

GAZETA LEKARSKA.

Treść. I. M. NENCKI i pani N. SIEBER. O kryształach żyłnej hemoglobiny.— II. Wł. ZAWADZKI. Przypadek zakażenia krwi (*asepticopyemia*), spowodowanego wyrwaniem zęba.— III. J. STYPIŃSKI. Przepuklina sznurka pępkowego (*hernia funiculi umbilicalis*).— *Notatki lekarskie*. 2, E. GESSNER. O saponimentach.— *Dział sprawozdawczy*. 12. H. WEBER. Trzy odczyty o higienicznym i klimatycznym leczeniu suchot płucnych.— 13. T. DUNIN. O związku wiądu rdzeniowego (*tabes dorsualis*) z przymiotem.— 14. LOEB. O cierpieniu gościecowym u trypropych.— 15. Prof. P. EHRLICH. O zachowaniu się błękitu metylenowego (*Methylenblau*) względem istoty nerwowej żywego zwierzęcia.— 16. T. P. GOSTLING. O powiększeniu ilości białych ciałek w krwi przy zapaleniu.— Wiadomości bieżące.— Nadesłano do Redakcyi.— Odpowiedzi Redakcyi.— Dodatek — Ogłoszenia.

I. O KRYSZTAŁACH ŻYLNEJ HEMOGLOBINY.

Podali

Prof. M. Nencki [Bern] i pani **N. Sieber**.

Jak wiadomo, kryształy hemoglobiny, otrzymywane z rozmaitych rodzajów krwi, są kryształami krwi tętnicznej, tak zwanej *oksyhemoglobiny*, która daje w widmie charakterystyczne dwie linie absorbcyjne pomiędzy **D** i **E**.

Dotychczas wątpiono, by żylna hemoglobina, przedstawiająca w widmie jedną tylko linię absorbcyjną, dała się otrzymać w postaci kryształów. Nikt przynajmniej nie otrzymał ani odosobnił dotąd kryształów zredukowanej żyłnej hemoglobiny.

Otóż przekonaliśmy się, że z krwi gnijącej można otrzymać kryształy żyłnej hemoglobiny w ilości dowolnej, z równą łatwością, jak kryształy oksyhemoglobiny. Najodpowiedniejszą drogą do tego celu wiodącą jest następujące postępowanie, wielokrotnie przez nas wypróbowane:

Czysto przekryształizowane kryształy oksyhemoglobiny z krwi końskiej rozpuszcza się w odpowiedniej ilości letniej wody, do roztworu dodaje kilka centymetrów sześciennych krwi zgniłej, a następnie pozbawia powietrza za pomocą ciągłego strumienia wodoru w butelce ze szczelnym korkiem kauczukowym, opatrzonym dwoma otworami, przez które przechodzą dwie rurki, doprowadzająca i odprowadzająca. Rurki te zatopione zostają jeszcze podczas przeprowadzania wodoru, następnie zaś butelkę pozostawia się w spokoju przez 8—14 dni w ciepocie 20—25° C.. Przez ten czas wszelki ślad tlenu zostaje zużyty przez bakteryje. Ciecz posiada pięknie fioletowo-czerwony kolor i zawiera samą tylko zredukowaną hemoglobinę. Następnie oziębiamy roztwór do 0°, koniec rurki odprowadzającej pokrywamy kauczukiem, drugi zaś koniec rurki kauczukowej zanurzamy w oziębionym bezwodnym wysoku. Dalej ogrzewamy butelkę z lekka

przez wstawienie jej do letniej wody, poczem odłamujemy koniec wewnątrz rurki kauczukowej i przez oziębienie i ogrzanie butelki na przemian, tyle wciągamy wysoku, aby roztwór zawierał około 25% tegoż. Następnie drugi koniec rurki kauczukowej zamykamy zapomocą ściskaczów i koreczków szklanych i pozostawiamy roztwór w spokoju przy ciepłocie 5—10° C.. Po 12—24 godzinach wykryształizowują żylna hemoglobina w pięknych, połyskujących tabliczkach i pryzmach. Kryształ badane natychmiast zapomocą drobnowidza, przy ciepłocie 0° C. z tego samego ługu pokryształicznego przedstawiają się po większej części jako sześciokątne tabliczki; niektóre kryształ mają wielkość 2—3 milimetrów.

W przyrządzie mikrospektralnym, każdy kryształ okazuje jedną tylko linię zredukowanej hemoglobiny. Kryształ pryzmatyczne łamią światło podwójnie. Większe tabliczki posiadają barwę pięknie fioletowo-czerwoną, gdy tymczasem tabliczki drobniejsze, cienkie, przedstawiają się zielonkowatemi w świetle przechodzącem.

Kryształ są nadzwyczaj czułe na ciepło i tlen. W ciepłocie pokojowej szybko rozplywają się i równie prędko tracą barwę fioletową, w przyrządzie zaś mikrospektralnym okazują dwie linie oksyhemoglobiny. W wysoku kryształ, o których mowa, pozostają bez zmiany, przynajmniej pod względem postaci. Przy filtrowaniu kryształów w atmosferze dwutlenku węgla [CO₂] bez przystępu powietrza, zawsze część przechodzi w oksyhemoglobinę.

Jak z jednej strony bakteryje są najlepszym środkiem do zupełnego usunięcia tlenu, tak z drugiej kryształ żylnej hemoglobiny stanowią najczulszy odczynnik na tlen wolny. Jeżeli do roztworu hemoglobiny dodamy alkoholu zawczasie, zanim bakteryje zdołały zużyć wszelki ślad tlenu, natenczas z pewnością znajdziemy obok kryształów żylnej hemoglobiny, również i kryształ oksyhemoglobiny.

Dwa te rodzaje hemoglobiny krwi końskiej różnią się od siebie nietylko barwą i zachowaniem się w spektroskopie, lecz także i postacią. Mianowicie oksyhemoglobinę otrzymywaliśmy zawsze w długich czterokątnych słupach, żylną zaś hemoglobinę w postaci cienkich sześciokątnych tabliczek. Żylna hemoglobina prócz tego jest łatwiej w wodzie rozpuszczalna aniżeli oksyhemoglobina.

Korzystając z chłodnej pory roku, mamy zamiar badać dalej żylną hemoglobinę z innych rodzajów krwi. Być może, iż przez rozbiory czystych kryształów żylnej hemoglobiny będzie można bezpośrednio oznaczyć ilość tlenu zużytego przy zamianie na oksyhemoglobinę.

Wreszcie musimy wspomnieć, że w krwi końskiej, gnijącej w naczyniach szczelnie zamkniętych lub zatopionych, po dodaniu wysoku i kilkogodzinnem pozostawieniu w ciepłocie niżej 0° C., żylna hemoglobina wydziela się w postaci gęstej masy kryształicznej.

II. PRZYPADEK ZAKAŻENIA KRWI (*septico-pyaemia*),

spowodowanego wyrwaniem zęba.

Podał

Władysław Zawadzki,

ordynator kliniki terapeutycznej w szpitalu Dzieciątka Jezus.

Zakażenie krwi wskutek wyrwania zęba należy do zjawisk rzadkich w kazuistyce lekarskiej i literatura, o ile mi wiadomo, nie wiele dotąd zajmowała się tą sprawą. Nie od rzeczy więc będzie przedstawić tu przypadek następujący:

Dnia 23 Listopada r. z. przywieziono do kliniki Leopolda K., ślusarza z Warszawy, wieku lat 46. Chory z apatycznym wyrazem twarzy, na zapytania daje odpowiedzi nielogiczne, jakoby budząc się ze snu. Niekiedy podnosi rękę do głowy, wydając ciche jęki. Skóra i gałki oczne żółtawo zabarwione. Górne powieki cokolwiek opadłe, źrenice nieco zwężone.

W okolicy lewego kąta dolnej szczęki znajdujemy stwardnienie rozlane i nieco nad powierzchnię wyniesione, rozpoczynające się na 2 ctm. niżej dolnego brzegu muszli usznej i ciągnące się do połowy przestrzeni między lewym kątem szczęki i linią środkową brody. Nieznaczne zaczerwienienie; bolesności i chębotania nie ma. Od strony jamy ustnej dolna część lewego policzka, lewe dolne dziąsło, lewa strona podniebienia miękkiego, lewe łuki i lewa boczna i po części górna ściana gardzieli zaczerwienione, obrzmiałe i twarde. W dolnej szczęce lewej strony brakuje ostatniego zęba trzonowego (*dens sapientiae*); jamka po nim pozostała wypełniona cuchnącą miazgą. Przy naciskaniu palcem na zewnętrzną stronę dziąsła, z okolic jamki wydziela się nieznaczna ilość gęstej, cuchnącej ropy.

Na szyi tętnice i żyły po obu stronach przedstawiają się jednakowo. Gruczoły limfatyczne powiększone. W płucach w lewej tylnej dolnej części znaczne stłumienie, oddech zaostrozony. Śledziona znacznie powiększona. W innych narządach nic osobliwego wykryć się nie daje. Nieprawidłowych objawów nerwowych ze strony skóry lub mięśni nie ma. Chory często kaszle, oddając skąpą, cuchnącą, prawie płynną plwocinę, zawierającą mnóstwo ciałek ropnych i pojedynczych punkcikowatych grzybków. W moczu [800 ctm. sześciennych na dobę, ciężar właściwy 1015] można wykryć ślady białka. Badanie krwi nie okazało nic osobliwego. Ciepłota ciała 39,9° C. Tętno małe, liczba uderzeń 90 na minutę.

Wezwana do kliniki żona K. oświadczyła, że mąż jej stale cieszył się dobrem zdrowiem. W ostatnim czasie skarżył się na ból ostatniego dolnego zęba trzonowego z lewej strony i przed 15 dniami udał się pobliskiego felczera, który zębem bolącym wyrwał. Na drugi dzień ból jeszcze się wzmógł, dziąsło i przyległe części miękkie spuchły, chory z trudnością mógł otwierać usta i kilkakrotnie uczuwał dreszcze i poty. Następnych dni chory ogłuchł na lewe ucho, poczuł

ból głowy. Z miejsca, z którego był wyrwany ząb, kilkakrotnie wydzielala się do jamy ust niewielka ilość cuchnącej ropy, opuchlizna jak również i ból miejscowy zmniejszyły się znacznie, ból jednak głowy stawał się coraz silniejszym, dreszcze powtarzały się, chory stawał się nieprzytomnym i w takim stanie odwieziono go do kliniki.

Pod koniec pobytu chorego w klinice pojawiły się drgawki. Ciepłota wahała się pomiędzy 37,5° C. i 39° C.. Dnia 27 Listopada chory zmarł.

Rozbiór zwłok, dokonany przez prosektora D-ra PRZEWOSKIEGO, wykazał co następuje :

Stężenie pośmiertne małe. Na skórze, barwy żółtawej, na miejscach odpowiadających większym gałęziom żylnym fioletowe pręgi.

Po otworzeniu czaszki, opona mózgowa twarda okazuje się mocno napiętą, zatoki żyłne sklepienia wypełnione ciemną, prawie płynną krwią. Po rozcięciu opony twardej z lewej strony, wylewa się około 2 uncyj płynu przezroczystego. Żyły opony miękkiej mocno napełnione krwią. Istota samego mózgu, i mózdzku nie przedstawia zmian widocznych. Po wyjęciu mózgu, na podstawie czaszki przedstawił się obraz następujący: opona twarda na całej przestrzeni, pokrywającej trzon kości klinowej i po części trzon kości skalistej lewej, pokryta na wewnętrznej powierzchni cienką warstwą cuchnącej ropy (*pachymeningitis ichorosa*). Po przecięciu opony twardej w miejscach pokrywających zatoki żyłne, okazało się, że *sinus cavernosus*, *intercavernosus* i przednia część lewego *sinus spetrosi superioris* wypełnione są szaro-żółtą masą rozpadową (*thrombosis ichorosa*). Pozostałe zatoki wypełnione krwią ciemną, prawie płynną.

Po przecięciu skóry szyi w podłużnej środkowej przedniej linii i oddzieleniu tejże wraz z częściami miękkimi od szczęki dolnej aż do lewego kąta i miejsca, z którego ząb został wyjęty, okazało się, że wszystkie części miękkie, odpowiadające rozpoznawanemu za życia stwardnieniu, znajdują się w stanie nasiąknięcia ropnego; żyły w miejscach tych wypełnione są śmierdzącą ropą (*phlegmone septicum*).

Okostna naokoło jamki wyrwanego zęba, mniej więcej na 2 ctm. w promieniu, oddzielona od kości szczęki cienką warstwą cuchnącej ropy (*periostitis ichorosa*). Kość otaczająca jamkę nie przedstawia zmian widocznych.

Dalszy rozbiór zwłok wykazał: *pneumonia cachecticorum* w dolnym płacie lewego płuca, jak również w różnych miejscach prawego i lewego płuca kilkanaście większych lub mniejszych guzikowatych stwardnień, które po rozcięciu okazały się jako ropnie przerzutowe w różnych stopniach rozwoju (*abscessi metastatici*). Śledziona o połowę powiększona i dość miękka, przedstawia kilka klinowatych zawałów krwotocznych. Nerki w stanie mętnego nabrzmienia. Błona śluzowa kiszek w stanie nieżytu przewlekłego. Reszta narządów nie przedstawia nic osobliwego.

W danym więc przypadku, rana powstała po wyrwaniu zęba, była drogą, po której [być może wskutek użycia przez felczera nieczystego narzędzia] zakażenie przenikło do ustroju, miejscowo spowodowało zapalenie septyczne tkanki łącznej i okostnej, z kąd sprawa *per continuitatem* szerzyła się z odnóg żył: *submental*, *sub-*

lingulis, pharyngeae na *plexus pterygoideus* i *ophthalmicus* i przez szczelinę oczodołową górną na zatoki żyłne.

[Droga ta z obawy zbyt czynnego oszpeccenia trupa, nie była wykrytą przy sekcji, jednakże ze względu, iż *v. jugularis* i *sinus transversus* były niezmiennione, droga wyżej wskazana zdaje się być najprostszą, tembardziej że ze strony jamy ustnej można było wyczuć stwardnienie, idące do górnej ścianki gardzieli].

W dalszym ciągu zakażenie spowodowało ropnie przerzutowe w wyżej wspomnianych narządach; jednem słowem mieliśmy do czynienia z obrazem chorobowym — *septicopyaemia*, która spowodowała śmierć chorego w 17 dni po wyrwaniu zęba, niewinnej na pozór operacji, wykonywanej w większości przypadków przez felczerów, którzy o utrzymywanie narzędzi w należytej czystości i wogóle stosowanie jakichkolwiek środków przeciwnieżylnych, jak uczy doświadczenie, nie wiele się troszczą.

III. PRZEPUKLINA SZNURKA PĘPKOWEGO (*hernia funiculi umbilicalis*)

sposzrzegal i opisał

D-r J. Stypiuński [z Wiskitek].

W N-rze 35 GAZETY LEKARSKIEJ z r. 1882 opisałem sposzrzegany przez siebie przypadek przekuliny sznurka pępkowego; obecnie miałem sposobność obserwowania drugiego podobnego przypadku, który, z powodu jego rzadkości, ośmielałem się podać do wiadomości ogólnej.

W dniu 2 Lutego 1885 r. wezwany zostałem do K. G., żony kowala, w W. zamieszkałej, w celu udzielenia pomocy lekarskiej nowonarodzonemu jej dziecku. Przybywszy na miejsce i zbadawszy noworodka, znalazłem stan następujący:

Dziecię płci męskiej, 8 godzin życia liczące, donoszone, głośno krzyżące i na pierwsze wejżrzenie zdające się być prawidłowo zbudowanem. Po odkryciu jednakże brzuszka sposzrzegłem wyniosłość o szerokiej podstawie, mającej w obwodzie swoim 12 cali i przedstawiającej mniej więcej postać owalną, grubszym końcem zwróconą ku górze, gdzie ogranicza się łukami żebrowemi i dolnym końcem kości mostkowej. Ta ostatnia znacznie, bo prawie o $\frac{1}{3}$ część jest krótszą, niż bywa w stanie prawidłowym, kończy się bowiem na wysokości trzeciego zębra. Podłużny wymiar opisywanej wyniosłości wynosił $4\frac{3}{4}$ cala, obwód zaś jej półkolisty od górnej granicy do dolnej miał $4\frac{1}{4}$ cala. Guz ten poruszający się, a tem samem powiększający się przy oddechaniu, *resp.* przy płaczu dziecięcia, pokryty jest zcieńczałą skórą w dolnej swej części, w górnej zaś pochwą sznurka pępkowego; sam zaś sznurek pępkowy wychodził z dolnej powierzchni, ze środkowej jego części; przebiegu rozgałęzień żyły i tętnic pępkowych, z powodu zmętnienia powłoki, nie można było dokładnie zbadać. W górnej części, tuż pod kością

mostkową, między łukami żebrowymi, widocznymi są uderzenia serca nadzwyczaj wyraźnie, a przy dotykaniu nawet i postać jego [prawej komórki] jest wyczuwalną. Przy opukiwaniu tej wyniosłości z prawej jej strony i w górnej części daje się słyszeć ton tępy od wątroby zależący, w reszcie zaś ton jasny, tympanityczny od żołądka i kiszki zawisły. W części pokrytej przez powłokę sznurka pępkowego widzieć się dają zwoje kiszki cienkich, których nawet ruch robaczkowy gołym okiem dostrzedz można. Granica przejścia powłoki opisywanej przepukliny w prawidłowe powłoki brzuszka, niewyraźnie się przedstawia. Odprowadzenie z powodu znacznej objętości zupełnie jest niemożliwym.

Noworodek przyjmował już pokarm [napar rumianku] i wkrótce po urodzeniu oddał stolceczek.

Nałożyliśmy ochraniający i lekko uciskający opatrunek, składający się ze skubanki i pasa płóciennego z wgłębieniem w miejscu, odpowiadającym położeniu i wielkości przepukliny, a opasujący cały brzusek dziecięcia; tym sposobem guz ochronionym został od zewnętrznych uszkodzeń. Następnie poleciliśmy ostrożne obchodzenie się z noworodkiem i uwiadomienie o dalszym jego losie. Więcej razy widzieć małego pacjenta nie mogłem; dowiedziałem się tylko, że dziecię żyło około czterech tygodni. O bezpośredniej przyczynie śmierci z opowiadania dowiedzieć się nie byłem w stanie, jak również sekcyi z przyczyn odemnie niezależnych wykonać nie mogłem.

Przypadek ten tak swą rzadkością, jak i wielkością przepukliny, należy do bardziej interesujących, jak poprzednio nawet opisany. Podczas gdy zawartość guza w tamtym przypadku stanowiły wątroba, żołądek i kiszki, w skład ostatniego, oprócz wymienionych narządów, wchodziło i serce.

Ważną jest również i ta okoliczność, że w podobnym stanie dziecię żyło około miesiąca, wśród warunków zewnętrznych jak najnieprzyjajniejszych. Zdaje się więc, iż przy odpowiednim pielęgowaniu i usilnych staraniach dzieci takie mogłyby się wychować, wbrew zdaniu autorów [jak HUETTENBRENNER, VOGEL, EMMERT i inni] twierdzących, iż niemowlęta urodzone z przepukliną sznurka pępkowego są bezwarunkowo niezdolne do życia.

NOTATKI LEKARSKIE.

2. O saponimentach.

W początkach roku zeszłego przy leczeniu chorób skórnych i przymiotowych zaczęto używać t. z. saponimentów.

Saponimentum jest niczem innym jak mazidłem mydlanem (*Linimentum saponatum*) z dodatkiem środka działającego, np. balsamu peruwijańskiego, jodoformu, kwasu karbolowego, naftaliny, jodku potasu i t. p..

Liczne skargi na niedokładne działanie mydeł lekarskich, których przygotowanie odbywa się bez najmniejszej kontroli przez rozmaitych fabrykantów, były przyczyną wprowadzenia w użycie nowej formy lekarskiej, t. z. saponimentów. Zastosowanie mazideł z rozmaitemi środkami lekarskimi ma to jeszcze pierwszeństwo nad mydłami, że przy użyciu ostatnich większa część środka działającego splukuje się wodą, niezbędną przy stosowaniu mydeł.

Oprócz tego, mydła lekarskie, nawet dokładnie przyrządzone, nie odpowiadają często swemu zadaniu, a to z przyczyny lotności niektórych środków, stanowiących głównie działającą część danego mydła. Saponimenta zaś, jako przechowywane w naczyniach dokładnie zatkanymi i przyrządzane nie w celach przemysłowych, nie tylko że nie tracą lotnych składników, lecz zawierają ściśle wskazaną procentowość danego środka.

Podstawą do fabrykacji saponimentów służą obojętne, dyjalizowane sole sodowe i potasowe kwasów olejowego i stearowego, których zawierają 5 do 15%, pozostałość zaś stanowi alkohol.

Działanie saponimentów, jak doświadczenia przekonali, jest dokładniejsze, aniżeli mydeł lekarskich, ponieważ przy wcieraniu ulatnia się alkohol, a pozostały środek, działający w stanie stężonym, wywiera wpływ energiczniejszy i przez to daje wyniki zadawalniające.

W celu przygotowania saponimentów, rozpuszcza się w alkoholu dyjalizowaną sól kwasu olejowego lub stearowego, następnie dodaje środek leczniczy i jeżeli potrzeba małą ilość oleju lawandowego dla zapachu.

Rozumie się, że dodawany środek leczniczy nie powinien wywoływać rozkładu saponimentów, np. kwasy organiczne lub mineralne wydzielają z połączeń kwasów tłuszczowych, sole metaliczne tworzą olejany, sole ziemne tworzą mydła nierozpuszczalne. Wyjątek stanowi kwas arsenowy (*Arsenicum album*) i niektóre sole podwójne, np. jodek rtęci potasu. Chcąc niektóre sole lub tlenki metaliczne [np. amidek lub tlenek rtęci, tlenek cynku, a nawet rtęć] zawiesić w saponimentach, należy je zgęścić przez dodanie plastru ołowianego z olejem rybnym.

Niektóre środki zawierające kwasy, jak styraaks [kwas cynamonowy], dziegieć [kwas octowy] i inne należy zobojętnić w saponimentach sodą gryzącą.

D-r LETZEL, ordynator polikliniki chorób skórnych i przymiotowych w Monachium, pierwszy zastosował saponimenty w praktyce i działanie każdego gatunku opisał w „*Allgem. Med. Centr. Zeitung*“ Nr. 21 r. 1880. Wyrobem saponimentów zajmuje się aptekarz Dietrich, właściciel fabryki chemicznej pod Dreznem.

Wszystkie saponimenty pod względem klinicznym znajdują dla siebie wskazanie w chorobach skórnych natury pasożytnej, a mianowicie: *Favus*, *Pityriasis versicolor*, *Scabies*, *Sycosis parasitaricum*, *Éczema marginatum*, jak również i w cierpieniach przewlekłych w okresie łuszczenia się, a więc łuszczycy, *Prurigo*, trądziku (*Acne*), a szczególnie przy dermatozach części głowy pokrytej włosami, zaś przeciwwskazane są bezwarunkowo w ostrych zapaleniach, jak przy czerwie nin (*Erythema*), wyprysku mokrym i t. p..

W celu łatwiejszego zorientowania się, podaję niżej stosunek rozpuszczonych lub też zawieszonych środków działających i tak: 10% *Balsam. peruviani*; 0.5% *Cantaridini*; 5% *Acidi carbolici*; 30% *Chloroform.*; 5% i 10% *Ichtyoli*; 1% *Jodoformi*; 2% *Kreosoti*; 1% *Naphтол.*; 10% *Picis liquid.*; 5% *Acidi pyrogallici*, 5% i 10% *Resorcini*; 20% *Styracis*; 5% *Thymoli*.

Saponimenty mogą być również przygotowane z następującymi środkami: 1% *Arsenici hydrosulfurati*; 2% *Hydrargyro-Kalii jodati*; 10% *Kalii jodati*; 15% *Natrii sulfurati*; 20% *Hydrargyri*; 10% *Hydrargyri ppt. albi*, 10% *Zinci oxydati*.

Formy złożone: 5% *Kalii jodati* i 2½% *Natrii sulfurati* (*saponimentum jodato-sulfuratum*), 1% *Arsenici albi* i 5% *Hydrarg. ppt. albi* (*Saponiment. cum arsenico albo et Hydrarg. ppt. alb.*), 10% *Picis liquid.* i 10% *Zinci oxydati* (*Saponiment. diachyl. c. zinci oxydat. et pice*), 10% *Picis liquid.* i 2% *Natrii sulfurati* (*Saponiment. picis liquidae sulfuratum*), 10% *Resorcini.* i 10% *Natrii salicylici* (*Saponiment. resorcini et natri salicylici*).

E. Gessner.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

12. Hermann Weber. Trzy odczyty o higienicznym i klimatycznym leczeniu suchot płucnych.

Pod słowem suchoty autor rozumie przewlekłe cierpienie płuc, zaczynające się zwykle od stwardnienia w wierzchołku, które posiada skłonność do zserowacenia, rozmiękczenia i wytworzenia jamy, lub też blizn. Sprawa ta, cechująca się zaraźliwością i skłonnością przenoszenia się na sąsiednie, a nawet dalsze odcinki płuc, spotyka się najczęściej razem z odkrytym przez KOCH'a lasecznikiem gruźliczym. Choroba w mowie będąca polega na złem odżywianiu całego ustroju, w szczególności zaś komórek i tkanki płucnej. Co się tyczy zaraźliwości produktów suchotniczych, to pierwsze doświadczenia w tym kierunku robił KLENCKE, od czasu zaś licznych szczepień dokonanych przez VILLEMAIN'a, zaraźliwość ta nie ulega żadnej wątpliwości. Pogląd ten dzięki rozwojowi teorii pasorzytnej jest przez wszystkich przyjęty, tak, że odkrycie lasecznika KOCH'a było już dawno oczekiwanym nabytkiem.

Pod wyrazem lasecznik, rozumiemy nietylko wykształcony osobnik lecz także jego zarodniki i chemiczny jad podobny do tego, jaki wytwarza się w tkankach przy posocznicy. Dzisiaj wiemy już dokładnie, że lasecznik pozostaje w ścisłym związku z suchotami, należy jednak zbadać, dlaczego lasecznik rozwija się u pewnych tylko osób i w pewnym czasie.

Wiadomo tylko, że niektóre mikroorganizmy rozwijają się wyłącznie na martwych tkankach, z analogii więc można postawić pytanie, czy lasecznik rozwija się w zdrowych tkankach. Doświadczenie poucza, że lasecznik zaszczerpiony u ciepłokrwistych najczęściej rozwija się, może się więc rozwinąć i w zdrowej tkance płucnej, dokąd dostaje się przy wdechaniu.

Laseczniki gruźlicze potrzebują dla swego rozwoju szczególnych sprzyjających warunków i tak: ciepłoty pomiędzy 28—42° C., dalej laseczniki gruźlicze zewnątrz ustroju nie tworzą zarodników i rosną bardzo powoli, w ciągu kilku dni. Z powyższych względów, przy zupełnie zdrowej błonie śluzowej i rozwiniętym akcie oddechania, możliwość zarażenia jest bardzo małą, kiedy przeciwnie przy zniszczeniu nabłonka migawkowego na powierzchni błony śluzowej oskrzeli, i nagromadzeniu nieczystego powietrza w pęcherzykach płuc, laseczniki lub ich zarodniki mogą łatwo się rozwijać.

Stwardnienie w wierzchołkach płuc, które uważają zwykle za początek suchot, dzieli autor na 1) powstałe wskutek nieżyty, lub zapalenia bez udziału laseczników gruźliczych, 2) stwardnienia ze skłonnością do przyjęcia laseczników, 3) stwardnienia z lasecznikami, które to stwardnienia przy korzystnych warunkach tracą laseczniki.

Stosownie do rodzaju stwardnienia, sprawa chorobowa rozwija się szybko, lub też utrzymuje się w mierze dłużej lub krócej. Jedni podzielają powyższe zapatrywanie autora, inni znowu nie wierzą w istnienie stwardnień przedgruźliczych.

Przy obecnem pojęciu o suchotach, najlepszem lekarstwem byłby środek niszczący laseczniki, bądź to w powietrzu wdechanem, bądźto w naszych tkankach, lub też środek, któryby w tkankach wywoływał zmiany przeszkadzające rozwojowi laseczników. Środków takich nie posiadamy, gdyż wynaleziony przez TYNDALL'a i FRANKLAND'a respirator należałoby nosić ustawicznie, co nie da się zastosować, możemy więc tylko postawić chorych w warunkach najdogodniejszych dla uchronienia ich od laseczników. Wiadomo, że lasecznik tylko wyjątkowo osiedla i rozwija się w ustroju, a mianowicie przy zmniejszeniu jego

siły odpornej, innemi słowy przy nabytem usposobieniu ustroju do suchot, które znowu może być przejściowe, lub też stałe. Należy więc starać się nie dopuścić do jego rozwinięcia, a jeśli to nastąpi, jaknajprędzej go usunąć, do czego dochodzimy przez poprawianie odżywiania. Oprócz nabytego, istnieje tak zwane wrodzone usposobienie do suchot. Czy to ostatnie zależy od prostego przenoszenia jadu z rodziców na dzieci, czy też polega na oddziedziczeniu pewnych braków, jest rzeczą nierozstrzygniętą.

Co się tyczy uleczalności suchot, to autor uważa ją za możliwą i nie podlegającą żadnej wątpliwości, przyczem powołuje się na zdanie CARSVELL'a, mianowicie: „Anatomija patologiczna może przy żadnej innej chorobie nie daje tak pewnych dowodów zupełnego wyleczenia, jak przy suchotach płucnych“. Ze swojej praktyki autor podaje przypadek wyleczalności suchot, stwierdzony po kilkunastu latach sekcyją, wskutek śmierci na inną chorobę. W podobnym przypadku NAUWERCK'a z Tybingi, znaleziono na sekcji dobrze zachowane laseczniki w skredowaciących złogach w płucach. Według autora nie ma nic szkodliwszego tak dla lekarzy, jak również i dla chorych, jak pojęcie o nieuleczalności suchot. Części płuc, które już raz uległy zniszczeniu, nie mogą się odrodzić; doświadczenie jednak pokazuje, że chorzy przy braku części jednego lub obu płuc żyją i są zdolni do pracy, a nawet istnienie jam nie wyklucza możności wyleczenia. Według twierdzenia niektórych autorów [JACCOUD], wielka część laseczników przy wytwarzaniu się jam zostaje wyrzuconą z płwociną, ścianki zaś jamy pomagają w tworzeniu się blizn. Pewne ciałoskłady dają dako gorsze rokowanie, jak na przykład *constitutio eretica*. Ważnym również czynnikiem jest inteligencyja chorych, a także ich zamożność. Przy leczeniu suchot nie możemy ograniczyć się wyłącznie do leczenia choroby już rozwiniętej, lecz musimy mieć na względzie i środki zapobiegawcze. Tutaj odnoszące się pytania należą do zakresu higieny publicznej i policji lekarskiej. Pytanie, dotyczące zaraźliwości i przenoszenia suchot, nie jest na tyle rozstrzygnięte, ażebyśmy mogli postawić ścisłe zapobiegawcze prawidła. Z tego powodu byłoby okrutnem zabraniać chorym utrzymania ścisłych stosunków z rodziną lub przyjaciółmi i tym sposobem pogarszać i tak już ich smutne położenie. Tylko zaraźliwość przez zaszczerpienie nie ulega już wątpliwości, czego dowodem są przypadki LINDMANN'a z 1883 roku. Dwoje dzieci żydowskich przy obrzezaniu przez chorego rzezaka dostało na napletku wrzodów gruźliczych, D-r REICH zaś wspomina o chorej akuszerce, która zaraziła w ciągu roku 10-ro dzieci, wskutek wdmuchiwania im powietrza do płuc przy pozornej śmierci.

Ze swojej praktyki autor przytacza przypadek bezpośredniego zarażenia mami od dziecka, wskutek karmienia i matki od córki wskutek ustawicznego całowania. Ścisłe obcowanie, jakie ma miejsce pomiędzy mężem i żoną, a także blizkimi krewnymi może doprowadzić również do zarażenia [TAPPEINER, VERAGUTT i SCHAEFFER]. Dla zapobiegania rozwojowi suchot, należy chorym zabraniać uczęszczania do miejsc, gdzie ich oddech i płwocina może spotkać się z młodymi i usposobionymi do suchot osobnikami, dalej całowania się z suchotnikami; sekrecyję i ekskrecyję suchotników powinniśmy starannie dezynfekować. W pokoju chorego nie należy utrzymywać mebli wehnianych, przed zamiataniem pokoju podłogę trzeba dobrze skropić, a oprócz tego pamiętać i o przewietrzaniu. Osoby pielęgnujące chorych powinny przebywać często na świeżem powietrzu, aby utrzymać w sobie siłę odporną. Obowiązkiem lekarza jest wzbranianie zenienia się z suchotnikami, lub też z osobami, pochodzącymi z rodziców dotkniętych suchotami. Dzieci matki suchotnicy powinny być karmione przez zdrową mamkę, lub w braku tejże mlekiem krowiem, koziem, lub oślem. Mleko powinno być najgłówniejszym pokarmem w ciągu pierwszych 6-ciu lat dziecka. Dzieci takie nie powinny nigdy sypiać, a nawet przebywać w jednym pokoju z choremi rodzicami. Pokój ma być obszerny, zwrócony na południo-zachód, do-

brze przewietrzany, ciepłota w pokoju ma być 18° C., a dla dzieci starszych 17° C.. Codzienne kąpiele ze stopniowem obniżaniem ciepłoty, aby już w 2-im roku ciepłota wody wynosiła 16° C.. Dzieci powinny przebywać na wsi, od najmłodszych lat gimnastykować się, wiosłować, jeździć konno i t. p., słowem wyrabiać mięśnie oddechowe. Nie należy również zaniedbywać umysłowego rozwoju, lecz zabronić słęczenia nad książką, lub siedzenia w zamkniętych przestrzeniach. Zawód powinniśmy sami oznaczyć. Najodpowiedniejszy zawód dla osób w mowie będących, jest rolnictwo, leśnictwo, marynarstwo i t. p..

Zaden wiek nie chroni od suchot. Statystyka wykazuje, że w Niemczech umiera więcej na suchoty w wieku podeszłym, we Francyi i Anglii pomiędzy 15—35 rokiem.

Co się tyczy leczenia zapobiegającego przy usposobieniu nabytem, to ponieważ jedną z najważniejszych przyczyn suchot jest skłonność do nieżyków dróg oddechowych, powinniśmy przeto zwalczać ją hartowaniem skóry. Często powtarzające się nieżyty dróg oddechowych uspasabiają do suchot nietylko dla tego, że uszkadzają błonę śluzową oskrzeli, przez co ułatwiają osiedlenie się laseczników, lecz także wskutek niedostatecznego oddechania, głównie zaś upośledzonego odżywiania. Zwykle przy nieżytych chorobach tracą łaknienie, nieco gorączkują, mniej wychodzą na powietrze i t. p.. Przeciwko niedostatecznemu oddechaniu, należy zalecić gimnastykę płuc, polegającą na głębokiem wdechaniu i zupełnem wydechaniu, na wdechaniu z podniesionemi ramionami i systematyczne wchodzenie na góry. Powinniśmy się również troszczyć o usuwanie chorób osłabiających ustroj, szczególnie zaś płuca; tutaj należy odra, koklusz, zapalenie płuc, nieżyt oskrzeli i t. p.. Autor kładzie nacisk, aby chorych w czasie odry nie trzymać w zbyt ciepłych i przewietrzanych pokojach, a radzi prędko wysłać ich na wieś, lub też w góry.

Przy leczeniu higienicznem już istniejących suchot, najważniejszą rzeczą będzie poprawienie odżywiania ustroju, przywrócenie prawidłowego oddechania i krążenia krwi w płucach, ograniczenie istniejącej choroby i zapobieganie nowemu jej wybuchowi. Dla osiągnięcia tego potrzebne są: 1) dobre odżywianie, 2) świeże powietrze, 3) uregulowanie ruchów ciała, 4) pielęgnowanie skóry, 5) odpowiedni klimat, o ile to jest możebnem.

I. Dyjeta suchotników powinna być jaknajpożywniejszą i najobfitszą, dość powiedzieć, że tuczenie chorych przynosi ogromny pożytek. Suchotnicy zwykle mają niewielkie łaknienie i dla tego należy się starać o wybór potraw, ich rozmaitość i dobre przyrządzenie. Autor wspomina o związku, jaki istnieje pomiędzy życiem lasecznika gruźliczego i jakością pokarmów, mianowicie pewnych soli, które przechodzą do krwi i tkanek. Dotychczas w tym kierunku został ściśle określony rozwój *aspergilli nigri*. W wynalezionym przez RAULIN'a płynie, *aspergillus* rozwija się najlepiej. Jeżeli w tym płynie zmienimy dowolnie ilość soli, możemy rozwój mikroorganizmu podnieść lub osłabić. Doświadczenie to wskazuje, że mikroby, podobnie jak rośliny i zwierzęta, potrzebują do swego życia pewnych soli. Gdybyśmy widzieli jakie sole są potrzebne dla lasecznika gruźliczego, moglibyśmy zmieniając naszą krew i tkanki niszczyć laseczniki. Badania pod tym względem są bardzo trudne i dla każdego pasorzytu muszą być prowadzone osobno. Z prac BUDGE'ego wiemy, że pokarmy mięsożernych są obfite w sodę, roślinożernych zaś w potas i że mięsożerni ulegają rzadziej suchotom, aniżeli roślinożerni i dlatego pokarmy zawierające potas [kartofle] powinny być używane tylko w małych ilościach. Najodpowiedniejszym pokarmem dla suchotników jest mleko, lecz jeżeli nie jesteśmy pewni jego źródła, należy je przegotować przed użyciem. Jeżeli chory mleka nie znosi, to przy skłonności do rozwolnienia dodajemy wody wapiennej w stosunku $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{3}$ części; woda wapienna może przyczyniać się także i do łatwiejszego zwapnienia zserowaciałych mas; przy skłonności do zaparcia dodajemy napary ziół, lub też wody mineralne [Selters, Bilin i t. d.], lub też klej

jęczmienny, w celu zaś usunięcia przykrego smaku lub zapachu, dodajemy nieco kakao, kawy, herbaty i t. p., innym znowu razem koniaku, araku, alkoholu, co czyni mleko łatwiej strawnym. Czasami chorzy lepiej znoszą maślankę, mleko zbierane, lub mleko ze śmietanką. Niektórzy chorzy lepiej znoszą mleko końskie, lub ośle, aniżeli krowie. Jako surogat mleka podajemy kumys, który jest łatwiej strawny, gasi pragnienie i działa lekko pobudzająco. Autor podaje zwykle mleko w ilości $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ litra na dzień, a przy powikłaniu suchot białkomoczem nie podaje mleka.

Autor wogóle stawia następujące prawidła przy przepisywaniu suchotnikom diety:

1-o Chorzy powinni przyjmować tyle pokarmów, ile tylko pozwalają narządy trawienia, które powinniśmy wzmacniać środkami lekarskiem [goryczki i t. p.].

2-o Powinniśmy starać się o wybór i różnorodność pokarmów.

3-o Pokarmów małej wartości pożywej powinniśmy unikać, tutaj należą: kartofle, sałaty, ciasta, wygotowane owoce i t. p. i

4-o Należy podawać pokarmy często i naraz w niezbyt wielkiej ilości; autor przepisuje zwykle 7 dań w ciągu doby.

Przy znacznych gorączkach podajemy potrawy wyłącznie płynne, a nawet mleko należy rozcieńczać kleikiem. Tłuszcze zwykle suchotnicy dobrze znoszą, najlepiej w postaci śmietany, masła i mięsa wieprzowego, gorzej zaś tran i oliwę. Wyskok u suchotników oddaje wielkie korzyści, szczególnie w okresie gorączki, dopóki nerki są zdrowe. Jako pokarm oddechowy zapobiega on gorzeniu tkanek. Podają go w rozmaitych ilościach w postaci koniaku, lub wina, od $1\frac{1}{2}$ litra wina lub 12 uncyj koniaku do $\frac{1}{6}$ tej objętości. Czasem chorzy zupełnie nie znoszą napojów wysokowych, mianowicie doznają bólu głowy, silnego rozdrażnienia, bicia serca, tracą łaknienie i t. p. Inni znowu chorzy znoszą lepiej wino francuzkie, aniżeli węgierskie, lub koniak, aniżeli wyskok. Najlepiej podawać wyskok w częstych i małych dawkach.

II. Powietrze i przewietrzanie. Jeśli klimat pozwala, to pobyt na świeżem powietrzu będzie najlepszym dla suchotników. Suchotnicy, chociażby lekko gorączkujący, powinni przebywać jak najdłużej na powietrzu, nawet przy chłodnej i dżdżystej pogodzie i gdyby kaszel się powiększał po wyjściu z ciasnego mieszkania. Poprawa łaknienia, trawienia i sił, a także zmniejszenie się nocnych potów, bezsenności, pognębienia i t. p. są najczęstszym wynikiem przebywania na wolnym powietrzu. W większych miastach powietrze zawsze jest lepsze na ulicy, lub placach, aniżeli w mieszkaniu, czego dowiódł PETERNKOFFER pod względem zawartości kwasu węglanego i Miquel — mikrobów. Ze względu, iż chory największą część doby spędza w domu, powinien mieć pokój sypialny słoneczny, na 200 sześć.stóp powietrza, przyczem przewietrzanie mieszkania odbywać się powinno i w dzień i w nocy. Ciepłota pokoju nie powinna przechodzić 17°C. Gaz w mieszkaniu nie powinien być używany. Łóżko należy wystawiać na srodek pokoju, aby dostęp powietrza ułatwić. Chory w łóżku, nawet lekko gorączkujący, nie powinien pozostawać dłużej nad 8—9 godzin, gdyż leżenie utrudnia oddechanie i krążenie w płucach. Chorych gorączkujących powinniśmy starać się wynosić w czasie zimy na balkony, lub werendy, a w czasie lata do ogrodu, lub zawieszać w hamakach. Przy leczeniu chorych ubogich musimy starać się o zmianę miejsca pobytu na wygodniejsze, zajęcie na wolnym powietrzu, lub w lepszych warunkach i jeżeli to możliwe, wysłać chorego na wieś, czem udaje się często wstrzymać chorobę, lub nawet ją uleczyć. Leczenie suchotników w ogólnych szpitalach jest w najwyższym stopniu niedogodnym: chory tam znajduje się w najgorszych warunkach. Z tych powodów autor gorąco poleca otwieranie szpitali specjalnych dla suchotników.

W Londynie bardzo dobrze urządzonym jest szpital Brompton dla suchotników, gdzie na każdego chorego wypada 1400 stóp sześciennych powietrza, a przewietrzanie daje na osobę 4000 stóp sześciennych na godzinę. W tym szpitalu, pomimo złych warunków klimatycznych Londynu, leczenie daje jak najlepsze wyniki. Jeszcze lepiej urządzonym jest szpital narodowy dla suchotników w Ventnor. Tutaj każdy chory ma 2000 stóp sześciennych powietrza, a przewietrzanie daje na godzinę i na osobę 5000 stóp sześciennych. W tym szpitalu w każdym pawilonie na 12 osób, obok sypialni chorzy mają kilka sal do zabawy, sale jadalne i to oddzielne na śniadanie i obiad. Autor zwraca uwagę, że przy zakładaniu takich szpitali, należy budować werendy, balkony, a nadto wysokie mury ochraniające ogrody dla chorych od wiatrów, a jednocześnie skupiające promienie słoneczne.

III. Ćwiczenia ciała odgrywają bardzo ważną rolę przy leczeniu suchot, wiadomo bowiem, że chorzy dopiero przy ruchach mogą dostatecznie się odżywiać i swobodnie oddechać. Jakość i ilość ruchu, oraz pora odpowiednia, musi być ściśle oznaczoną przez lekarza. Należy starannie unikać wysiłków, gdyż jeden błąd może zepsuć wszystko. Obok chodzenia po równinie, szczególniej pożytecznym jest wchodzenie na góry. Już przez SYDENHAM'a zalecana konna jazda jest doskonałym ćwiczeniem, bo pobudza krążenie i przyspiesza oddechanie. Tutaj należy także jazda na osłach, welocypedach i łyżwach. Głębokie systematyczne wdechania na świeżem powietrzu przy wyciągniętych rękach, kilka razy w dzień powtarzane, stanowią dobrą gimnastykę dla płuc. W pewnych przewlekłych przypadkach suchot, połączonych z osłabieniem nerwowem, niemożnością ruchu, z korzyścią stosować można mięsienie; przyspiesza ono przemianę materji, pobudza oddechanie, krążenie, apetyt i t. p.. Mięsienie przeciwwskazaniem jest przy wszelkich zapalnych podrażnieniach płuc.

IV. Pielęgnowanie skóry. Osłabienie skóry jest jedną z cech usposobienia do suchot, jak również już rozwiniętych suchot. Obok pobytu na świeżem powietrzu, wskazaną jest hydroterapija. Leczenie suchot zimną wodą pierwszy wprowadził BREHMER, w postaci silnego, zimnego i krótkotrwałego natrysku na piersi. Należy się starać o stopniowe zwiększenie odporności ustroju i przy wielkiem osłabieniu, stosujemy wycierania klatki piersiowej suchą flanelą, później zaś wycierania wilgotnym ręcznikiem z następnem prędkim wytarciem skóry do suchości, później prędkie obmywanie gąbką, przechodząc od wody letniej do zupełnej zimnej, przyczem chory powinien położyć się do łóżka i przyjąć ciepłe śniadanie. Przy większym stopniu odporności, chory znosi już obwijania całego ciała w chłodne prześcieradła z następnem tarcie skóry do suchości. Przy jeszcze wyższym stopniu zahartowania, chory dobrze znosi zanurzanie w zimnej wodzie, kąpiel opadową lub też kąpiel letnią z następującym zimnym tuszem. Pomimo zahartowania, chorzy powinni nosić wełniane ubranie na całym gołym ciele, wierzchnie zaś ubranie nie powinno być ciężkie, szczególniej przy ruchach, tylko w razie spokoju ubranie musi być bardzo ciepłe.

V. Klimat. Przy klimatycznym leczeniu suchot niemożliwym jest postawienie ogólnych prawideł. Zmieniają się one stosownie do etjologii choroby, okresu, wielkości rozpadu, istniejących powikłań, a nadewszystko zależą one od ciała-składu, wrażliwości, nastroju umysłowego, przyzwyczajień chorych i t. p. Na suchoty możemy zapatrywać się wogóle, jako na powierzchnię wrzodziejącą dróg oddechowych, na której rozwijają się swoiste mikroby. Nadto powierzchnia ta jest usposobioną do zanieczyszczeń i przyjmowania innych mikroorganizmów, które znajdują się w wielkiej ilości w powietrzu. Najpierwszym więc warunkiem dobrego klimatu powinna być czystość powietrza, jakoteż aseptyczny tegoż charakter. Dawniej przy ocenianiu czystości powietrza zwracano uwagę na zawartość tlenu, kwasu węglanego, azotu, amonijaku etc., dzisiaj zaś mówimy o zawieszono-

nych w niem mikroorganizmach. Pod względem zawartości bakteryj w powietrzu, bardzo interesujące doświadczenia wykonał MIQUEL. Znalazł on w sześciennej stopie powietrza na środku jeziora Thun 8 bakteryj, na brzegu tegoż jeziora 25, w pokokoju hotelu obok jeziora 600; w Paryżu zaś w parku 7000 a na ulicy 25 milionów. Drugą bardzo ważną właściwością klimatu jest pobudzający wpływ tegoż na ustrój chorego. Nie każdy jednakże klimat, pozwalający na przebywanie na wolnym powietrzu, działa pokrzepiająco, czasami przeciwnie sprządza ociężałość, znuzenie i zmniejsza siły odporne ustroju. Pod pewnym względem możemy porównać działanie lekarstw z działaniem klimatu. Morfina zmniejszając kaszel, a antypyryna gorączkę, łagodzą przykre objawy suchot, lecz jednocześnie zmniejszają apetyt i osłabiają ustrój. Przeciwnie zaś środki tonizujące, pomimo iż niekiedy rozdrażniają, są zbawienne, powiększając apetyt i siły. Nie należy jednakże przy wyborze miejscowości, odpowiedniej dla chorego, pomijać i meteorologiczne dane [siła i kierunek wiatrów, wilgotność powietrza, temperatura, właściwości gruntu i t. p.]

Podobnie należy unikać miejscowości, gdzie zgromadza się wiele ludzi, lub istot żyjących, gdzie znajdują się materyje gnijące, pył i t. p.. Najważniejszy warunek dobrego klimatu, t. j. czystość powietrza istnieje na wysokich górach, w pustyniach i na morzu. Klimat wysokich gór w Europie dopiero od niedawna został należycie oceniony, w Ameryce zaś oddawna zalecano go dla suchotników. Górski alpejski klimat odznacza się: 1) Brakiem mgły i obłoków, a więc przezroczystością powietrza i dobrem przewodnictwem promieni słonecznych. Badania wykazały, że kiedy w Zurych w Listopadzie było 48 godzin słonecznych, to w Davos w tym samym czasie 128; w Styczniu ten stosunek wypada jeszcze na większą korzyść dla Davos. 2) Suchością powietrza, co bezwątpienia zapobiega przeziębieniu. Doświadczenia wykazały, że powietrze w pokoju jest nawet więcej suche, aniżeli zewnątrz mieszkania. 3) Brakiem uczucia zimna, co jest w związku z suchością powietrza, bardzo ciepłymi promieniami słońca i brakiem wiatrów. Ciepłota naszego ciała zależy od wilgotności powietrza, kanadyjczyk naprzykład czuje większy chłód w Londynie przy $+4^{\circ}\text{C}$., aniżeli w domu przy -40°C .. Zależy to od tego, że suche powietrze mało jednostek ciepła odbiera ciału, tembardziej jeżeli jest w spokoju. 4) Klimat alpejski odznacza się z zupełnym spokojem, z powodu ochraniających gór braku wiatrów miejscowych. Tych ostatnich szczególnie nie ma podczas zimy, kiedy śnieg pokrywa ziemię, co pozwala nawet osobom delikatnym kilka godzin dziennie przebywać na wolnym powietrzu. 5) Nizka ciepłota alpejskiego klimatu jest bardzo ważnym czynnikiem leczniczym, mianowicie bakteryje rozwijają się trudno, przez wdechowanie chłodnego powietrza ustrój traci dużo ciepłota i wody, działa więc przeciwnie i przeciwgorączkowo, ilość płwociny zmniejsza się a krążenie krwi w płucach poprawia się. To ostatnie zależy od powiększenia siły prawej komórki, która rozwija się wskutek utraty płynów. 6) Obecność śniegu i lodu przyczynia się bardzo do czystości powietrza przez pokrycie ziemi mocną skorupą lodową, a więc wstrzymanie gnicia, rozkładów, wyziewów i t. p.. MIQUEL wykazał w Alpach zupełny brak bakteryj na wysokości 2000 metrów. 7) Rozrzedzenie powietrza i zmniejszone ciśnienie. Niektórzy autorzy, szczególnie JACCOURD, tłumaczą rozszerzenie płuc i wzmocnienie mięśni oddechowych rozcieńczeniem powietrza w górach i mniejszą ilością tlenu, autor zaś, opierając się na doświadczeniach TYNDAL'a i FRANKLAND'a z płomieniem świecy, palącej się z jednakową siłą na wysokich górach jak i w dolinie, przychodzi do przekonania, że wielka ruchliwość atomów rozrzedzonego powietrza wyrównywa zmniejszoną ilość tlenu, rozszerzenie zaś płuc objaśnia wprost wdechaniem powietrza czystego i zimnego. Rozrzedzeniem powietrza MIQUEL tłumaczy brak bakteryj na wysokich górach. Nakoniec 8) powietrze górskie odznacza się większą zawartością ozonu. Alpejskie

powietrze działa na chorych w następujący sposób: powiększa apetyt, poprawia wytwarzanie krwi i ogólne odżywianie, wzmacnia serce i krwiobieg, dalej energię mięśni, nerwów i czynność skóry. W płucach zaś przez zastąpienie chorych części przez zdrowe i przez rozedmę sąsiednich części, następuje powolne znikanie objawów choroby.

Co się tyczy długości czasu pobytu chorych w górach, to zależy ona od oddzielnego przypadku choroby, trwa zaś zwykle od 6 miesięcy do 6-ciu lat. Najodpowiedniejszym jest pobyt w Alpach w czasie zimy, na wiosnę przy topieniu śniegów warunki są już gorsze, chociaż w każdym razie lepsze, aniżeli w klimacie południowym, osłabiającym. Na lato należy chorym zalecać pobyt w górach obfitujących w lasy iglaste. Jesień w Alpach zwykle jest piękną i tam chorych wysyłać powinniśmy w Sierpniu lub Wrześniu, aby mogli się zaaklimatyzować. Co się tyczy wysokości, od której mamy uważać klimat za górski, to ta zależy od szerokości geograficznej; i tak powyżej 50° — dostatecznym jest wzniesienie za 1600 stóp, pomiędzy 48—50° na 1700, a pomiędzy 47—46° na 3000—4000 stóp. Autor nie podziela zdania, ażeby górskie miejscowości Niemiec i Francji na 1600—1200 wzniesione działały jednakowo jak miejscowości Szwajcaryi na 5 do 6 tysięcy stóp; tym ostatnim oddaje on pierwszeństwo, pomimo iż roślinność, ciepłota, czas trwania śniegu są jednakowe. Górski klimat jest wskazanym przy usposobieniu nabytem lub odziedziczonym do suchot, przy nierozwinięciu klatki piersiowej, przy osłabieniu płuc wskutek jakichkolwiek chorób, a głównie przy wszystkich postaciach suchot płucnych. Przeciwwskazanym zaś bywa klimat górski przy suchotach połączonych z *constitutio eretica*, przy suchotach z wielkim rozpadem, przy powikłaniu ze znaczną rozedmą płuc, z białkomoczem, z chorobami serca, owrzodzeniami krtani, dalej suchoty galopujące przy silnem wychudnięciu. Krwiopłucie i krwotoki płucne nie stanowią wcale przeciwwskazania dla klimatu górskiego — z praktyki wiemy, że nawet w wysokich górach przytrafiają się one bardzo rzadko.

Z miejscowości najpierw poznanych w Szwajcaryi jest Davos Platz [5100 stóp], rozciągające się przeszło milę w dolinie i Davos Dörfli położony cokolwiek wyżej. W tej samej dolinie, lecz cokolwiek niżej leży Wiesen, odznaczające się taniością, chociaż jest cokolwiek gorzej zabezpieczone od wiatrów, mianowicie południowych. W górnym Engadinie leży miejscowość St. Moritz [6000 stóp] z dobrze znanym Kulm-Hotel, zimniejsza i gorzej osłonięta od wiatrów aniżeli Davos i dla tego więcej stosowna dla chorych już zahartowanych. W górnym Engadinie leżą Samaden, Maloja, Zug i mają charakter wysokich stacyj zimowych. O wiele niżej przy jeziorze Thun leży St. Beatenberg [3766], Seewis [2986]; mogą one służyć jako przedstacje dla Davos i St. Moritz. W Niemczech zasługują na uwagę Görbersdorf [1740] założony przez H. BREHMER'a, Falkenstein [1500] przez DETTWEILER'a. W ostatnich czasach powstało wiele zakładów kuracyjnych, jak Ausee [2150], St. Blacien [2500], Reiboldgrün [2257], Badenweiler [1386]. W Norwegii Hausdal-Sanator [3000] ¹⁾. Autor w krótkości opisuje miejsca kuracyjne Ameryki, Azji i Australii. Przy oceniu tych miejscowości, należy zwracać uwagę obok wysokiego położenia na bliskość równika, morza, panujące wiatry, przepelnienie powietrza parami, a jeżeli miejscowość leży na półwyspie, lub wyspie, to i na parowanie ziemi. O innych miejscowościach kuracyjnych Afryki, południowych Włoch i Francji, jako o dobrze znanych, autor zaledwo wspomina, zarzucając im pomimo komfortu brak odpowiednich urządzeń dla chorych i ścisłego nadzoru. Klimat Anglii, szczególniejsze brzeży jej południowe i zachodnie bardzo nadają się do górskiego leczenia chorych na suchoty, lecz jak dotychczas nie ma tam odpowiednich urządzeń.

¹⁾ Bliżej nas dotyczące zakłady istnieją w Tatrach mianowicie: w Zakopanem [2700 stóp], Schmeks [3100], Jezioro Szezerbskie [4000].

13. O związku wiądu rdzeniowego (*tabes dorsualis*) z przymiotem.

Podajemy tu stosunek procentowy częstości przymiotu przy wiądzie rdzeniowym, według materyjału zebranego z Roczników VIRCHOW'a i HIRSCH'a za rok 1885.

A U T O R	Ogół przy- padków.	Przymiot nie- wątpliwy.	Przymiot wną- tpliwy (<i>ulcus molle</i>).	Procent przy- padków przy- miotu.	U W A G I.
EISENLOHR	—	—	—	52,5%	
HOFMANN	50	14	—	30,0%	12 mężczyzn, 2 kobiet.
SEGUIN	72	38	—	52,2%	22 miało szankra, 16 szankra i wtórne objawy.
PETRONK	50	24	4	48,0%	w 12 przypadkach po 1—5 la- tach; w 8 po 6—10 l.; w 3 po 11 do 15 l.; w 2 po 16—20 latach.
OPPENHEIM	100	30	11	30,0%	13 <i>ulcus durum</i> ; 17 nadto obja- wy następcze.
REMAK	49	18	13	36,2%	z dodaniem <i>ulc. mol.</i> 65,5%
LANDOUZY i BALLE	138	31	—	22,55	
BERNHARDT	125	58	17	46,8%	z <i>ulc. moll.</i> 60%.
WEBER	17	5	—	29,4%	
Razem	601	218	45	38,0%	z <i>ulc. moll.</i> 44%.

Z powyższego widzimy, że na 100 chorych dotkniętych *tabe dorsuali*. 36 przechodziło poprzednio przymiot, jeżeli zaś trzymać się teorii unitarnej to 44. Widzimy też, że rozmaici autorowie otrzymywali bardzo różne dane, a otrzymane przez nich cyfry wahają się w bardzo szerokich granicach, t. j. od 52,5% do 22,5%,

Teodor Dunin.

14. Loeb. O cierpieniu reumatycznym u chorych dotkniętych tryprem.

Autor sądzi, że zajęcie tylnej części cewki sprawą tryprową jest ważnym warunkiem powstawania t. z. goścca tryprowego. Zauważył to już ZEISL., a STRUPPI w 8 przypadkach goścca tryprowego widział 3 razy zapalenie przyjądrza. U kobiet gościc tryprowy jest niezmiernie rzadki.

Gościc tryprowy jest cierpieniem *sui generis*, różnem zupełnie od prawdziwego goścca; różnice są następujące:

1) Tak zwany gościc tryprowy przebiega najczęściej bez gorączki. Wysoka gorączka w rzadkich tylko bywa przypadkach, ale i tu ustępuje wcześniej, niż zmiany miejscowe.

2) Trwa dłużej od prawdziwego goścca, nieraz pół roku i więcej.

3) Zajmuje niewiele stawów, często jeden; nie przeskakuje, jak prawdziwy gościec, a przechodząc na inne stawy nie opuszcza już zajętych. Pozostawia bardzo często uporczywą *hydrarthrosis* kolana. Anatomicznie sprawa przedstawia się w gościcu trypowym jako *synovitis sero-purulenta*, w gościcu zaś prawdziwym, jako *synovitis serosa*. Niektóre przypadki gościca trypowego posiadają charakter stanowczo ropnicowy [zropienie stawu, ogólna ropnica].

4) W wysokim stopniu charakterystycznym dla gościca trypowego jest współczesne cierpienie oczu (*conjunctivitis, iritis serosa*). Cierpienie to, zazwyczaj obustronne, towarzyszy według FOURNIER i PFE-SMITH $\frac{1}{3}$ przypadków i przebiega zawsze pomyślnie; nie ma ono żadnego związku z *conjunctivitis gonorrhoeica*, t. j. bezpośrednio zarażeniem łącznicy jadem trypowym. Zupełnie podobne cierpienie łącznicy i tęczówki obserwował VELPEAU przy *polyarthriti pyaemica*.

5) Powikłania ze strony serca bardzo rzadko spotykamy w przebiegu gościca trypowego. Niewątpliwie przypadki tego rodzaju podaje PFUHL i TRAUBE.

6) Gościcowi trypowemu często towarzyszy *tendovaginitis, bursitis*, rzadziej *ischias* jedno- lub obustronna.

7) Kwas salicylowy jest zupełnie bezskuteczny przy gościcu trypowym.

8) Śmiercią kończy się gościec trypowy rzadziej niż prawdziwy. Przyczyną śmierci bywa zropienie stawu i ropnica.

Nie każde cierpienie stawu u chorego na trypra jest przyrody trypowej, rozpoznanie więc należy stawiać bardzo ostrożnie. Stanowczym dowodem będzie 1) powtarzanie się cierpienia stawowego przy każdym tryprze u tegoż chorego; albo 2) jednoczesna *ophthalmia, tendovaginitis* lub *ischias* i 3) bezskuteczność kwasu salicylowego. Najczęściej zajęty jest jeden staw kolanowy; chębotanie w stawie bywa znaczne i wczesne, bolesność nieznaczna.

Wiele rozprawiano o istocie w mowie będącego cierpienia, ale teoryje odnośne należą już do historii medycyny i tylko przypuszczenie zakaźnej przyrody t. z. gościca trypowego stoi na wysokości współczesnej wiedzy.

W istocie, wkrótce po odkryciu gonokoków w ropie trypowej, znalazł PETRONE i KAMMERER koki w wysięku stawowym przy opisanem cierpieniu. Nie ma jednak dowodu, by drobnoustroje te były gonokokami. [Niepodobna odróżnić gonokoków w pojedynczych egzemplarzach od innych koków, hodowli zaś w tych przypadkach nie robiono]. Przeciwnie, bardzo wiele względów przemawia za przypuszczeniem, że właśnie koki wywołujące ropienie, a nie gonokoki są przyczyną t. z. gościca trypowego [dostawszy się przez owrzodzenia nieżyłowe w cewce do krwi].

Przemawia za tem: a) zjawienie się podobnych cierpień stawowych przy niezaraźliwych nieżyłach cewki moczowej i po założeniu cewnika, b) niewątpliwie ropnicowy charakter niektórych przypadków gościca trypowego i c) powstawanie podobnych spraw stawowych i przy cierpieniach innych błon śluzowych. Tak np. zdarzają się płożowe cierpienia stawów, nie ropnicowej przyrody, z łagodnym przebiegiem, podobne niezmiernie do gościca trypowego.

GERHARDT opisuje podobne cierpienie stawów przy *bronchiectasia*, STARCKE przy czerwonce [w jednym przypadku powstały jednocześnie ropnie w tkance łącznej, w ropie których była moc koków łańcuszkowych i zgrupowanych w kępkę], HEUBNER i BAHRD przy płonicy (*scarlatina*): punktem wejścia pasorzytów do krwi były tu wrzody dyfterytyczne, a wysięk wypuszczony ze stawu zawierał obficie koki łańcuszkowe.

Leczenie gościca trypowego winno być przeprowadzone według zasad współczesnej chirurgii. Ważnem jest szybkie, energiczne leczenie przyczynowego cierpienia cewki. Przy obfitym wysięku stawowym zaleca się wczesne przekłucie.

15. Prof. P. Ehrlich. O zachowaniu się błękitu metylenowego (*Methylenblau*) względem istoty nerwowej u żywego zwierzęcia.

[Odczyt mianym w d. 21 Grudnia roku zeszłego w Stowarzyszeniu dla medycyny wewnętrznej w Berlinie].

Prof. P. EHRlich, znany od lat kilku w nauce z licznych prac doniosłego znaczenia dla biologii komórek i bakterjologii, dokonanych głównie zapomocą systematycznego i rozumowanego stosowania barwników anilinowych, wygłosił w dniu 21 Grudnia roku zeszłego odczyt o zachowaniu się błękitu metylenowego względem istoty nerwowej u żywego zwierzęcia. Jakkolwiek autor nie podał dotychczas jaką się posługiwał w doświadczeniach, to jednak uważamy za stosowne już teraz podać główne wyniki jego badań, przez wzgląd na ważność tychże dla fizjologii komórkowej i farmakologii, rzucić one bowiem mogą światło na działanie środków lekarskich [np. alkaloidów] na układ nerwowy.

Wychodząc z zasady, że jedyną racjonalną drogą do rozjaśnienia własności życiowych komórek i jej czynności, jest badanie zachowania się danych ciał względem komórek za życia, wśród czynności samej, EHRlich powziął myśl wprowadzania do ustroju barwników syntetycznie otrzymanych, o znanej budowie chemicznej — i przekonał się, że błękit metylenowy (*Methylenblau*) wprowadzony do żywego ustroju, posiada silne powinowactwo do najdrobniejszych rozgałęzień nici osiowej nerwów; tym więc sposobem można zbadać za życia pewne zakończenia nerwowe z taką dokładnością, na jaką nie pozwalają inne metody barwienia nerwów w tkankach wyciętych z ustroju. Ze znanych metod bowiem najważniejsza t. j. złozenie zapomocą chlorku złota, wprowadzone przez COHNHEIM'a, w wielu razach zawodzi, częstokroć daje sztuczne obrazy, a u bezkręgowych wcale stosować się nie daje. Tymczasem uwydatnienie nerwów przy pomocy błękitu metylenowego za życia, wykazuje przyrzady końcowe nerwów w stosunkach najzupełniej naturalnych, zarówno u kręgowców [królik, zaba] jak i u bezkręgowych [rak, robaki], a jeżeli przedstawia ujemne strony, to tylko te, że przygotowane preparaty nie są trwałe i że pewne tylko obręby nerwowe mogą być tym sposobem uwydatnione.

Ogólnie okazało się, że u królika przy wprowadzeniu do ustroju błękitu metylenowego zabarwiają się głównie obwodowe końcowe rozgałęzienia włókien nerwowych; grubsze gałęzie nie barwią się. W całości uwydatnione zostają wszystkie włókna czuciowe, zakończenia smakowe i węchowe, oraz nerwy mięśni gładkich [w naczyniach *nervi vasoconstrictores*] i serca. Natomiast nie zabarwiają się zwykle zakończenia ruchowe w mięśniach ruchu dowolnego [z wyjątkiem mięśni ocznych, krtani i przepony — patrz niżej].

W ośrodkach nerwowych zabarwiają się: a) stosunkowo grube włókna, obfite zwłaszcza w tak zwanych jądrach rdzenia przedłużonego, mniej zaś liczne w mózgu; b) gęsty splot cieniutkich paciorkowatych włókienek połączonych z komórkami nerwowymi w korze mózgu.

U zaby stosunki barwienia się obwodowych rozgałęzień nerwów przy wprowadzeniu błękitu metylenowego są podobne jak u królika.

U raka rzecznego zabarwiają się nerwy czuciowe i ruchowe. We włóknach mięsnych wąskich, o drobnych prążkach, nerwy zachowują się jak w mięśniach gładkich u zwierząt wyższych, zaś we włóknach mięsnych szerokich o grubych prążkach — jak w mięśniach prążkowanych u wyższych rzędów.

U robaków zabarwia się układ nerwomięśniowy — komórki zwojowe z licznymi wyrostkami, dochodzące [bez przyrzady końcowego] do mięśni, które również barwią się niebiesko.

Pomijając wiele szczegółów, do których zapewne powrócimy jeszcze po ukazaniu się obszernej monografii w tym przedmiocie, zwrócimy tylko uwagę

na niektóre ważne fakty wykryte przez autora. I tak np. w języku żaby włókienka nerwowe nie są bezpośrednio połączone z komórkami smakowemi, lecz tylko stykają się z nimi [związek *per contiguitatem*].

W komórkach zwojowych sympatycznych zabarwionem zostaje włókno skręcone, gdy tymczasem włókno proste nie barwi się. Wnosić z tego można [zgodnie z badaniami AXEL KEY'A i RETZIUS'A o obecności pochwy rdzennej tylko na włóknie skręconem], że dwa te włókna posiadają odrębną funkcję, że mianowicie włókno skręcone doprowadza dośrodkowo bodźce do komórki zwojowej, rozprawdzając się na jej obwodzie za pośrednictwem gęstej „sieci końcowej“ nerwu, włókno proste zaś służy do przewodnictwa pobudzenia na zewnątrz. Istnieje tu zupełna analogija z zakończeniem nerwów w mięśniach prążkowanych. Zapewne końcowe rozgałęzienie nerwu na komórkach zwojowych może zatrzymywać, tak jak w tym razie błękit metylenowy, zarówno także i inne ciała [trucizny, alkaloidy i t. d.] i spowodowywać odosobnione porażenia.

Odnosnie związku nici osiowej z ciałem komórki nerwowej, okazało się, że nic osiowa nie zlewa się z ciałem komórki, lecz kończy się w niem tylko. W komórkach wielobiegunowych wyrostek osiowy również przylega tylko do ciała komórki — jedynie więc wyrostki protoplazmatyczne są istotnemi przedłużeniami, czyli wyrostkami ciała komórkowego.

W siatkówce znalezionem zostało znaczne podobieństwo układu włókienek nerwowych z układem tychże w korze mózgu i nasuwa się myśl, że siatkówka sama przez się stanowi pewnego rodzaju ośrodek nerwowy.

Doszedłszy do wniosku, że odczyn z błękitem metylenowym jest ogólną własnością istoty nici osiowej układu nerwowego i że znajduje się w bezpośrednim związku z czynnością istoty nerwowej, EHRLICH zastanowił się nad pytaniem, dlaczego błękit metylenowy zabarwia nerwy u żywego zwierzęcia. Droga porównawczych doświadczeń doszedł do przekonania, że barwienie jest zależne od obecności siarki w błękanie metylenowym. Tak samo bowiem jak ten ostatni barwnik zachowują się względem nerwów niższe homologa błękitu metylenowego [jakoto *Thionin*, *Dimethylthionin*, oraz sulfon błękitu metylenowego — *Methylenazur*, a także poniekąd i *Methylenviolett*]; natomiast podobny konstytucyjną chemiczną, lecz siarki nie zawierający *Dimethylphenylengrün* BINDSCHIEDLER'A — trujący — nie zabarwia nerwów. Nie barwią ich również fuksyna, *Methylenviolett* i *Safranina* po wprowadzeniu do organizmu.

Dalej okazało się, jako wyjaśnienie okoliczności, że tylko pewne części zakończeń nerwowych zabarwiają się błękitem metylenowym, iż barwienie zależy od ubocznych warunków, a zwłaszcza od stopnia nasycenia danych części tlenem. EHRLICH znalazł tu potwierdzenie swych dawniejszych poszukiwań nad ilością tlenu w różnych częściach ustroju, które to poszukiwania przekonały, że nie wszystkie mięśnie są jednako-wo w tlen zaopatrzone; najwięcej tlenu zawierały mięśnie oczne, krtani i przepona — i odpowiednio do tego w tych tylko mięśniach błękit metylenowy zabarwiał zakończenia nerwowe.

Oprócz nasycenia tlenem, wpływ na barwienie się nerwów błękitem metylenowym posiada także odczyn alkaliczny włókien nerwowych. Wobec jednak badań innych autorów [LIEBERKUEHN, EDINGER], którzy wykazali kwaśny odczyn włókien nerwowych w korze mózgu, EHRLICH przypuszcza, że w układzie nerwowym, stosownie do miejsca i funkcji, natrafiamy na liczne stopniowania alkaliczności włókien nerwowych, która to okoliczność w związku ze stopniem nasycenia tlenem rozstrzyga o tem, czy i jakie ciała od-kladać się będą [jak błękit metylenowy] w pewnych obrębach układu nerwowego. Okoliczność ta rzuca światło na działanie różnych alkaloidów.

16. T. P. Gostling. O powiększeniu ilości białych ciałek w krwi przy zapaleniu.

Na posiedzeniu londyńskiego towarzystwa *Royal Medical and Chirurgical Society* w d. 12 Stycznia r. b. GOSTLING przedstawił wyniki swych postrzeżeń nad powiększeniem ilości bezbarwnych ciałek krwi przy zapaleniu. Przytoczywszy na wstępie dawniejsze odnośne badania VIRCHOW'a, NASSE'go i MALASSEZ'a, autor przeszedł do własnych poszukiwań, wykonanych przy pomocy hemocytometru GOWER'a.

Przyjmując jako prawidłowy stosunek w krwi jedno ciało białe na 333 czerwonych, zauważono zmiany przy ropniach, zapaleniu migdałków, guzie białym kolana, zebraniu ropy w jamie opłucnej, gruźlicy płuc, zapaleniu opłucnej, zapaleniu płuc, tyfusie i ostrym gościecu. W przypadku ropnego zapalenia tkanki łącznej (*cellulitis*) i ropnia w miednicy, autor znalazł następujące cyfry: 1 ciało białe na 148 czerwonych, 1 na 172, 1 na 150, 1 na 158 i 1 na 167. W tym czasie stan chorego był groźny, wszelako nastąpiła poprawa, poczem ilość ciałek białych w krwi zbliżyła się do prawidłowej — wynosiła bowiem 1 na 250, a wkrótce 1 na 366 czerwonych.

Autor doszedł do następujących wniosków:

- 1) Ilość białych ciałek krwi powiększa się przy zapaleniach ropnych, zwłaszcza, gdy istnieje napięcie części zapaleniem dotkniętych.
- 2) W zapaleniach mięszsowych pomnożenie bezbarwnych ciałek krwi jest mniej znaczne.
- 3) W zapaleniach z wysiękiem surowicznym lub surowiczo-włóknikowym ilość bezbarwnych ciałek w krwi nie powiększa się.

W. Mayzel.

(*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 4. 1886).

Wiadomości bieżące.

Warszawa. Dowiadujemy się, iż tutejsza gmina żydowska nareszcie zdecydowała się przystąpić do budowy nowego szpitala. Ma on stanąć na gruncie gminnym za rogatką Wolską. Wybór miejsca naszym zdaniem nieodpowiedni, gdyż wiejące wiatry przez większą część roku z tamtej strony nie bardzo czynią odpowiedniemi Wołę do budowy szpitala mającego być przeznaczonym także i dla chorób zakaźnych; dalej znajdują się tam już 2 szpitale, a przytem nie znajdowałby się wśród ludności, dla której będzie przeznaczonym.

— Rada Miejska Dobroczynności Publicznej ogłosiła konkurs na wakujące posady ordynatorów płatnych w szpitalach Pragskim i Ś-go Łazarza. Konkursy będą miały miejsce w d. 31 Marca i 7 Kwietnia roku bieżącego.

Genewa. Z inicjatywy D-ra HALTENEHOF'a, a kosztem okulistów szwajcarskich, wzniesionym został w końcu roku zeszłego na cmentarzu w Grand-Sacconex [kanton Genewski] pomnik dla zmarłego w Genewie w r. 1762, wynalazcy metody operacji żądmy przez wydobycie jej (*extractio*), JAKÓBA DAVIEL'a.

Berlin. 15-szy kongres Towarzystwa niemieckiego dla chirurgii, odbędzie się tu 7—10 Kwietnia r. b..

Londyn. Zawiązało się tu pod prezydencją znanego specjalisty HUGHLINGS-JACKSON'a Towarzystwo neurologów.

Wiesbaden. Odbędzie się tu w dniu 14—17 Kwietnia r. b. 5-ty kongres dla wewnętrznej medycyny.

Paryż. W d. 7 b. m. nastąpiło tu publiczne otwarcie w Collège de France pomnika dla CLAUDE BERNARD'a. Odpowiednie przemowy wygłosili P. BERT, BERTHELOT, FRÉMY, RENAN i inni.

Ud Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. Z powodu przedwczesnych i niedokładnych zawiadomień, dotyczących uczczenia 25-cio-letniego jubileuszu Szanownego prof. I. BARANOWSKIEGO, któreby mogły zainteresowane tą uroczystością koła w błąd wprowadzić, Warszawskie Towarzystwo Lekarskie uważa za obowiązek swój podać do publicznej wiadomości, iż dotąd ani termin, ani forma tego obchodu nie są postanowione.

Z upoważnienia komitetu, Sekretarz stały
D-r Szokalski.

P. S. Uprasza się pisma, które poprzednio w tym względzie doniesienia ogłosiły, o łaskawe powtórzenie niniejszej wiadomości.

Porządek dzienny posiedzenia bijologicznego Towarzystwa Lekarskiego, odbyć się mającego dnia 26 Lutego 1886 jest następujący:

- 1) Prof. SZOKALSKI. O użyciu środków gimnastycznych w leczeniu chorób oczów.
- 2) MAJKOWSKI. O niektórych ośrodkach i metodach leczenia chorób skórnych i wenerycznych używanych obecnie w klinikach wiedeńskich.
- 3) POLAK. O praktyce szczepienia ospy.

Prace oryginalne w polskich czasopismach lekarskich.

Medycyna Nr. 7. NEUGEBAUER. Przypadek pomyślnego wyleczenia wycieowania przewlekłego macicy [C d.].

Przegląd lekarski Nr. 7. ROSNER. Zakończenie odbytnicy w pochwie przyczyną zaparcia żywota i zbroczenia w przebiegu porodu. — MARCISIEWICZ. Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznej za r. 1883 i 1884. — OBTUŁOWICZ. O dyfteryi [C. d.]. — BLUMENSTOK. Otrucie sinkiem potasu czy śmierć naturalna? [C. d.].

NADESŁANO DO REDAKCYI:

Sprawozdanie z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok III. 1-84. [Niezmiernie cenne wydawnictwo, podające w streszczeniu prace z dziedzin wymienionych zawarte w 37 wydawnictwach lub czasopismach polskich].

ADAMKIEWICZ. O krążeniu krwi w komórce zwojowej [Odbitka z Przegl. lek.].

ODPOWIEDZI REDAKCYI.

D-rowsi Br. H. w Włoszczowie. Możemy powiadomić Szanownego Kolegę, że w r. 1883 właściwe władze, pragnąc opracować dokładny projekt w kwestyi felczerskiej, odniosły się do urzędów lekarskich gubernijalnych, by dały odpowiedź na szereg odnośnych pytań. Towarzystwo lekarskie Warszawskie, chcąc ze swej strony przyczynić się do rozjaśnienia podniesionej kwestyi, mającej tak doniosłe znaczenie, wyzna żyło *ad hoc* komitet, poruczywszy mu wyczerpujące zbadanie rzeczy, w tym celu aby dane na tej drodze zebrane przedstawić właściwej władzy.

Opracowawszy bardzo szczegółowo odnośny materyjał, komitet przedstawił Towarzystwu pewną liczbę wniosków, które *in gremio* przedyskutowano i w dniu 25 Września 1883 roku zaakceptowano.

Wnioski te wraz z motywami znajdzie Szanowny Kolega wydrukowane w „Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego” za 1884 r. Zeszyt I i II.

Na losy wspomnianych wniosków nie mając żadnego wpływu, nic pod tym względem powiedzieć nie możemy.

Do dzisiejszego N-ru GAZETY LEKARSKIEJ dołącza się bezpłatnie dla prenumeratorów prowincjonalnych: Wyciąg z cennika składu i hodowli nasion „Ogrodnik Polski”.

Wydawca Dr. St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny Dr. Wł. Gajkiewicz.

Довзгоно Ценаурою Варшава, 17 Феврала 1886 г. Друк К. Ковалевского. Крѳлевска. Nr 29.