez drobnoustroje. Blane znalazł w 1889 w urynie i we krwi chorych prątek długości 2 tysięcznych millimetra a grubości jednej tysięcznej. Przeszczepiając go na króliki wywoływał skurcze z białkomoczem podobne do rzucawki.

Wyniki te zachęciły Herrgotta do zajęcia się rzucawką. Z 17 chorych,

\*) Leçon de clinique obstetricale 1872—78.



które obserwował w szpitalu w Nancy, tylko 9 poddał ściślejszemu badaniu. Szczepienia robione krwią nie wydały najmniejszego wyniku, tak samo ujemny wynik osiągnięto z szczepień z łożyska wątroby, nerek, tylko mocz upuszczony z wszelkimi ostrożnościami przeciwnie za pomocą cewnika posiadał w 2 przypadkach, które się śmiercią zakończyły, prątek w kształcie biszkopcika. Tenże porusza się, zakrzywia się, nie posiada zarodników, daje się zafarbować barwnikami anilinowymi i nie barwi się podług metody Grama.

Odżywki prątka wydają białe, do wosku podobne, delikatne płaskie pokłady. Żelatyna nie zamienia się w płyn, bouillion zaszczenia się, a na kartofli tworzą się wilgotne szare wysepki. Grzybek ten jest w stanie świeżym chorobotwórczym dla królików, przechowany długi czas (np. przez 3 miesiące) traci swą własność jadowitą. Herrgott zastrzykiwał 2—4 centymetrów świeżej odżywki zmieszanej z bouillonem 6 królikom, z tych dwa były ciężarne; u ciężarnych zauważył ociążałość i porażenie kończyn i głowy, naraz znowu kurcze tetaniczne, duszenie przy oddechu, rozwolnienie i wychudnięcie. Oba króliki poroniły i zdechły po 3 i 5 dniach. We krwi i w wnętrznościach było bardzo wiele mikrobów chorobotwórczych. Z czterech królików nie ciężarnych skończył jeden na czwarty dzień wobec tych samych objawów co króliki ciężarne i zawierał we krwi i w członkach zaszczenia grzybek, drugi zakończył w 3 tygodniu wskutek porażenia kończyn i mięśni oddechowych. Odżywki ze krwi z części narządów dawały ujemny wynik.

Herrgott przekonał się, iż mocz kobiet ciężarnych zdrowych nie posiada żadnego grzybka, ztąd sądzi, że grzybek odnaleziony ma związek ze rzucawką. Do podobnych rezultatów doprowadziły badania Scarliniego, A. Favre'go, Garder'a, wszyscy znaleźli w urynie albo we krwi, albo w zatorze naczyń krwionośnych podługny grzybek, i temu przypisują początek choroby.

W ostatnim czasie 19/3 92 posadzili Combernale i V. Bué gronowca ropiastego żółtego i białego, jakoby takowe przyczyniały się same albo wytwarzały istotę wywołującą rzucawkę.

Ponieważ w rozmaitych chorobach zakaźnych zachodzi zapalenie nerek, więc trudno dać stanowczą odpowiedź, czy rzucawka jest następstwem choroby nerkowej — w rodzaju uraemii, czy spowodowaną przez grzybek specyalny, który przyjmuje się tylko u osób ciężarnych i wytwarza ptomain oddziałujący na system nerwowy. Po doświadczeniach tylu badaczy skłonniejszymi stajemy się do przyjęcia hipotezy ostatniej, lecz jak już wyżej nadmieniliśmy pomimo kroku ważnego, którym zbliżyliśmy się do rozpoznania choroby, dopiero dalsze doświadczenia zagadkę rozwiązać mogą.

Pomorski.

## 7. Choroby gardła, nosa i uszu.

**Bresgen.** Związek bólu głowy z cierpieniami nosa i gardzieli. (Der Kopfschmerz bei Nasen und Rachenleiden). *Mönchener med. Wochenschrift* No. 5, 1893.

Skoro przyczyn często pojawiającego się bólu głowy odkryć nie można, trzeba koniecznie zbadać nos i gardziel. Cierpienia bowiem często mało nawet znaczne tych części ciała ból głowy wywołują. Jako takie cierpienia nosa nieraz już trzeba uważać lekkie wzmoczenie błony śluzowej, które wywołuje ucisk, choć drożność nosa zachowana. Powód ten tem więcej zaś przyczynia się do bólu głowy, skoro przewodność nosa czy zupełnie czy też częściowo jest utraconą. Zwężenie mianowicie przewodu nosowego w okolicy muszli średniej najłatwiej bóle głowy powoduje. Zdarza się, że chorzy zwłaszcza rozumni, krótko przed rozpoczęciem się bólu głowy uczuwają w nosie ucisk i wskażą to miejsce, a drażniąc je zgłębnikiem łatwem jest, wywołać ból głowy, albo już istniejący spotęgować. Jeżeli zaś podczas bólu odnośne miejsce badać będziemy mieli sposobność, znajdziemy zawsze nabrzmienie i zaczerwienie błony śluzowej w tych częściach. Jako trzecią przyczynę bólu głowy uważa autor wszelkie ropienia w nosie lub w jamach przyległych, przy których obrzmienie błony śluzowej, zwężenie światła nosa

i zator ropy jako czynniki bólu głowy występują. W jamie nosogardzielowej stają się powodem bólu głowy jej ropienia lub też wybujanie migdałka gardzielowego.

Miejsce bólu głowy nie daje nigdy wskazówki, w której części nosa lub gardzieli przyczyna tej zwrotnej nerwicy się znajduje. Tylko badanie nader dokładne, nieraz kilka razy podejmowane, da poznać miejsce i cierpienie, które tę przykrą chorobę wywołuje.

Psychiczne wzruszenia, jak często to spostrzegać można, wywołują ból głowy, autor tłumaczy to tem, że po gniewie, zmartwieniu, nienaturalnem lub nadmiernem używaniu in Venere i t. p. powstają w nosie zmiany w błonach słuchowych i muszlach, a te zmiany są niejako łącznikiem między przyczyną a skutkiem.

Leczenie ogranicza się na usuwaniu cierpień nosa i gardzieli a jako środek ból głowy uśmierzający poleca Bresgen fenacetylę. (Nam użycie kokainy w nosie zwykle daje potwierdzenie rozpoznania. Ref.) Koehler.

**Szenes** (Budapeszt). O powikłaniu sprzyjającym wyleczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego. (Ueber eine Heilungsbefördernde Complication der acuten Otitis media). *Archiv für Ohrenheilkunde*. Bd. 33. H. 3—4.

W przeciwieństwie do powikłań czyniących zapalenie ucha środkowego, w początku niewinnie występującego, chorobą wielce groźną, zwraca S. uwagę na powikłanie, które jakkolwiek pojawia się objawami gwałtownymi, jednak trwa tylko kilka dni i pociąga za sobą zupełne wyleczenie choroby pierwotnej. Autor spostrzegł 21 przypadków ostrego ropnego zapalenia jamy bębenkowej, do których przyłączyło się zapalenie ucha zewnętrznego rozlane, 3—4 dni trwające, po którego usunięciu, także objawy pierwotnej choroby ucha środkowego zupełnie znikły i poprzednie przedziurawienie błony bębenkowej już było zamknięte lub blizkie zamknięcia. We wszystkich przypadkach choroba pierwotna polepszyła się już pierwój przy odpowiednim leczeniu o tyle, że gorączka, bólesci itd. się zmniejszyły, ropienie zaś z ucha jako takie ustało dopiero po przebyciu zapalenia przewodu słuchowego zewn. Z pomiędzy 6-ciu przypadków z zapaleniem ucha środkowego obustronnem tylko w 3 przyłączyło się zapalenie ucha zewn. i ciekawa rzecz w wszystkich tych ostatnich przypadkach ropienie uszne ustało pierwój po stronie powikłaniem zajętej, niż na drugiej. W 3-ech innych przypadkach ropienie z ucha przetrwało zapalenie ucha zewn. i ustało dopiero po wyleczeniu powtórnego takiego zapalenia.

W celach leczniczych używano przy zapaleniu ucha zewn., wobec silnego obrzmienia ścian przewodu, pijawek, pilnego wkraplania octanu glinowego (4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), sublimatu (1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>) lub 20<sup>0</sup>/<sub>0</sub> roztworu winianu glinowego w połączeniu z okładami ciepłymi i suchymi.

Wobec rozpoznania różniczkowego podnosi S., że trzeba dokładnie różnić obrzmienie ścian przewodu spowodowanego przez rozlane zapalenie ucha zewnętrznego od wywołanego przez współdział wyrostka sutkowego, przy którym spodziewać się nie należy opisanego zbawienego wpływu na chorobę ucha środkowego.

**Urbantschitsch** (Wiedeń). O prześwietlaniu wyrostka sutkowego. (Ueber Durchleuchtung des Processus mastoideus). *Ibidem* No. 22.

Prześwietla się wyrostek sutkowy w ten sposób, że się przybliża światło żarzące do nasady małżowiny. Przy użyciu większego wziernika usznego można się przekonać, że wyrostek przepuszcza światło aż do przewodu słuchowego zewnętrznego. W zapaleniach ropnych jamy bębenkowej połączonych z bolesnością wyrostka, prześwietlać nie było można. W jednym przypadku, w którym podczas zapalenia jamy bębenkowej z przedziurawieniem błony bębenkowej wyrostek światła nie przepuszczał, takowe po kilku tygodniach, w których stan się polepszył i ropienie ustąpiło, znowu przebijalo. Pewnego dnia wyrostek okazał się znów mniej przepuszczalnym dla światła, a na drugi dzień błona bębenkowa się zaczerwieniła, poczem przyszło do wypociny i do przecięcia błony bębenkowej. W 10 dni później wyrostek był znowu przejrzysty.



Tak samo wyrostek sutkowy był mniej przejrzysty w wielu przypadkach ropnego zapalenia jamy bębnekowej na odpowiedniej stronie i rozjaśnił się później coraz więcej w miarę polepszenia choroby. Aby jednak unikać pomyłek powinno się zawsze o tem pamiętać, że prześwietlenie wyrostka może być upośledzonym także przez obrzmienie skóry nad nim, którą też za każdym razem ściśle badać należy. Prócz tego przepuszczalność ta wyrostka zależy także od różnej gęstości tkanki jego kostnej.

Ważność rozpoznawczą ma szczególnie różnica przejrzystości na obydwóch stronach tak, że z znacznie mniejszego prześwietlenia jednego wyrostka w porównaniu do drugiego można wnioskować o zajęciu chorobowym odpowiedniej strony. U dzieci wyrostek jest o wiele więcej przejrzysty, niż u dorosłych. W połączeniu z innymi sposobami metoda ta stanowi cenny środek rozpoznawczy.

**Szenes (Budapeszt).** O ostrem, przelotnym zapaleniu środkowego ucha. (Ueber Otitis media acuta migrans). *Internat. klinische Rundschau* 1892 No. 21.

Autor podaje 3 przypadki ostrego zapalenia ucha środkowego z niezwykleym przebiegiem, których nie można pomieścić w żadnym oddziale istniejącego podziału chorób usznych, to też nadał im osobne miano: „zapalenie ucha środkowego ostre, wędrujące“. W pierwszym przypadku wystąpiło 3 dni po zupełnym wyleczeniu ostrego zapalenia ropnego ucha środkowego lewego zapalenie jamy bębnekowej z prawej strony, z powodu energicznych zabiegów nie przyszło jednakże do ropienia. W drugim przypadku pierwotne zapalenie jamy bębnekowej, które nie doszło do ropienia, powstało po stronie prawej, a 3 dni po całkowitem ustąpieniu takowego, pojawiła się ta sama sprawa na lewym uchu, przebiegając również bez ropienia. W trzecim przypadku ropne zapalenie ucha środkowego rozwinęło się na lewej stronie 3 dni po zupełnym wygojeniu tego samego cierpienia na prawym uchu.

We wszystkich więc przypadkach zapalenie jamy bębnekowej zajęło pierwotnie jedno ucho, skończyło się pomyślnie, a po kilku dniach, które S. uważa za okres zwiastunowy, wywiązała się ta sama sprawa na drugim uchu. Badania anatomo-patologiczne, jako też bakteryologiczne nie wyjaśniają sprawy statystycznie wykazanej, dla czego tak ostre jak również przewlekłe zapalenia jamy bębnekowej występują przeważnie jednostronnie, jakkolwiek oba uszy często na jedną i tę samą szkodliwość są narażone. Tyle jednak doświadczenie uczy, że sprawy obustronne po większej części pojawiają się albo równocześnie albo po sobie po bardzo krótkim już odstępie czasu. — Dla czego w podanych przypadkach choroba wystąpiła po drugiej stronie zawsze dopiero po zupełnym wyleczeniu wprawie zajętego ucha, autor wytłomaczyć nie może. Uważa on jednak ten przebieg jako analogią do t. „zapaleń płucnych wędrujących“, w których sprawa zapalna zajmuje najpierw jeden obszar płuca a dopiero po krótszym lub dłuższym trwaniu lub po zupełnym wyleczeniu najpierw zajętego obszaru występuje na innem, niekiedy dość odległym miejscu tego samego narządu.

*Spira.*

## 8. Farmakologia i Toksykologia.

**Paweł Terray (z Budapesztu).** O działaniu środków gorzkich na ruchy żołądka. (Ueber die Wirkung der Bittermittel auf die Magenbewegungen.) *Ungar. Arch. f. Medizin* 1892, zeszyt 1.

T. wycinał psom, przez uklucie w kark właśnie co zabitym, żołądek, który po podwiązaniu zanurzał w kąpeli, składającej się z 0.75% roztworu soli kuchennej o 38° C. W pierwszym szeregu doświadczeń badał automatyczne ruchy przede wszystkim na takich żołądkach, które nie pozostawały pod wpływem leków i to gdy były całkiem i do połowy napelnione, lub puste. Następnie badał wpływ obumierania, jako też rozmaitych mechanicznych, termicznych, elektrycznych bodźców na przebieg ruchów żołądkowych. W drugim szeregu do-

świadczeń zabijano zwierzęta przez 2 dni głodzone po poprzedniem wprowadzeniu do żołądka za pomocą cewy rozmaitych środków gorzkich i to w  $\frac{1}{4}$  godz. potem wkładano żołądek wycięty w opisany wyżej sposób do roztworu soli kuchennej. Przy takim postępowaniu mogły wystąpić tylko te ruchy żołądkowe, które zawdzięczały swój początek działaniu gorzkich środków na narząd mięśniowy i nerwowy ściany żołądka, podczas gdy u zwierząt żyjących uwzględnić należy jeszcze inne czynniki, jak wpływ ośrodków nerwowych, zmienne napełnienie krwią, rozmaitą ilość i jakość treści żołądkowej, i t. p., których szkodzący wpływ przy w powyższy sposób urządzonych doświadczeniach wykluczono. O ile możliwości używano tylko czystych środków gorzkich z wykluczeniem wszelkich nastojów i naparów; płynnych wyciągów można było śmiało użyć. Środki gorzkie stosowano w następujących dawkach: Conduranginy 0.1, Cetrariny 0.2, Absinthiny 0.4, 0.05, 0.01, Columbiny 0.1, Extr. Quassiae 0.3, Extr. taraxaci 0.2, Extr. gentianae 0.2, Chinin bisulf. 0.1, Strychnin. nitr. 0.006, Pikrotoksyny 0.01 gr.

Wyniki są następujące: 1) Odosobniony żyjący żołądek okazuje wśród równych warunków badania prawie przez  $\frac{3}{4}$  godziny ruchy automatyczne; po tym czasie pokazuje się rozpoczynające się obumieranie w występujących miejscami zasznurowaniach, zapomocą bodźców jednak jeszcze i w tym okresie można wywołać typowe skurcze. Z postępującem obumieraniem ustaje najpierw wpływ mechanicznych bodźców, następnie zimnej wody o  $18^{\circ}$  C., potem prądu elektrycznego, a w końcu gorącej wody o  $45-50^{\circ}$  C. 2) Między użytymi środkami gorzkimi, działającymi drażniaco na obwodowe automatyczne ośrodki żołądka, czyniąc tak jego ruchy automatyczne silniejszymi, częstszymi i dłużej trwającymi, zajmuje pierwsze miejsce Extr. gentianae, potem następuje cetraryna i kondurangina. Extr. taraxaci, dwusiarkan chininy a w końcu extr. quassiae. 3) Pobudliwość żołądka w obec bodźców fizykalnych podwyższa Extr. gentianae, Extr. taraxaci, Extr. quassiae, strychnina i kolumbina. 4) Małe dawki absyntyny zmniejszają automatyczne ruchy żołądka, większe zaś znoszą je zupełnie. 5) Pobudliwość żołądka podwyższają aż do ogólnych trwałych skurczów: kolumbina i strychnina. 6) Pikrotoksyna nie okazuje wybitnego wpływu na automatyczne ruchy żołądka. 7) Cetraryna posiada obok wpływu na podwyższenie ruchów żołądkowych także taki sam wpływ na ruchy jelitowe.

Pod względem leczniczym wynika z tych badań, że Amaricantia czynią ruchy żołądkowe żywszymi, z powodu czego użyć ich można z korzyścią w atonicznem osłabieniu i miernem rozszerzeniu żołądka. Przez pobudzanie ruchów żołądkowych ułatwiamy zmieszanie się treści ze sobą i ze sokiem żołądkowym, następnie przy udoskonaleniu wymiany krwi ułatwiamy wydzielanie soku żołądkowego i wessanie żywności, podczas gdy silniejsze ruchy części oddźwiernikowej sprzyjają wypróżnianiu się żołądka i dwunastnicy. Cetraryna jest ze względu na swój wpływ na ruchy robaczkowe jelit też łagodnym środkiem przeczyszczającym.

Oto treść skrzętniej pracy asystenta klinicznego, ofiarowanej swemu profesorowi, Fryd. Kóranyi'emu w 25-cio letni jubileusz jego działalności nauczycielskiej.

Porówn. rozprawę R a m m a w *Now. lek. r. z.* str. 184.

**J. Kóssa i H. Neumann** (z Budapesztu). O działaniu pentalu (Ueber die Wirkung des Pentals). Aus dem pharmakol. Inst. des Prof. Arp. Bókai aus der Universität zu Budapest. *Ung. Arch. f. Medz.* 1893, zeszyt 6.

Pental wstrzyknięty podskórnie królikowi nie okazuje nawet przy wielkich dawkach działania usypiającego, lecz objawy pobudzenia, w miejscu wstrzyknięcia jak i po wprowadzeniu do żołądka sprowadza gwałtowne bóle; żołądek się tak znacznie rozdyma, że wypchnięta ku górze przepona uniemożliwia oddechanie, sprowadzając uduszenie się zwierzęcia. Wdechany okazuje najszybciej działanie usypiające. Przyczyną śmierci wskutek pentalu jest uduszenie; zwierzęta można ocalić przez sztuczne oddechanie. Do przyspieszenia śmierci przyczyniają się też liczne wynaczynianki w płucach. Serce jest ultimum moriens. Śmierć nastąpić też może wskutek nagłego przestania bicia serca. Działanie miejscowe jest ciekawe. Puszczając z rurki cienki ustawiczny strumień na skórę,



otrzymujemy zupełne znieczulenie, tak, że po zużyciu 10 sześć. centym. pentalu można ucho królika bez bólu odciać. Przeciwnie w spojówce sprowadza pentale ogromne bóle i zapalenie. Wpływ pentalu na ciałka krwi wskazuje, że należy do silniej działających trucizn pierwszszcza. Ciepłota ciała opada w uderzający sposób po wdychaniu pentalu. W obec szybkiej śmierci, następującej wskutek wdychania czystego pentalu i to nie o wiele później, jak po chloroformie i brometylu, bardzo ważnem też jest przy wdychiwaniu pentalu, by zmieszany był z dostateczną ilością powietrza. Co do wpływu na serce, naczynia krwionośne i parcie krwi, widzieli autorzy zwięźnienie naczyń i opadnięcie ciśnienia krwi. Wybitny wpływ posiada pentale na serce, którego czynność podczas wdychiwania się wzmacnia. Znaczenie tego nie jest takie, jak przy chloroformie, ponieważ pentale, którego narkotyczne działanie krótszem i powierzchowniejszem jest od chloroformu, prawdopodobnie tylko do krótko trwających operacji używanym będzie. W każdym razie wskazana jest wielka ostrożność przy usypianiu, zwłaszcza u chorych na serce i płuca, jak to pouczają przypadki śmierci wskutek amylenu.

*Baschkopf.*

## 9. Hygiena, Epidemiologia itd.

**Finkelburg** (Bonna). Projekt do prawa o zwalczaniu chorób nagminnych i tegoż uzasadnienia. (Der Gesetzentwurf betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und dessen Begründung.) *Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege*. Rocznił XII. Zeszyt 3 i 4.

Niezaprzeczoną jest rzeczą, że dziś, gdy widmo cholery ludy i ich rządy przestrasza — środki obrony ujęte być winny w jednolitą rękę, tj. zarządzane ogólnem prawem. Spodziewaćby się należało, że takie prawo opierać się winno na wszelkich zdobyczach wiedzy lekarskiej, zwłaszcza higieny, a z drugiej strony liczyć się z interesami społeczeństwa objawiającymi się tak potężnie w handlu i przemyśle. Tymczasem posiada projekt do nowego niemieckiego prawa o zwalczaniu epidemii, jak to prof. Finkelburg stara się wykazać, wiele stron słabych, choć w zasadzie przyczynia się dzielnie do ugruntowania zasad publicznej higieny.

Pierwsze przepisy o obowiązku donoszenia i wykrywania chorób nagminnych są jasne i niezaprzeczone, chyba sposób donoszenia jest zbyt zawili i uciążliwy. F. żąda nawet, aby dla stwierdzania rzeczonych chorób wolno było przez państwo upoważnionym osobom nawiedzać mieszkania podejrżane, zarządzać desinfekcye, przeprowadzić chorych do zakładów publicznych itp; do takiego postępowania — house to house visitations — jest Anglia np. przyzwyczajona.

Mniej da się pochwalić, co projekt orzeka o środkach ochrony, bo zasadzają się takowe na ogólnie przez higienistów potępionym systemie odosobniania (Absperrung). Odosobnienie ma bowiem dotyczyć nietylko osób podejrżanych jako chorych, ale także takich, co z chorymi na zaraźliwe choroby styczność mieć mogły. Uświęconym byłby przez to sposób wykonywany w przeszłorocznej epidemii, który odbił się niekorzystnie na stosunkach handlowych nietylko w kraju, ale i z zagranicą. Te przepisy osób się tyżące jako i przepisy odnoszące się do przewozu towarów okazały wątpliwą wartość, zwłaszcza, że badania ściśle wcale na takie konieczności nie wskazywały, a przeciwnie kierunek Pettenkofera większą wagę kładzie na zaprowadzenie zawczasu zdrowotnych stosunków po domach pojedynczych i gm'nach.

Wprawdzie i ostatnie względy ma projekt rzeczony na myśli, gdy żąda, aby zaopatrywanie w wodę do picia i domowego użytku jako i odprowadzanie odchodów podlegało pieczy urzędników państwowych — jednak, jak autor wyluszcza, mają te przepisy problematyczne znaczenie. W motywach bowiem przyznaje projekt władzy państwowej tylko „możliwość“ dozoru nad zaprowadzeniem owych higienicznych ulepszeń, a jako bezpośrednie organa wymienia policję miejscową i urzędowych (beamtete) lekarzy. Ostatni byłiby jednak od téj polityki bardzo zależni, jak to F. szczegółowo opisuje; właściwie mieliby tylko możność zdawania

swój opinii. Policja miałaby także w swem ręku decyzję co do środków odosobnienia i dozoru. F. nadmienia, że to nie jest tak obojętną, bo nietylko przewodniczący gmin i burmistrzowie, ale i landraci w rzeczach lekarskich, w szczególności higieny, mają swoje własne odrębne zapatrywania. Gdyby dotychczasowi urzędowi lekarze, tj. fizycy powiatowi mieli sprawować w czasach epidemicznych, wtedy nie starczyłoby im czasu na ściśle zbadanie stanu rzeczy, np. na drodze bakteriologicznej; byłiby wtedy chcąc nie chcąc wskazani na pomoc władz miejscowych. Autor życzyłby więc, aby to byli osobni lekarze, urzędnicy zdrowia, stosownie wynagradzani, a ztąd zupełnie niezależni od prywatnej praktyki. — Odzywają się teraz w prasie lekarskiej często głosy stawające w opozycji do projektu, zwłaszcza co do stosunku owych lekarzy urzędowych, gdyby nimi być mieli fizycy powiatowi. Wkraczanie tychże w wypadkach niepewnych i mniej znacznych (przy płonicy), które projekt także obejmuje, byłoby często niepożądanem tak dla lekarza domowego, jak i dla chorych.

Zdrowotne urządzenia miejscowe okazały swe dobroczynne wpływy w ostatnich epidemiach w Anglii; F. radzi, aby za tejże przykładem zarządy gmin miały prawo zmuszania wszystkich właścicieli gruntów na drodze opodatkowania do przyłączenia się do publicznych urządzeń zaopatrywania w wodę i do utrzymywania należytej czystości i porządku w swych gruntach.

Dla decydowania o konieczności lub możliwości urządzeń higienicznych byłaby według projektu potrzebna jedna władza dla całej rzeszy niemieckiej, któraby łączyła w swym składzie naukę z doświadczeniem praktycznem, a tem samem wzbudzała zaufanie i działała uspokajająco. Miał to być zrazu urząd cesarski zdrowia — ale że ten podlega zupełnie prawie sekretarzowi ministerium dla spraw wewnętrznych, przeto w projekcie jest mowa o „radzie zdrowia dla rzeszy niemieckiej“, a autor ma nadzieję, że wkład jej nie będą wchodzili ludzie obierani ze względów politycznych lub pobocznych, ale tacy, których zdolność własna najpełniej poleca.

J. Trzeciński.

**Prof. K. Stellwag von Carion** (z Wiednia). W sprawie pisma pionowego. (Zur Steilschriftfrage). *Allgem. Wien. med. Ztg.* 1893, No. 10.

Celem rozstrzygnięcia pytania, czy pismo skośne, czy też pionowe zasługuje na pierwszeństwo, uwzględnić należy następujące punkta: 1) Pismo pionowe wczesnego czasu średniowiecznego tu w rachubę wcale nie wchodzi, ponieważ było ono malowane a nie pisane. 2) Gdy pismo stało się umiejętnością, w szerokich kołach uprawianą i odpowiednio do wzrastającej potrzeby „kursywnem“, pokazuje się u ludów, piszących od lewej ku prawej stronie, pismo skośne. 3) U ludów zaś piszących od prawej strony ku lewej, zakorzeniło się pismo pionowe. 4) Wszyscy mańkuci, piszący od lewej ku prawej stronie, mają pismo pionowe lub nawet na lewo pochylone, chociaż, jak długo prawej ręki do pisania używać mogli, mieli pismo skośne, na prawo pochylone. Nie może to być przypadkiem lub uparciem się nauczycieli, musi to mieć szczególną anatomiczną podstawę, którą też autor graficznie wyjaśnia. Z rysunku wynika, że pismo piszących od lewej ku prawej stronie musi być skośnem z literami na prawo pochylonemi. U mańkutów są naturalnie stosunki odwrotne, pismo staje się pionowem lub nawet na lewo zwieszającym. Następnie omawia S. pytanie, w jaki sposób ludy, piszące od prawej ku lewej stronie, przysły do pisma pionowego i dla czego przy niem pozostały. W końcu przychodzi autor do następującego wyniku: stosunkom anatomicznym odpowiada u piszących prawą ręką od lewej ku prawej stronie pismo pionowe, przyjmując, że przy pisaniu powinno być czynnych, o ile można najmniej mięśni, a użycie siły jak najmniejszym. Według tego koniecznem będzie powiększenie pracy mięśniowej przy pisaniu pionowem u praworęcznych, piszących od lewej ku prawej stronie. Tej wzmożonej pracy mięśniowej przypisuje powiększenie się pism drzączkowych, spostrzeganych podobno u dzieci zmuszanych do pisma pionowego. W obec tego nie widzi S. w zaprowadzaniu tego pisma zmniejszenia wymagań pracy mięśniowej, ani poręki na zmniejszenie owych szkodliwych następstw, przypisywanych natężającemu pismu skośnemu.

Baschkopf.



**S. Bartoszewicz.** Zastosowanie dezynfektyny do dezynfekcyi kału. (O primienienii dezinfektina dla obezzarażywania kału). *Wracz.* 1892. No. 46.

Dezynfektyna otrzymuje się z odpadków nafty. Autor dodawał jej w stosunku 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> do kału kilku cholerycznych, tyfusowych i zdrowych ludzi, określiwszy w nim uprzednio obecność bardzo wielu niechorobotwórczych i odnośnych chorobotwórczych pasożytów. Po 24 godzinach działania środka autor powtarzał badanie kału i otrzymał w 12-stu przypadkach (na 16 badanych) płytki zupełnie jałowe. W pozostałych rozwinęło się bardzo niewiele pasożytów niechorobotwórczych. Zapach kałowy zniknął wkrótce po dodaniu do wypróżnień dezynfektyny. Nawet po miesięcznem staniu z dezynfektyną kał ten nie miał żadnego zapachu. Autor sądzi, że dezynfektyna w ilości 10<sup>0</sup>/<sub>0</sub> powinna być na szeroką skalę stosowaną do dezynfekcyi kału.

*Janowski.*

## 10. Najnowsze narzędzia lekarskie.

**Odgniatacz amerykański**, jaki przedstawia Fig. 1. służy do usuwania ukleju i tem podobnych narośli.

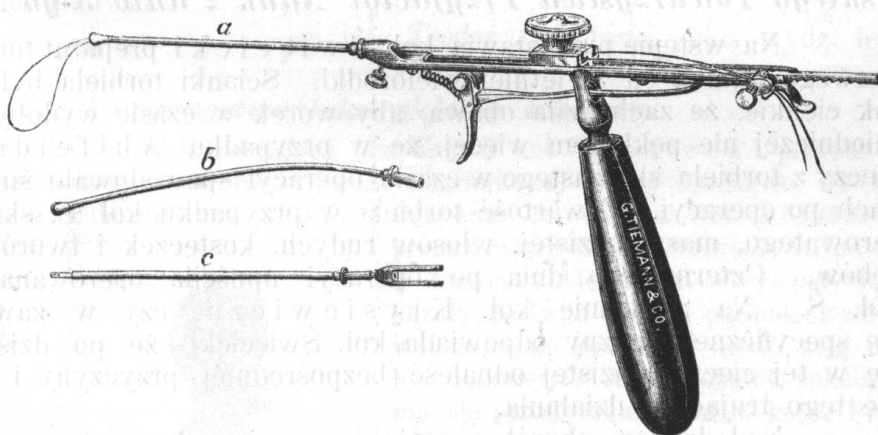


Fig. 1.

**Przyrząd do odcinania krwawnice** Fig. 2. poleca Kellogg w *The bacteriological World February 1892*. Przyrząd takiej budowy okazał się amerykańskiemu chirurgowi w wielu przypadkach bardzo praktycznym i dobrym. Przy okręcaniu śrubki *a* zcieśnia się drut przy *d* i w ten sposób odcinać można dość nawet wysoko krwawnice.

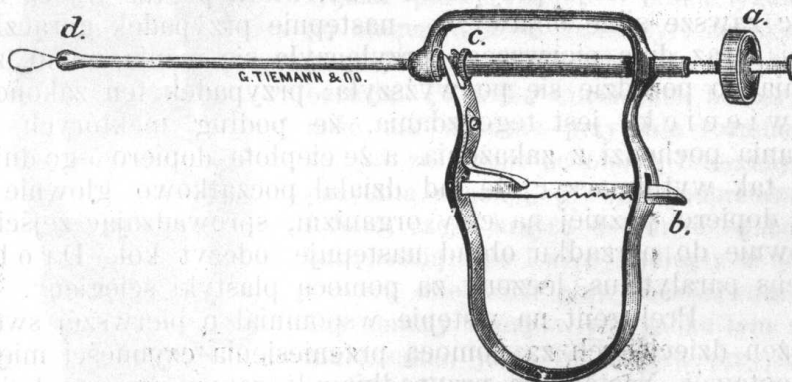


Fig. 2.

**Przy otwieraniu wyrostka sutkowego** używa Frank Allport przedstawionego w Fig. 3. przyrządu, który zezwala po rozszerzeniu go zbadać dokładnie miejsce chore. Po nad przyrządem umieszczone są końce jego w chwili zamknięcia, a więc przed użyciem.

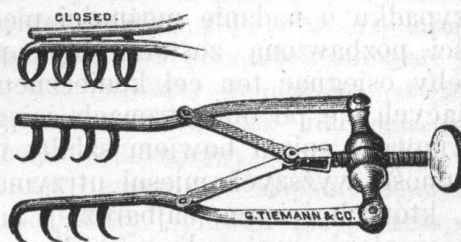


Fig. 3.

**Trzymadło  
maciczne przy  
coeliotomiach,**  
jakie przedsta-  
wia Fig. 2. opi-  
sał H. T. Hauks  
w *The American  
Journal of Ob-  
stetrics* 1892. O

ile takowe ma być lepsze i racjonalniejsze od zwykłych trzymadeł trudno z rysunku sobie wytłumaczyć. Cążki Muscuxgo większych rozmiarów tę samą oddać mogą przysługę.



Fig. 4.

## E. Ruch w Towarzystwach.

### 1. Sprawozdanie z zwyczajnego zebrania członków wydziału lekar- skiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk z dnia 5-go Maja 1893 r.

Na wstępie przedstawia kol. Świąciecki preparat torbiela skórzastego prawego jajnika od 32-letniej wielorodki. Ścianki torbiela były w 2 miejscach tak cienkie, że zachodziła obawa, aby worek w czasie wydobywania go z jamy miednicznej nie pękł, tem więcej, że w przypadku Ahlfelda wydostanie się cieczy z torbiela skórzastego w czasie operacji spowodowało śmierć w 44 godzinach po operacji. Zawartość torbiela w przypadku kol. Ś. składała się z płynu serowatego, masy mazistej, włosów rudych, kosteczek i tworów podobnych do zębów. Czternastego dnia po operacji opuściła operowana zdrowa zakład kol. Ś. Na zapytanie kol. Krysiewicza, czy w zawartości znajdują się specyficzne trucizny odpowiada kol. Świąciecki, że po dziś dzień nie udało się w tej cieczy mazistej odnaleźć bezpośredniej przyczyny i wytłumaczyć sobie tego trującego działania.

Nad działem chorób nagminnie panujących przytacza kol. Gąsiorowski biegunki krwawe pomiędzy dziećmi małemi i starszemi. Kol. Chachamowicz podaje przypadek róży, która po raz trzeci się powtarza, wywołując zawsze silne objawy, — następnie przypadek gorączki porodowej, do której zaraz dnia pierwszego przyłączyła się mania, mimo, że ciepłota dopiero 5-go dnia po porodzie się podwyższyła; przypadek ten zakończył się śmiercią. Kol. Świąciecki jest tego zdania, że podług niektórych badaczy każda prawie mania pochodzi z zakażenia, a że ciepłota dopiero 5-go dnia się podniosła, można to tak wytłumaczyć, że jad działał początkowo głównie na system nerwowy, a dopiero później na cały organizm, sprowadzając zejście śmiertelne. — Stosownie do porządku obrad następuje odczyt kol. Drobnika: „Pes calcaneus paralyticus, leczony za pomocą plastyki ściągien“.

Prelegent na wstępie wspomniał o pierwszej swjej próbie leczenia porażen dziecięcych za pomocą przeniesienia czynności mięśni w przypadku stopy szpotawej. Następnym przypadkiem leczonym przez prelegenta była stopa płaska analogicznie leczona za pomocą prostego przeniesienia czynności mięśnia długiego prostownika palucha na goleniowego przedniego. — Daleko więcej skomplikowane zadanie przedstawia stopa piętowa (pes calcaneus). Chodzi w tym przypadku o nadanie możności pięcie unoszenia się ku górze, której to czynności pozbawioną została stopa przez porażenie mięśnia brzuchatego łydki. Ażeby osiągnąć ten cel koniecznem jest przenieść czynność dwóch mięśni znajdujących się po obu stronach ścięgna Achillesa. Inaczej nie możliwą by była równowaga, pięta bowiem szłaby tylko w jedną stronę, a wskutek usunięcia czynności wyższych mięśni utrzymałaby się strona szpotawa albo płaska. Z mięśni, których ścięgna najbardziej nadają się pod względem anatomicznym do przeczepienia można liczyć tylko na dwa, tj. na mięsień sprychowy długi i na zginacza długiego palców nogi. „Ściągna tych mięśni, powiada prelegent, w przyto-



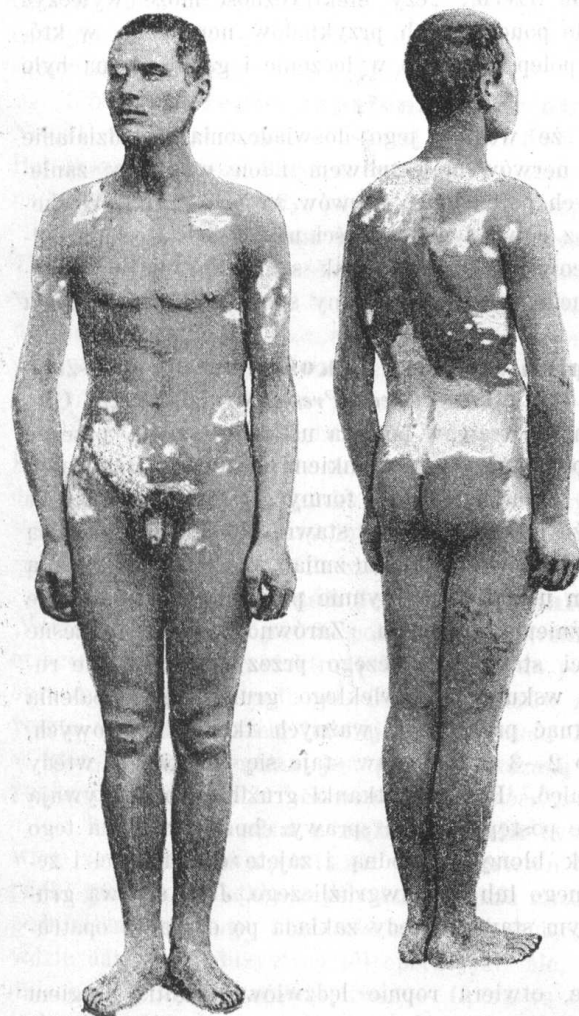
czonym przypadku wyciągnawszy należycie ze stopy przepołowiłem najpierw, następnie odciąłem środkową połowę tylko w części stopowej i przyczepiłem części ścięgien wspomnianych do okostnej kości piętowej w miejscu przyczepienia ścięgna Achillesowego, złączywszy takowe jeszcze trzema szwami jedwabnymi dla większej pewności z częściami ścięgien przyczepionych do kości piętowej. Ku temu celowi zrobić musiałem po jednej i drugiej stronie ścięgna Achillesa cięcie długie na 8 ctm. i lekko w tył zagięte. Rany zagoiły się per primam pod jednym opatrunkiem. Po dwóch tygodniach wyjąłem tylko szwy srebrne, którymi zeszyłem skórę, po 18 dniach zacząłem poruszania aktywne i pasywne, a po 3 tygodniach pozwoliłem pacjentce wstać. — Wynik operacyjny był widoczny. Pacjentka unosi piętę ku górze, wskutek czego kąt, jaki wytwarza śródstopie ze stępem przy stopie piętowej, znacznie się wyrównał. Chodzenie początkowo bardzo było trudnem. Chora stała na operowanej nodze zupełnie nie pewno, częściowo skutkiem osłabienia nogi przez trzytygodniowe leżenie, częściowo skutkiem zmienionego poczucia mięśni nie nawykłych do nowych czynności. — Wynik ostatniej operacji jest nadzwyczaj zachęcający do dalszych doświadczeń klinicznych, dotyczących się leczenia operatywnego porażen dziecięcych.

Po wyczerpaniu porządku obrad przewodniczący kol. Wicherkiewicz z posiedzenie zamyka.

Teodor Dembiński, sekr. wydz. lek.

## 2. Towarzystwo lekarskie w Kaliszu.

Na jednym z ostatnich posiedzeń przedstawił kol. Bieniecki przypadek znacznej bezbarwności skóry u żołnierza straży pogranicznej Iwana Dziadzięgo, 22-letniego włościanina z gubernii chersońskiej.



Pacjenta obserwował kol. Bieniecki przez dłuższy czas w lazarecie 15 pułku u dragonów Alexandra. Wywiady wykazały, że Iwan Dziadzięgo pochodzi z zdrowej zupełnie rodziny i *nigdy* kiłą nie był dotknięty. Jako woźnicy zahaczył mu się przed rokiem bat w koło. Przy wyciąganiu bata, wtłoczyła mu się tak nieszczęśliwie prawa ręka w koło, że złamał prawe ramię. W kilka tygodni po złamaniu kości zauważył, że skóra w niektórych miejscach staje się bezbarwną. Po kilku miesiącach bezbarwność tak znaczne przybrała rozmiary, że, jak załączone podobizny fotograficzne pacjenta okazują, głównie podbrzuszne i dolna część krzyża dotknięte są bezbarwnością. Ale i włosy podległy w niektórych miejscach głowicy bezbarwności. Czy zmiany skóry w przypadku tym są takie same, jakie w innych przypadkach *vitaligo* zauważyli Riehl i Ehrmann, kol. Bieniecki pozostawia w zawieszeniu, gdyż odnośnych histologicznych badań nie robiono, ponieważ pacjent opuścił zbyt wczesnie lazaret. Bądź jak bądź przypadek niniejszy jest o tyle wielkiej doniosłości, iż tutaj stwierdzono złamanie ramienia jako powód etiologiczny wytworzenia się w tak znacznym stopniu bezbarwności skóry. Mówca przypuszcza, że przy złamaniu kości powstało znaczne

obrażenie nerwów, które bezbarwność spowodowało, czyli, opierając się na niniejszym przypadku, skłania się innemi słowy mówca do zapatrywań Beigla, Schwimmera a przede wszystkim Leloira i Lebruna, którzy uważają vitiligo jako chorobę nerwów odżywczych (trophoneurosis). (W obec niejasnej dotąd etiologii bezbarwności skóry jest, jak widzimy, przypadek kol. Bienieckiego niemałego znaczenia. *Red.*)

## F. Zapiski lecznicze.

55. **O stosunku leczenia elektrycznością do leczenia przez poddawanie** mówił S. Scheiber w Budapeszcie (*Wien. med. Presse* No. 48, 1892). Według Moebiusa polega działanie lecznicze prądu elektrycznego wyłącznie na poddawaniu. Nikt nie wątpi o znaczeniu wpływu psychicznego przy każdym sposobie leczniczym, a więc też przy elektryczności, twierdzenie jednak, że elektryczność wcale nie działa przy porażeniach lub innych cierpieniach nerwowych, polegać może tylko na jednostronnem pojmowaniu. Mówca zajmuje się 3 z 10 pytań, postawionych na zeszłorocznem zgromadzeniu elektroterapeutów w Frankfurtie, opierając się na dokładnie spostrzeganych przypadkach, w których poddawanie z pewnością wykluczyć można. Pierwsze pytanie brzmiało: „O ile polegają wyniki elektroterapeutyczne na poddawaniu i czy prąd elektryczny posiada także i takie wpływy, jakich poddawanie nie posiada?” S. odpowiada na drugą część pytania twierdząco, gdyż elektryczność może spowodować do wessania wypociny i zorganizowane zapalne wytwory, czego zapomocą poddawania osiągnąć nie można. Na pytanie drugie: „czy można za pomocą prądu elektrycznego uzyskać dobre wyniki także przy organicznych zmianach środkowego układu nerwowego?” nie daje mówca tak stanowczej odpowiedzi, jak na pytanie trzecie: „czy elektryczność może wyleczyć obwodowe choroby nerwów?” S. przytacza wiele pouczających przykładów nerwobólu, w których wskutek leczenia elektrycznością nastąpiło polepszenie lub wyleczenie i gdzie można było wykluczyć wszelkie poddawanie.

W dyskusyi oświadcza I. Donath, że według jego doświadczenia jest działanie prądu elektrycznego w obwodowych porażeniach nerwów niewątpliwem i on uważałby zaniechanie leczenia elektrycznością w degeneratywnych porażeniach nerwów za błąd sztuki. W chorobach obwodowych są wyniki nieznaczne i to z powodu niemożności użycia ostatecznie silnych prądów, względnie niedostatecznego umiejscowienia tychże. Tak samo nie można widocznie wpłynąć na część szyjną nerwu współczulnego, gdy nie możemy spowodować rozszerzenia zrenicy.

56. **O leczeniu gruźliczych cierpień stawów i kości** mówił w peszteńskim towarzystwie lekarskim prof. Dollinger. (*Wiener med. Presse* No 50, 1892). Głównie znaczenie w leczeniu ostrych gruźliczych chorób stawów posiada ustalenie stawu, przezco naśladujemy naturalne wyleczenie, a osiągamy to pojedynczym opatrunkiem gipsowym. Dogodniejszym jest opatrunek skórny, zdjąć się dający, zrobiony według formy gipsowej. Obawa, że wskutek długo trwającego ustalenia nastąpić może unieruchomienie stawu, nie jest uzasadnioną ponieważ staw gruźliczy, jeśli gruźlica nie spowodowała w nim takich zmian, które uniemożliwiają czynną poruszalność, staje się pod opatrunkiem ustalającym czynnie poruszalnym. Ustalenie trwać powinno aż do zupełnego zniknięcia podrażnienia zapalnego. Zarówno, jak przedwczesne przerwanie ustalenia, tak i leczenie nieruchomości stawu gruźliczego przez wykonywanie ruchów, wywołać może nawrot zapalenia. Zgięcia wskutek przewlekłego gruźliczego zapalenia stawu nie wyprostowuje D. od razu, aby uniknąć przerwania ważnych tkanek stawowych, lecz napina tylko staw podczas opatrunku; po 2—3 dniach staw staje się wiotkim, a wtedy dalsze wyprostowywanie możebnem jest bez pęknięć. Ponieważ tkanki gruźlicze oddziałują na długotrwałe bodźce mechaniczne i termiczne postępowaniem sprawy chorobowej, dla tego usuwa D. po otwarciu gruźliczych ropni i przetok błonę roporodną i zajęte części kości i zeszywa ranę bez zastosowania środka przeciwnielego lub przeciwgruźliczego. Jeśli sprawa gruźlicza odgrywa się w bliskości stawu lub w samym stawie, wtedy zakłada po operacyi opatrunek ustalający.

Od 1½ roku, jak D. bezgnilnie operuje, otwiera ropnie lędźwiowe (psotitis) długiem cięciem wzdłuż brzegu kości biodrowej, wycina błonę roporodną, zeszywa całą ranę bez osą-



czkowania i ustala kręgosłup. Tak leczył on od 1891 r. 11 chorych, z których 8 dotychczas jest bez nawrotu. U pozostałych 3, u których się wytworzyła przetoka nie unieruchomiono kręgosłupa po operacji. Poruszalność stawu badał D, nie w narkozie. Bf.

57. **O własnym sposobie leczenia skośnej szyi** mówił prof. Lorenz w wied. tow. lek. (*Allg. Wien. med. Ztg.* 1893, No. 8). Metoda nowa, nwieńczona w wielu przypadkach najpewniejszym wynikiem, jest następująca: 1) Przecięcie obu poręczy schyłacza głowy, jego pokrywy włóknistej i wszelkich skróconych włóknistych części wklęsłej strony szyi w otwartej, ale możliwie małej ranie, dokładny szew tejże i opatrunek uciskowy. 2) „Przy trwającej jeszcze narkozie“ następuje t. z. modelujące wyprostowywanie karkowego skrzywienia kręgosłupa. Wyprostowywanie to nie zadowalnia się tēm, by boczne pochylenie głowy naprawić lecz ma na celu, siłą powoli wzrastającą, zawsze na nowo zaczepiającą rozciągnąć skurczone więzadła wklęsłej strony skoliozy karkowej „w przeciągu jednego i tego samego posiedzenia“ o tyle, aby umożliwić wprost przekrzywienie na przeciwną stronę skoliozy łuku kręgosłupa szyjnego. Rozciągliwość i podatność części miękkich w ogóle, a zwłaszcza u młodych jest tak „olbrzymią“, że nadmierna poprawa skrzywienia przy pewnej wytrwałości na pewne się udaje. Chory przy tem modelującym wyprostowaniu (*redressement*) nie jest narażony na niebezpieczeństwo, baczycy tylko należy, by drogi powietrzne nie zostały podczas tych zabiegów uciskniętymi. Wyprostowywanie „dopiero wtedy“ jako ukończone uważać należy, jeśli się udaje ucho, odpowiadające wypukłości skoliozy karkowej położyć na bark chorego tej samej strony. 3) Założenie opatrunku, utrzymującego kręgosłup szyjny w odwrotnym przekrzywieniu, jako też głowę w możliwie najwięcej przeciwnym pochyleniu przynajmniej przez 8—10 dni nieruchomo. Po tym czasie zagojona jest przez rychłozrost mała rana skórna a wtedy następuje 4) czynna gimnastyka, zmierzająca przez silne ruchy mięśni szyjnych strony zdrowej do przeniesienia pierwotnego zniekształcenia za pomocą możliwie często powtarzanego aktu woli chorego w przegięcie przeciwne.

Według tego sposobu leczył Lorenz 12 przypadków szyi skośnej a skutek nie był czasowy, lecz trwały, podczas gdy przy innych sposobach leczenia powrót cierpienia b. jest częstym. I Billroth uznaje w dyskusji tę metodę za najodpowiedniejszą i poleca przecięcie skóry nie poprzeczne, lecz podłużne. Bf.

58. **Leczenie zapalenia płuc okładami lodu.** T Mays (*Med. News* 1893, No. 21) zauważył doskonale skutki po okładach lodowych na piersi w zapaleniu płuc krupowem. Ból duszność, kaszel przytem ustępowały; autor przypuszcza działanie rozdzielające (*resolutiv*) na wysięk pneumoniczny, podaje krzywiznę ciepłoty na dowód. Chl.

59. **Strychnina w leczeniu pneumonii.** Rossevelt (*Med. Record.* 1892, p. 728) wychodząc z założenia, że najczęstszą przyczyną śmierci w przebiegu zapalenia płuc jest wyczerpanie serca, bądź to w samym początku, bądźto w czasie przełomu (między 6 a 10-y dnem), uważa za najważniejsze wskazanie podniecenie serca, ilekroć tętno słabnie i krążenie szwankuje. Jednakowoż według doświadczenia autora nie pomagają, wtedy naparstnica, konwalia, strofant, — tylko alkohol i strychnina. Ostatni środek wskazanem jest mianowicie wtedy, gdy alkohol zawodzi np. u pijaków. Trzeba jednak dawać strychninę w dużych dawkach, najlepiej podskórnie (0,002—0,003) na jedną strzykawkę i powtarzać iniekcje co pół godziny, póki serce nie odzyskało energii. Wstrzymać się należy od dalszych wstrzykiwań, skoro wystąpią pierwsze objawy intoksykacji, zdradzające się podwyższeniem odruchów ścięgowych. — Wystarczy jednak próbować te odruchy na kończynach górnych. Chl.

60. **Nowy sposób leczenia zapalenia opłucnej** projektuje Parsons (*Medic. News.* 1893, str. 57); jest to połączenie elektrolizy z punkcją: autor nazywa swą metodę „ele-trocentezą“. Jedną elektrodę kładzie się na piersi, drugą — iglastą — wkłada się w wysięk opłucny. Przy sile pędu 30—50 milliamperów znaczna część włókienka w wysięku krzepnie; reszta wysięku ma tem łatwiej być wessaną. Metoda ta ma być wskazaną w przypadkach, w których torakocenteza jest przeciwwskazaną lub w których wysięk wciąż się odnawia mimo punkcji powtarzanych. *Si non e vero, e ben trovato.* Chl.

61. **Gończka z ząbkowania** była przedmiotem zaczepki i powątpiewań, mianowicie ze strony Hanowitza. Hermann Mueller staje w jej obronie, opisując 4 przypadki gończki u ząbkujących dzieci, gdzie można było wykluczyć wszystkie inne przyczyny podniesienia ciepłoty, która też zaraz po nacięciu dziąsła w miejscu wypuklenia spadła. W prawdzie dawniej nadużywano tej operacyjki, ale, że przydać się może, choćby dla uspokojenia dziecka i otoczenia, niewątpliwa. — Operacją robi się w ten sposób, że matka i pomocnik naciskiem unieruchamia nogi, barki i głowę dziecka; wtedy operator lewym palcem wskazującym

wchodzi między szczęki i odchyła język; a prawą ręką skalpelem znosi czubeczek ponad wypuklającym się wierzchołkiem zęba. Chł.

62. **Tuberkulina i tuberkulocydyna zastrzykiwana wśródżylnie.** W No. 9 i 10 tegorocznim *Deutsch. med. Woch.* ogłosił Landerer swoje doświadczenia nad stosowaniem śródżylnych iniekcji tuberkuliny, wykazując nieszkodliwość tego sposobu zastosowania wynalazku Kocha. Wiadomość tę pochwycił mieszkający obecnie w Karlsruhe Prof. Edwin Klebs, aby donieść, że i on stosował swoją tuberkulocydynę. (Cfer. *Nowiny lek.* 1892, str. 000) nie tylko podskórnie, ale nawet także wśródżylnie i że zauważył, że tylko przy tej metodzie można osiągnąć takie wyniki u ludzi, jakie dają podskórne wstrzykiwania na zwierzętach. Twierdzi on, że 0,5—1.0 tuberkulocydyny w żyłę wstrzyknięte od razu usuwa gorączkę suchotników. Ranę od ukłucia zalepia kawałkiem plasterka salicylowego (Unny). Prócz działania przeciwgorączkowego miałaby tuberkulocydyna także wyraźne prątkobójcze własności. — Zauważył on ją w kawernach suchotników. Według niego nawet w rozpaczliwych przypadkach w rozwiniętych już suchotach, warto jeszcze tego środka się chwycić. Chł.

63. **Owsik (oxyuris vermicularis)** usuwa Minerbi u dzieci enemkami z oliwy (40,0) z dodatkiem naftaliny (2,0). — Starszym daje większe dawki: naphtalini 5,0, Olei Olivar 60,0 na enemę. *D. med. W.* 17). Chł.

64. **Tinctura Myrrhae w leczeniu dyfteryi.** Dr. Röhl z Monachium radzi dawać chorym na błonicę 20% rozczyń tej nalewki. Tinct. Myrrh. 4,0, Glycerin 8,0, Aq. destill. 9,0 ad 200,0. S. dawał za dnia co godzinę, w nocy co dwie godziny, ewent. też co godzinę, tj. w ciężkich przypadkach i to małym dzieciom do 2-go r. po łyżeczek, starszym po łyżce dziecięcej. Obok tego zwykle, nie zawsze, każe dzieciom płukać wodą chloroformową lub pędzluje ich migdałki czystą Tinct. Myrrhee. Gdy błonica przejdzie na krtań, każe co godzinę wzięwać rozpyloną tę myrrową nalewkę. Z 20 dzieci w ten sposób leczonych wszystkie wyzdrowiały. *Allg. med. Ztg.* 1893. No. 30.

## G. Rozmaitości.

**O wymianie materii w zatruciu fosforem** mówił na posiedzeniu lekarzy niemieckich w Pradze Münzer (*Wien. med. Presse* 1893. No. 1.) Badania Schrödera i Schmiedeberga nad mocznikotwórczą czynnością wątroby nakłoniły go do badania wymiany materii w chorobach wątroby a przede wszystkim w żółtaczce gorączkowej Weila, a następnie w zatruciu fosforem i doszedł do wyników, zmuszających go do przypuszczenia, że w następstwie zatrucia fosforem przychodzi do ilościowo powiększonego i jakościowo też zmienionego rozpadu białka ustroju z wytwarzaniem się nieprawidłowo kwaśnych wytworów rozpadu i że może pierwsza tylko lub obie okoliczności nawzajem się wspierając, są przyczyną niszczącego wpływu na organizm.

Jako wskazówkę leczniczą dołącza Münzer, że obok ogólnie przyjętych sposobów leczenia wskazanem także jest podawanie węglanów alkalicznych celem zubożenia nieprawidłowej kwasoty, aby w ten sposób oszczędzić ustrojowi zużycie zubożających alkaliów a następnie poleca się zastąpić chorem, po ustąpieniu gwałtownych objawów zadrażnienia ze strony żołądka znaczną utratę białka ustroju, doprowadzaniem żywności posilnej, obfitującej w białko.

**Czarna śmierć.** Wobec tej strasznej epidemii, której Tatarzy powyższą nadali nazwę, jest cholera azyatycka niczem. Sprawozdanie urzędowe, które jenerałny zarządca Turkestanu w wrześniu z. r. przesłał do Petersburga, donosi, że czarna śmierć w zastraszający sposób nawiedza od kilku dni ludność powyższej prowincyi. 10. września wystąpiła zaraza w Askabadzie i w następnych 6 dniach zabrała tu 1303 ofiar z ogólnej liczby 30.600 mieszkańców tego obwodu. Przeciw czarnej śmierci, znaną już od dłuższego czasu w Azji zachodniej, nie ma środka leczniczego. Podobna do śmiercionośnego, trującego wiatru pustyni napada ona nagle rozległe szmaty kraju, zabija ludzi i zwierzęta i równie prędko znika, jak przyszła. Umiejętności dotychczas nie powiodło się wyświecić właściwą jej istotę. I teraz zniknęła ona w Askabadzie już po 6 dniach, pozostawiając ogromną liczbę zakażonych trupów, których oględzin nie można wykonać z powodu szybkiego przejścia ich w okres gnicia i rozpadu. W sprawozdaniu powyższem przytoczone są jeszcze następujące szczegóły o zarazie. Zaczyna się ona gwałtownymi dreszczami, wstrząsającymi chorem od stóp do głowy i powtarzającymi się przez



godzinę prawie co 5 minut. Po ustąpieniu dreszczu pokazuje się trapiąca gorączka; tętno nabrzmiewa, tętno jest bardzo częstym i w miarę podwyższania się gorączki przyspieszenie jego coraz bardziej się powiększa; naprzemian występują drgawki, mdłości i straszne bóle. Nagle kończyny stają się sztywnymi i chłodnymi, nie poruszają, podczas gdy chory jęczy. Ten okres choroby nie trwa dłużej nad 10–20 minut. Biegunki lub wymiotów nie spostrzega się. Po tym okresie konania objawia się życie jeszcze tylko słabymi ruchami oddechowymi, dopóki wnet śmierć nie nastąpi. Zaraz po śmierci pokrywa się ciało wielkimi czarnymi pęcherzami, szybko się rozszerzającymi i sprowadzającymi w przeciągu kilka minut rozpad ciała. (*Allgem. Wien. med. Zeitung* 1892. październik.)

**O sposobie wydalania ciał obcych z jamy nosowej u dzieci,** polecenia jest godnym donosi docent Kaug z Mnichowa w „*Wien. med. Presse*“ 1893, No. 1. „*Medico*“ pisze: „usta dziecka zakrywa się chustką, otwór nosowy nie zawierający ciała obcego zamyka się a następnie wdmuchuje się silnie dziecku przez usta 2–3 razy powietrze, poczem ciało obce z nosa wypędzonym zostaje“. Sposób ten jest przedewszystkiem nieestetycznym, uwzględniając możliwą nieczystość w okolicy nosa dziecięcia. Następnie jest on niehygienicznym, gdyż można dziecku gwałtownie wpędzić rozmaite zarodki chorobowe i przytem ewentualnie od dziecka się zarazić. Sposób jest dalej niepewnym; jeśli ciało mocno jest wkleszczone, a parcie przy dmuchaniu bardzo wielkiem, to może sposób ten stać się niebezpiecznym, przyczyniając się do powstania ostrego zapalenia jamy bębnekowej, do nawrotu już istniejącego lub do wybuchu świeżego nieżyty trąbki Eustachiusza.

**O badaniu zmysłu słuchu u udawających i o wyzyskiwaniu tegoż ze stanowiska rozpoznawania i przepowiadania** mówił Prof. Böke z Budapesztu (*Wien. med. Presse* 1892 No. 37). Badając zmysł słuchu, należy zawsze uwzględnić rozwój cielesny i umysłowy badanego i tylko dokładne badanie może nam wyjaśnić, czy mamy do czynienia z udawaniem czy też z rzeczywistym cierpieniem. Z jednej strony usiłują badani udawać ze względu na swe zatrudnienie dobry słuch, aby zajęcia nie utracić, z drugiej strony symulują innym razem po bitkach itp. chorobę uszną; ostatnie zdarza się także celem uwolnienia się od służby wojskowej lub wzbudzenia litości. Do badania zmysłu słuchu służą zegarek, akumeter Politzera, diapazony, pręciki dźwiękowe, piszczałka Galtona i mowa. Najpierw bada się działanie poszczególnych narzędzi przez przewodnictwo powietrzne a następnie kostne. Po tem badaniu należy śledzić zmiany organiczne pojedynczych części narządu słuchowego i takowe ocenić. Udawaną głuchoniemotę można często w ten sposób rozpoznać, że ludzie ci ortograficznie źle piszą lub przez to, że symulanci pokazują swój język, chcąc dać do zrozumienia, że nie mogą mówić. Często można, zwłaszcza jeśli chodzi o symulację jednostronnego cierpienia usznego, udawanie łatwo rozpoznać, tylko zbyt często wypada demaskować udawającego zapomocą rozmaitych sztuczek.

**O operacjach położniczych.** Ze statystyki, obejmującej blisko półtora miliona porodów, wysnuwa Tuszkau z Budapesztu wniosek, że wielki zapal położników do operowania pogarsza wyniki aseptycznych czasów i dla tego zestawia następujące pravidła co do zachowywania się w tym względzie: 1) Ciężarna, rodząca i położnica przedstawiają noli me tangere — to jest pravidło nieomylnego leczenia zapobiegawczego. 2) Tylko najściślejsze wskazania zezwalają na zabieg (do tego należy też zwykle wewnętrzne badanie i przedmiotowa antisepsis) — to jest pravidło konserwatyzmu. 3) Wśród najskrupulatniejszego podmiotowego i przedmiotowego postępowania wykonywać i najmniej zabieg, jest naszym najświętszym obowiązkiem — to jest pravidło postępowania bezgnilnego. B.

**O czerwonym widzeniu (erythropsia)** miał wykład prof. Wilhelm Schulerk niedawno na posiedzeniu węgierskiej akademii umiejętności. Niektórzy na zaćmę operowani widzą czerwono w zmroku, inni znowu w postaci czerwonych plam, idąc po polach śniegiem zasłanych podczas jaskrawego światła słonecznego. Zjawisko to wywołać można z łatwością u każdego, który nasyci swoje oczy promieniami pozaioletowymi (fotochemicznymi); gdyż przedłużenie czynności widzenia wymaga ponownego wytwarzania się istoty do widzenia służącej, które po tamtej stronie widma barwnego szybciej następuje, niż po tej stronie. Dla tego działa przeważnie część czerwona, z zwykłego oświetlenia, szczególnie jeśli ono jest słabem wskutek zmroku. Wykładający udowodnił szczegóły te dokładnemi doświadczeniami fizykalnemi. Bf.

**Z nizin umiejętności.** W piśmie p. n. „*Aus den Niederungen der Wissenschaft*“ występuje prof. Stricker we Wiedniu przeciw Cohnheimowi i Weigertowi, którzy nie uznali jego pierwszeństwa w nauce o zapaleniu. Po zawarciu pokoju w Nikolsbur-

gu w r. 1866 przyjechał Cohnheim do Wiednia i odwiedził Strickera w zakładzie fizyologicznym, gdzie obaj z młodzieńczym zapalem omawiali nowe myśli do prac, jak i wyniki nowszych badań. Tu doniósł Stricker swemu gościowi o swych spostrzeżeniach nad krążeniem krwi i o wydostawaniu się krwinek białych przez ściany naczyń krwionośnych. W następnym roku ogłosił Cohnheim swą pierwszą pracę o nauce wędrowania krwinek, nie uznawając rzeczywistego współudziału Strickera w odkryciu. Weigert nie przytoczył nazwiska Strickera w artykule „o zapaleniu“ w realencyklopedyi Eulenburga, mimo że Stricker i jego uczniowie zmodyfikowali patologię komórkową w znacznym szeregu rozpraw i stwierdzili nowymi dowodami. Bf.

**Przyczynę do znajomości znieczulenia mózgowego.** W wied. tow. lek. omawiał docent L. Frankl-Hochwart („Allg. Wiener med. Ztg.“ 1893, No. 8) szczególne zachowanie się oczu w macinniczem a niekiedy też anatomicznem połowiczem znieczuleniu; podczas gdy w wielu przypadkach rzeczywiście czucie, smak, węch i słuch po jednej stronie zniknęły przy zupełnie prawidłowem zachowywaniu się drugiej strony, to znajdujemy przy badaniu czynności narządu wzrokowego, że oba pola widzenia są ścięśnione. F. wykazuje, że tę zagadkę można w ten sposób rozwiązać, iż w niektórych przypadkach stwierdzić można, że t. zw. „strona czująca“ także upośledzoną jest pod względem innych rodzajów czucia, choć w mniejszym stopniu od drugiej. Przy leczeniu połowiczego znieczulenia mógł wykazać na słuchu i czułości faradycznej skóry nie tylko po stronie chorej, ale i zdrowej podwyższenie zdolności przyjmowania wrażeń. Jeszcze dobitniej mógł to stwierdzić zapomocą hypnozy. W 4 przypadkach poddawał częściową analgezję lub jednostronną głuchotę, a za każdym razem wykazano też pewne zmniejszenie zdolności przyjmowania wrażeń po stronie przeciwniej (względnie obniżenie bystrości słuchu). Z ustąpieniem znieczulenia polepszała się też zdolność przyjmowania wrażeń strony przeciwniej. F. przypuszcza więc, że macinnicze znieczulenie połowicze odpowiada zachorowaniu jednej półkuli mózgowej, przyjmując, że każda półkula zaopatruje obie połowy ciała w włókna czuciowe. Dla ruchu już dawno stwierdzono to podwójne zaopatrywanie a i dla czucia znamy już kilka faktów za tem mówiących: a) przy połowiczem widzeniu pokazuje się często także w chorej połowie pola widzenia obszar widzący; b) często jest „prawidłowe pole widzenia“ ograniczonem. Z okoliczności tych wnioskuje, że każda połowa mózgu zaopatruje wszystkie 4 części siatkówki. 2. Głuchota po zniszczeniu płatu skroniowego jest tylko przemijająca, co Gowers tłumaczy zastępstwem drugiego płata skroniowego. 3) Henschen znalazł w przypadku zniszczenia całego wieńca słupkowego (Stabkranz) jednej strony — [czucie strony przeciwniej nie zniesione, lecz upośledzone. Za teorią o obustronnem zapatrywaniu przemawia jeszcze wiele okoliczności, doświadczalnie stwierdzonych. Bf.

**Choroby umysłowe w płasawicy (Chorea).** Moebius, który uważa płasawicę jako chorobę powstającą przez zakażenie — zajął się statystyką zbroceń umysłu w przebiegu jej. — Są one stosunkowo nieczęste, chociaż może ona dla różnych postaci obłąkania zwyrodniałych stać się przygodną przyczyną i u młodych zwyrodniałych zdarzają się nadto hysteryczne i maniakalne napady o płasawicowych ruchach.

Płasawicowa psychoza, stosunkowo rzadka, jest to stan senny z pomieszaniem zmysłów, skłonnością do złudzeń umysłowych, urojeń i podniecenia. (Munch. med. Woch. 1892. 52.) C.

**Przypadek pęknięcia dróg żółciowych** opisuje Michaux z Paryża. Chory spadł z kozła w ten sposób, że koła przeszły mu przed dolną część klatki piersiowej. Rozwinął się stan ciężki i objawy zapalne w dolnym płacie prawego płuca i otrzewnowe. Gdy stan ten trochę się poprawił, autor otworzył jamę brzuszną, wypuścił z niej 300 cem. żółci i przedrenował z trudnością pęcherzyk żółciowy. Od tej pory chory zaczął się poprawiać i w końcu wyzdrowiał zupełnie.

**Zapalenie ropne nerek** spostrzegali po tyfusie Vidal i Chantemesse zależne, jak się okazało przy dokładniejszym zbadaniu bakteriologicznem, od zakażenia bac. coli communis.

**Warunki, wpływające na własności jadu trzęsawego** badali Celli i Fermi. Okazało się, że białko kurze, surowica krwi, przesącz wyciągu z mózgu, wątroby, śledziony, jądra psiego, mocz, żółć, tłuszcz, ślina, sok trzustkowy, kiszkowy i zwykłe preparaty trypsyny nie działają na niego weale. Sok żołądkowy działa na niego tylko w obecności kwasu solnego. Pasożyty nie rozkładają go. Zdrowa skóra nie wchłania go. Nie rozkłada się on weale nawet po dwumiesięcznem przechowywaniu wysuszonego mięsa świnki morskiej lub szczura. W kiszkiach rozkłada się w godzinę po bezpośredniem wprowadzeniu tam pod wpływem samej ścianki ich, nawet gdy kiszka zostaje wycięta z ciała zwierzęcia. Rozkład następuje też



po 8-godzinnem wystawieniu przy  $40^{\circ}$ — $50^{\circ}\text{C}$  na działanie promieni słońca wodnego roztworu; przy niższej cieplotie ( $37^{\circ}\text{C}$  i niżej) rozkładanie jadu nie następuje w tych warunkach nawet po 15 godzinach. Niszczy go zupełnie wysuszenie z następnem ogrzaniem do  $130^{\circ}\text{C}$  w ciągu pół godziny lub wystawieniem na działanie światła. W. J.

**Metalloterapia w leczeniu cholery.** W broszurze swój o cholerze podał Dzierdzicki, że dobrem jest działanie miedzi. Wspomnieliśmy o tem w przeglądzie popularnej literatury o cholery (Now. lek. 1892, Str. 559), w której nie opuściliśmy nawet homeopatycznych publikacji. Obecnie znaleźliśmy w *Allg. Med. Ztg.* 1893, No. 25, w „Epikrytycznym dodatku o środkach mało znanych a pomocnych w cholery” starego praktyka Teodora Clemensa z Frankfurtu nad Menem prócz polecenia jako środka desinfekcyjnego, t. zw. przezeń „Chlorkupferlauge“ (?), t. j. Liq. Cupri perechlor. concentr. 8,0, Chloroform 30,0, Spirit. vini 180,0, którym okadza pokój, paląc to na lampce spirytusowej, także i twierdzenie, że noszenie miedzianych płytek na dolyszku może ochronić od cholery w czasie epidemii. Zaiste wobec tak daleko sięgającego zastosowania metalloterapii, nie można się już dziwić innym nie gorzej uzasadnionym a nowym lub wznowionym lekami. Dodajmy, że Clemens jest nie tylko elektroterapeutą ale i zwolennikiem Rademachera.

**Przenikliwość mikrobów przez skórę.** B. Wachsmuth (*Centrabl. f. Bakter.* 1892. 24) doszedł na mocy 26 doświadczeń na zwierzętach i ludziach do wniosku, że nawet przez zdrową nieskaleczoną skórę ludzką i zwierzęcą przenikać mogą drobnoustroje i że to się dzieje jedynie w miejscu między pochwą włosa a jego trzonem, nie zaś przez gruczoły. Dodanie lanoliny do weieranąj maści z mikrobami, nie przyspiesza wcale wdrażania ich w organizm.

**Promienica wargowa u bydła.** Docent weterynaryi w Warszawie zwraca uwagę na częstotliwość aktinomykozy wśród bydła stepowego, zwłaszcza w Rosyi. Na 42230 sztuk zarzniętych w Moskwie było 1030 z jawną promienicą w r. 1892; w 621 ograniczała się ona do warg bydłęcych, gdzie widoczne były kuliste guzy, zawierające grzybki gwiazdziste. Guzy te były od wielkości grochu do wielkości orzeszka.

**Do czasopisma** „Annual of the Universal Medical Sciences” podawać będą streszczenia z prac lekarskich polskich pp. DDr. J. Drzewiecki w Warszawie i K. Szadek w Kijowie.

**Z Salzbrunn** dochodzi nas następujące uwiadośnienie:

Od pewnego czasu liczba na astmę i rozedmę płuc cierpiących osób, którzy szukają tutaj dla siebie pomocy i ulgi, coraz więcej się wznaga. To skłoniło zarząd kąpielowy do ustanowienia zakładu pneumatycznego na modłę zakładu Göbla w Ems. — W zakładzie tym można nie tylko umożliwić wzięcie powietrza ściśniętego, a wydechanie w powietrze rozrzedzone i to ściśle podług wskazanego naprężenia, ale nadto dodawać lotne leki do powietrza, dowolnie rozgrzanego. Powietrze do celów tych służy wprowadza się przez odjałowioną watę do zakładu, który odpowiada wszelkim wymogom higienicznym i wspaniale jest urządzonym.

**P. H. Mattoni**, właściciel wielu źródeł mineralnych i fabrykant znanych wyciągów borowinowych i licznych wytworów mineralnych donosi nam, iż lekarzom chętnie służy do doświadczeń bezpłatną przesyłką odpowiedniej ilości swych wyciągów borowinowych.

### Wiadomości osobowe.

**Dr. Stan z Poznania**, specjalista w chorobach nosa, gardła i uszu, praktykować będzie w sezonie letowym u wód w Reinerz na Szlązku pruskim.

**Dr. Haffkine**, o którego metodzie ochronnej leczenia cholery pisaliśmy w r. zeszłym, wyjechał już do Bombay, aby w okolicach, gdzie choroba panuje, badać i swoją metodę wypróbować.

**Prof. W. Dobrowolski** wykładający oftalmologią w Petersburskiej Medyko-chirurgicznej Akademii, po wysłużeniu lat uwolniony został od obowiązków. Musiał opuścić Akademię wskutek osobistych zatargów z prezesem komisji egzaminacyjnej ustanowionej przez Akademię.

W Akademii tej ukończyli kurs lekarski w r. b. następujący rodacy: Ant. Korabiewicz, Paw. Konarzewski, Jerzy Rajski, Mik. Szmigielski, Gust. Markwardt, Włodz. Talko, Bulkiewicz, Wład. i Stan. Kowalewscy, Okmieński i Pekelis; prawie wszyscy zostali mianowani wojskowymi lekarzami do Syberyi, na Kaukaz, lub do Wielkorusyjskich gubernii.

Habilitowali się: Dr. **E. Bloch** dla otiatriki w Fryburgu.

Mianowani zostali: Dr. **Schotten**, docent chemii, prof. w Berlinie.

Doc. patol. ogóln. Dr. **Salomonsen** prof. w Kopenhadze. Prof. Dr. **Felziński** prof. patol. i terapii w Moskwie, a Dr. **Golabow** nadzw. prof. tamże.

Odznaczeni zostali: Prof. **Pflüger** w Bonn został członk. koresp. kr. akademii med. w Belgii. Anatom. prof. **Hertwig** w Berlinie członkiem akademii umiejętności tamże.

### Kronika żałobna.

† W **Wiedniu** prof. Schnitzler. — † W **Dublinie** prof. Rawdon Macnamara. — † W **Naepolu** klinicysta prof. A. Cantani. — † W **Ekaterynosławskiej gubernii** Michał Zaleski, 58 lat. — † W **Samarskiej gubernii** Mieczysław Zaremba, 30 lat. — † W **Zamościu** Alfred Rosé, 39 lat.

### Pomyłki drukarskie w numerze 5.

Str. 295. w. 20 z dołu zam. „nastawia“ czytaj „nastawiać“.  
 „ w. 10 „ zam. „dla obu faktorów“, czytaj „dla o k a faktorów“.  
 „ w. 8 „ zam. „niepozwała przypuszczać wrodzonej etc.“ czytaj „pozwała przypuszczać wrodzoną predyspozycję“.

### Nadesłano Redakcyi.

1. **The bacteriological World and Modern Medicine.** Bulletin of the Laboratory of Hygiene, Sanitarium, Battle Creek, Mich. Vol. I. Nr. 11.
2. **To samo.** Vol. II, No. 3.
3. **Wolkowicz M.** O wartości leczniczej Salolu w biegunce cholerycznej. (Gaz. lek. 1892.)
4. **Christmann Ferd.** Ueber die Wirkung des Europheus auf den Bacillus der menschlichen Tuberculose. (Centralbl. f. Bacteriologie und Parasitenkunde. XIII Bd. 1893, Nr. 13.)
5. **Bogdanik.** O resecekyi nerwu współczulnego celem leczenia padaczki samoistnej. (Przegląd lek. 1893, Nr. 7.)
6. **Tenże.** O martwinie fosforowej. (Przegl. lek. 42 i 43.)
7. **Szwajcer.** Pierwszy przypadek cholery azyatyckiej w Warszawie. (Medycyna.)
8. **Tenże.** Przyczynek do anatomii patologicznej tyfusu wysypkowego i cholery.
9. **Schwarzwaeller.** Lysol in der Gynäkologie und Geburtshilfe. (Vortrag gehalten im „Wissenschaftlichen Verein“ der Aerzte zu Stettin. (Der aerztliche Praktiker. VI Jahrg. No. 1, 1893).
10. **Arnold.** Lysol und Kreolin. (Pharmaceutische Ztg. 1893, No. 31.)
11. **Landau, Frankenberg-Sachsen.** Ist Lysol giftig? (Deutsche Med. Wochenschrift. 1893. Nr. 14.)
12. **Pelzer.** Lysol und Carbolsäure in der Geburtshilfe (Deutsche Med. Wochenschr. 1892, Nr. 51.)
13. **The Universal Medical Journal** A. Monthly Magazine of the Progres of Every Branch of Medicine in all Parts of the World. Philadelphia. U. S. A. January 1893.
14. **Randa Ant.** Einiges zur Wirkungsweise des Trionals. („Internationale klin. Rundschau“ Nr. 18, 1893.)
15. **Koch Edm.** Ueber Salophen, ein neues Antirheumaticum und Antineuralgicum. („Deutsche Medi Wochenschrift“. 1893, No. 18.)
16. **Janowski.** Żółcznago cirrosa pieczeni u człowieka (po rosyjsku).
17. **Kwaśnicki.** Usterki higieniczne w wychowaniu dziewcząt. (Przew. higieniczny Nr. 5.)
18. **Klecki Karol.** Zachowanie siły elektrobodźczej i pobudliwości przeciętego nerwu żaby. (Rozprawy wydziału matematyczno-przyrodniczego Akad. Um. w Krakowie. Tom XXV.<sup>o</sup>

### Od Redakcyi.

Rękopisy i wszelkie pisma nadsyłać należy na ręce radcy Dr. Bol. Wicherkiewicza, Poznań, Śty Marcin No. 6. Równocześnie uprasza się o oznaczenie żądanej ilości odbitek na pierwszej stronnicy pracy oryginalnej.

Sprawy abonamentu, anonsów i w ogóle administracyi i ekspedycyi „Nowin Lekarskich“ załatwia wyłącznie drukarnia Fr. Chocieszyńskiego.

Reklamacye dotyczące abonamentu *Nowin lek.* prosimy przesyłać wprost nakładcy i drukarzowi naszego pisma p. Chocieszyńskiemu, Wodna ulica 15, lub też na nasze ręce.

Honorarium za prace oryginalne wynosi 40 mrk., za krytyczne zestawienia i streszczenia ważniejszych prac 30 mrk. od arkusza druku.

Za redakcyą odpowiada: w zast. Dr. B. Wicherkiewicz w Poznaniu.

Nakładem i drukiem Fr. Chocieszyńskiego w Poznaniu, ulica Wodna nr. 15.