

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ: Rozprawy. Rozcięcie tchawicy przy tak zwanych suchotach gardlanych. Podał dr. med. Alfred Sokołowski.—Sreszczenia i wyciągi. 360. O zapaleniu mięśnia sercowego przy błonicy. 361. Nowy przyrząd do torakocentezy. 362. Kilka doświadczeń nad sztucznym ochładzaniem i ogrzewaniem zwierząt ciepłokrwistych. 363. Wrzód żołądka, jego zablźnienie i stosunek do raka.—Korespondencye „Medycyny.” Listy z Londynu. Podał dr. Leopold KATSCHER.—Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.—Ogłoszenia.

Rozcięcie tchawicy (*Tracheotomia*) przy tak zwanych suchotach gardlanych (*Phthisis seu tuberculosis laryngis*).

Podał dr. med. Alfred Sokołowski, ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

Owrzodzenia gruczołowe krtani a szczególnie mające swoje siedlisko na strunach głosowych wywołują nieraz objawy duszności, która bywa bardzo często kładzioną na karb zmian suchotniczych w płucach zazwyczaj towarzyszących zmianom gruczołowemu krtani. Duszność owa przychodzi do skutku z jednej strony przez zgrubienie strun głosowych wywołane bujaniem tkanki łącznej na około miejsc owrzodziały; częściej jednakże ma to miejsce wskutek obrzęku strun również spowodowanego owrzodzeniami gruczołowymi. Duszność tylko co wspomniana by a zazwyczaj umiarkowanego stopnia, przy zachowaniu się spokojnem bywa ona niemal żadna i z łatwością lekko utrudniony oddech można uważać za zależny od zmian istniejących w płucach; natomiast ruch a szczególnie forsowniejszy, przedewszystkiem wejście na schody wywołuje silniejszą duszność z objawami wyraźnemi zwężenia głośni t. j. charakterystycznym oddechem świszczącym, który zazwyczaj szybko ustępuje aby zrobić miejsce zwykłemu nieco utrudnionemu i przyspieszonemu oddychaniu. Są jednakże przypadki, na szczęście nie zbyt częste w których objawy silnej duszności z charakterem oddechu znamionującego zwężenie głośni występują stale, chorzy nawet przy zupełnym spoczynku oddychają z trudnością, oddech staje się świszczącym, najmniejsze zaś zmęczenie, nawet mowa dłuższa, ujście kilkunastu kroków, silny napad kaszlu i t. p. potęguje duszność do wysokiego stopnia, wywołując niemal napady duszenia (*asphyxia*). Wreszcie istnieje jeszcze kategoria pacjentów gdzie objawy zwężenia głośni występują bardzo szybko na pierwszy plan, chorzy tacy przedstawiają obraz rozpaczliwy, duszność w ciągu dni kilku wzmaga się szybko, oddech jest stale świszczącym, coraz bardziej występują na jaw objawy zatrucia kwasem węglanym, chorzy ani minuty spać nie mogą, jednym słowem grozi im szybko śmierć z zaduszenia.

Zachodzi pytanie co należy robić w tego rodzaju przypadkach, czy tracheotomia robiona wówczas jest jedynie tylko *indicatio vitalis*? Czy też



rękoczyn ów może mieć inne bardziej doniosłe znaczenie? Przeglądając odpowiednią pod tym względem literaturę specyjalną przekonamy się, że zdania autorów mało bardzo różnią się od siebie, wszyscy oni jako to: TÜRK, STÖRK, ZIEMSEN, PIENIAŻEK i wielu innych, uważają tracheotomję jedynie za środek poljatywny jako *medicatio vitalis* nie przypisując mu bynajmniej najmniejszej innej doniosłości. Aby o tem nabrać istotnego przekonania, pozwalam sobie przytoczyć słowa dwóch najznakomitszych laryngologów Angielskich pomieszczone w najnowszych pracach odpowiednich i tak: MORELL MAEKENZIE (*Die Krankheiten des Halses etc. Deutsch von Semon* Berlin 1880 p. 520) mówi: „Jeśli w przebiegu suchót płucnych występuje silna duszność, to należy dokonać przecięcia tchawicy, rezultat jednakże tej operacyi jest w ogóle biorąc jedynie ten, że przedłużamy na jakiś czas i tak wielce nędzny żywot chorego”. Mniej więcej to samo powiada SOLIS COHEN (*Diseases of the Throat etc. New-York 1880 p. 516*) mówiąc: „Operacya owa (t. j. tracheotomia) ani pośrednio ani bezpośrednio niema najmniejszego wpływu kuracyjnego na sprawy istniejące w krtani i jedynie jest wskazaną przy objawach duszenia się; z pacjentów u których dokonano takowej przedłużono im życie najwyżej na kilka tygodni lub miesięcy (maximum sześć miesięcy w jednym przypadku).”

Obok autorów potępiających w ten sposób znaczenie jakiekolwiek bardziej doniosłe przecięcia tchawicy przy owrzodzeniach gruczliczych krtani, istnieje zaledwie kilku autorów którzy tejże operacyi starają się przypisać donioslejsze, a nawet lecznicze znaczenie. Do tej to kategorii zaliczyć należy przedewszystkiem rodaka naszego SERKOWSKIEGO który w pracy swojej pomieszczonej w Przeglądzie Lekarskim Krakowskim w roku 1877 p. t. Rozcięcie tchawicy w zboczeniach gruczliczych krtani, opisuje dwa wielce interessujące pod tym względem spostrzeżenia które tu pokrótce streszczam:

Spostrzeżenie I. 18-letnia dziewczyna kaszle od dwóch lat, jednocześnie prawie wystąpiła u niej chrypka stopniowo zwiększająca się, ostatnimi czasy występują ataki silnej duszności zwłaszcza w nocy dochodzące niemal do bezdechu. Badanie fizykalne wykonane przez autora w końcu Listopada 1869 wykazało: silną duszność, sinicę, oddech gwizdzący aż w drugim pokoju słyszalny. W płucu znaleziono rozległe zgęszczenie u prawego szczytu. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało znaczne zwężenie szpary głosowej, zgrubienie więzadeł i zmniejszoną ich ruchomość przy wydawaniu głosu, zaczerwienienie błony śluzowej nagłośni, chrząstek nalewkowych i w ogóle całego otoczenia wiązadeł. Stan chorej pogarszał się szybko tak, że w dni kilka autor znalazł chorą od przytomności odchodzącą, oddech był jeszcze bardziej swiszczący, głos cichy bez dźwięku. 5-go Grudnia wykonano tracheotomję. Stan chorej natychmiast się poprawił znacznie, następnie stopniowo ulegał coraz większemu polepszeniu, po pół roku przy użyciu mleka, wody Szczawnickiej i miejscowego pędzlowania krtani roztworem azotanu srebra chora niemal zupełnie przyszła do siebie, nabrała ciała, przestała tak wiele flegmy wyrzu-

cać; kaszel w zupełności ustał dopiero po roku, a rurkę musiała nosić przez dwa lata; stopniowo przyzwyczajoną chorą do oddychania drogą zwyczajną przez zatykanie rurki koreczkiem a po dwóch latach rurkę dopiero na zawsze wydalono. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało obecność tylko zgrubień strun głosowych. Stępienie odgłosu wypukowego jeszcze po dwóch latach dawało się wykazać, ale było tylko nieznacznym. Autor widywał chorą od tej pory od czasu do czasu cieszącą się dobrem zdrowiem i doskonale odżywianą.

S p o s t r z e ż e n i e II. Kobieta lat 30 licząca przyjęta do szpitala 1874 r. ma od roku ciężki i krótki oddech, który w dzień przy najmniejszym zmęczeniu wzmacnia się, a w nocy chorą ze snu zrywa, głos cichy bez dźwięku, kaszel częsty, tętno 92. Badanie klatki piersiowej dało rezultat ujemny, badanie wziernikiem krtaniowym wykazało zgrubiałe więzadła głosowe ku sobie zbliżone i mało ruchome, owrzodzeń zauważyć nie można było. Dla ocalenia życia chorej wykonał autor 14 Sierpnia laryngotomję. Chora szybko się poprawiała i w 4 tygodnie po dokonanej operacji opuściła szpital, kaszel się zmniejszył, stan ogólny poprawił znacznie. Chora owa przez 2½ roku, cieszyła się niezłym zdrowiem żyjąc wśród zupełnie złych warunków i zmuszoną będąc ciężko pracować. W końcu Listopada 1876 zachorowała gwałtownie wśród objawów kaszlu, gorączki i t. p. zmarła 18 Listopada. Badanie pośmiertne wykonane przez autora, wykazało: obok procesu ostrego zapalnego, 2 jamy u szczytu prawego płuca, wielkości tureckiego orzecha, w lewym płucu kilka zkredowaciących gruzelków, w krtani znaleziono struny głosowe zgrubiałe, przestrzeń pomiędzy nimi tak wąską, iż zaledwie dla cienkiego zgłębnika była drożną, błona śluzowa na nakrywce i chrząstkach nalewkowych nieco zgrubiała, zresztą ani blizn, ani owrzodzeń, ani gruzelków w krtani znaleźć autor nie mógł.

Z innych autorów podaje RIPLEY (cytowany przez MACKENZIEGO) również dodatnie wielce wyniki. Pracy tej jednakże nie znam w oryginale.

Przystępuję obecnie do moich własnych spostrzeżeń. W ciągu roku bieżącego spostrzegałem w szpitalu Ś-go Ducha 3 odpowiednie przypadki które tu pokrótce opisuję.

S p o s t r z e ż e n i e I. Anna B. lat 27 mająca przyjęta była na mój oddział 20 Marca 1883 r. z powodu bardzo silnej duszności. Chora w wysokim stopniu wyniszczona, wśród niezwykle silnej duszności z zupełnie bezdźwięcznym głosem opowiedziała mi następującą anamnezę: cieszyła się ona zawsze dobrem zdrowiem, w 22 roku wyszła za mąż, 4 razy rodziła prawidłowo, 2 dzieci umarło, 2 dotychczas się chowa i są zupełnie zdrowe. Przed 9 miesiącami myjąc podłogę pacjentka silnie ochrypła, jednocześnie poczuwszy silny ból gardła, ból ustąpił, głos jednakże wcale nie powrócił, przed 5 miesiącami chora odbyła ostatni poród i mniej więcej od tego czasu zaczęła powoli występować duszność, która stopniowo się zwiększając w ostatnim miesiącu dosięgła znacznego natężenia,

do tego stopnia, że chora po najmniejszym wysiłku doznawała prawie ataków duszenia się. Ataki takowe występowały nawet nocą, bez żadnej przyczyny wśród zupełnego spokoju, w ostatnim tygodniu stan pogorszył się niezwykle, chora niemal wcale nie spała nie jeść nie mogła, istniała ciągle duszność z oddechem wyraźnie świszczącym, nocami występowały silne ataki bezdechu. Przy badaniu, znaleźliśmy stan następujący: wyniszczenie niezwykle silne, stan bezgorączkowy, twarz zlekka cyanotyczną, kończyny chłodne, tętno drobne, oddech niezwykle silnie utrudniony z wyraźnie świszczącym wdechem; badanie krtani wykazało: tylna ścianka krtani i nadgłośnia blade, struny głosowe prawdziwe zbrzęknięte, pokryte na całej przestrzeni drobnymi owrzodzeniami i granulacjami, z lewej strony owrzodzenia rozciągają się i na zatokę Morganię, szpara głosowa znacznie zwężona, w płucach znaleziono stopień odgłosu opukowego u prawego szczytu, tamże przy osłuchiowaniu znaleziono oddech mocno wydłużony i nieco rzężeń. Chora wyrzuca nieznaczną ilość śluzo-ropnej płwociny, inne organa nie przedstawiały zboczeń wyraźnych.

Dnia następnego, stan chorej przedstawiał się daleko gorzej, oddech stał się silnie stenotycznym, wystąpiły wyraźne objawy poczynającego się zatrucia kwasem węglanym. W obec tego w celu ratowania życia chorej uproszony przezemnie dr. JAWDYŃSKI asystent kliniki chirurgicznej dokonał dnia tegoż o god. 12 przecięcia tchawicy za pomocą przyrządu Paquelin'a. Chora natychmiast zaczęła oddychać swobodnie, objawy sinicy szybko ustąpiły. Noc przepędziła zupełnie dobrze, będąc w stanie spać kilka godzin z rzędu. Od tej chwili chora zaczęła się poprawiać b. szybko, sen powrócił, duszność znikła, apetyt wrócił, stan ogólny poprawił się szybko. W końcu Kwietnia chora opuściła szpital, przy wyjściu, stan następujący: stan ogólny uległ znakomitej poprawie, chora może chodzić swobodnie, bez wysiłku, przy zatknięciu rurki tracheotomijnej występuje tylko nieznacznie utrudnione oddychanie, kaszel b. mały, z nieznaczną ilością śluzo-ropnej płwociny. W krtani na strunach owrzodzenia pozostają, obrzęk i nacieczenie koło nich bardzo nieznaczne, szpara głosowa daleko mniej zwężona. W końcu Maja chorą widziałem znowu, stan jej uległ jeszcze większej poprawie, siły wzmożyły się znakomicie, była ona w stanie przyjść pieszo bez zmęczenia z Nowej Pragi do szpitala (około 4 wiorst), kaszel był bardzo nieznaczny, u prawego szczytu istniało nieznaczne stopienie i wydłużony oddech, rzężenia zniknęły, w krtani objawy obrzęku około głośni zniknęły, owrzodzenia na strunach przedstawiały się mniej wyraźnymi, oddychanie nawet przy zamkniętej rurce tracheotomijnej było prawie zupełnie prawidłowe.

Sp o s t r z e ż e n i e II. P. lat 40 mający przybył w końcu Sierpnia r. z. do szpitala z powodu kaszlu i silnej chrypki od lat kilku trwającej. Pacjent doznawał kilkakrotnie obfitego krwioplucia, miał on jakoby przed laty kilkunastu przechodzić *lues*, i w skutek tego ostatniemi czasy, w ciągu kilku miesięcy używał dużych ilości przetworów jodowych ale bezskutecznie. Pacjenta po raz pierwszy widziałem w początkach Stycznia roku

bież. a badanie wspólne z kolegą KWIETNIEWSKIM wykazało stan następujący: stan bezgorączkowy, odżywianie ogólne dosyć liche, duszność silna z wyraźnym oddechem świszczącym, bezgłos zupełny, od czasu do czasu występują silne ataki duszności, pacjent kaszle wiele odrzucając w znacznej ilości ropiastą płwocinę.

Badanie płuc wykazało rozległe stępienie u prawego szczytu, tamże oddech nieokreślony i znaczną ilość rzężeń dźwięcznych.

Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało nieznaczne zbrzęknienie tylnej ścianki krtani, liczne owrzodzenia na obu strunach prawdziwych, znaczne zgrubienie i obrzęk tychże, wskutek czego szpara głosowa przedstawiała znaczny stopień zwężenia.

Inne organa nieprzedstawały zboczeń. Apetyt był dobry, pacjent od czasu do czasu pocił się silnie nocą.

Ponieważ duszność zwiększała się znacznie grożąc zaduszeniem przystąpiono więc w końcu Stycznia do przecięcia tchawicy (tracheotomia), którą również jak i poprzednio dokonał kolega JAWDYŃSKI. Stan pacjenta od tej chwili ulegał powolnej lecz stopniowej poprawie, duszność ustąpiła zupełnie, stan ogólny uległ znacznie poprawie, chory opuścił w początkach Czerwca szpital udając się na wieś a wówczas znaleźliśmy stan następujący: siły dobre, ogólne odżywianie również. Pacjent wyrzuca dość znaczną ilość ropiastej płwociny, oddychanie swobodne nawet przy zamkniętej rurce tracheotomijnej. Stan pozostaje bezporączkowym. W płucach objawy rozległego zgęszczenia pozostają. Ilość jednakże rzężeń dźwięcznych zmniejszyła się. W krtani obrzęk i zgrubienie strun znacznie się zmniejszyło, również owrzodzenia na strunach głosowych przedstawiają się mniej wyraźnemi.

Trzeci podobny przypadek lecz z wynikiem ujemnym spostrzegałem wspólnie z kolegą PACANOWSKIM również w szpitalu Ś-go Ducha. Podaję go tu pokrótce: T. lat 35 mający przybył w Listopadzie r. z. do szpitala z powodu kaszlu i duszności, kaszel ów trwał od kilku lat, od wiosny chrypka, na tydzień zaś przed wstąpieniem do szpitala wystąpiła silna duszność. Pacjent kilkakrotnie doznawał obfitego krwiopłucia. Lues nigdy nie przechodził. Przy przyjęciu znaleziono: silne wyniszczenie, stan bezgorączkowy, oddech trudny, wymowa wyraźnie świszcząca, od czasu do czasu występują silne ataki duszności. W płucach znaleziono objawy rozległych zgęszczeń miąższu u obu szczytów szczególnie prawego z objawami poczynającego się rozpadu. Badanie wziernikiem krtaniowym wykazało: zbrzęknienie i owrzodzenia na tylnej ściance krtani. Silne zbrzęknienie i zaczerwienienie obu strun prawdziwych, struny owe przedstawiały się pod postacią grubych czerwonych watków zwężających znacznie szparę głosową.

Z powodu wzmagającej się duszności dokonano 24 Listopada (dr. JAWDYŃSKI) choremu przecięcia tchawicy. Pacjent poprawił się chwilowo, oddech stał się swobodnym. Wkrótce jednak przyłączyła się gorączka

przyjmując charakter gorączki hektycznej, objawy zniszczenia postępowały szybko, głos wcale się nie poprawił, łykanie stawało się coraz trudniejsze, a pacjent przy objawach coraz większego wycieńczenia zmarł 17 Grudnia 1882 r. Badanie pośmiertne (prof. LAMBL) wykazało: *Ulcera tuberculosa laryngis in superficie poster. in chordiis spur. et veris, luxatio cart. aryth. dextrae. Perichondritis et chondritis cart. arythno. sinis. Adhesion. pleurae. Caverna in apice pulm. dextri. Indurationes in lobis super. utriusque pulmon. cum Peribronchit. et Pneumon lobul. caseos. Tracheobronchitis diffusa.*

Dwie pierwsze powyżej przytoczone obserwacje zdaniem mojem przedstawiają wielką doniosłość praktyczną i stanowią przyczynek do odpowiedzi na pytanie postawione na początku niniejszej pracy. W obu mieliśmy do czynienia z nieulegającą kwestyi sprawą suchotniczą płucno-gardlaną (*Pneumo-laryngo-phthisis*), w obu dominowały objawy krtaniowe powodujące silne objawy duszności która stopniowo potęgując się doprowadziła do ataków grożących zaduszeniem, w obu razach tracheotomia na razie uczyniona uratowała życie chorym obok jednakże tego wywarła ona i następczo niewytkle korzystny wpływ na stan chorych jako wyżej szczegółowo opisałem, jedna bowiem z chorych po upływie dwóch miesięcy nie tylko że się poprawiła znacznie w stanie ogólnym ale i miejscowo process w krtani uległ poprawie. Toż samo jeszcze w wyższym stopniu daje się powiedzieć o przypadku drugim. I nic dziwnego, oddechanie swobodne, spokój zupełny krtani, ów moment niesłychanie ważny przy leczeniu wszystkich cierpień krtaniowych przez dokonanie tracheotomii został w idealny niemal sposób urzeczywistniony, a wiadomo wszystkim jak trudno chorzy krtaniowi zachowują milczenie nawet najrozsądniejsi. Przy tego rodzaju więc warunkach odpowiednia terapia zastosowana na zasadnicze cierpienie jest w istocie w stanie przynieść po dokonanej tracheotomii istotną korzyść chorym, którzy bez niej zginęli by szybko niechybnie. W trzecim przypadku rezultat był niepomyślny, jako jednakże badanie pośmiertne wykazało, zmiany płuco-krtanowe były niezwykle rozległe aby można było myśleć o poprawie i w istocie tracheotomja stanowiła tylko symptomatyczne leczenie w tym razie.

Kwestyą ową poruszam dla tego, aby bezstronna dalsza obserwacya u nas wykazała, o ile szerzej zastosowana owa metoda jest w stanie być istotnie pożyteczną, sam zaś nieomieszkam w następstwie podać opisu dalszych losów opisanych przypadków.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

360. UNRUH, dyrektor szpitala dziecięcego w Dreźnie. O zapaleniu mięśnia sercowego (*myocarditis*) przy błonicy (*diphtheria*). Prace STEFFENA o ostrym rozszerzeniu serca i LEYDENA o zapaleniu mięśnia sercowego po błonicy, skłoniły autora do ściślejszego zbadania objawów ze strony serca, występujących niekiedy podczas wspomnianej choroby lub po jej ustąpieniu. Liczba spostrzeganych przez niego przypadków nie jest wielka. Je-

dnakże zawsze jednakowy sposób występowania objawów ze strony serca, jakoteż pewna prawidłowość w kolejności ich występowania, upoważnia autora do ogłoszenia swych spostrzeżeń i wyprowadzenia z nich wniosków. Zdarzają się przypadki, iż dzieci po przebyciu szczęśliwem błonicy, umierają nagle na porażenia serca. Badanie pośmiertne wykazuje u zmarłych w ten sposób: rozszerzenie serca, szczególnie prawej połowy, mięśnie sercowe łatwo się rozrywają, posiadają zabarwienie szare lub żółtawe a zmiany te zależą od nacieczenia tłuszczowego lub od mniej lub więcej rozprzestrzenionego przeistoczenia tłuszczowego w mięśniach sercowych. Łatwo więc w takich razach zrozumieć przyczynę śmierci, ale badanie pośmiertne nie tłumaczy nam nagłości wystąpienia śmierci. Ponieważ nie można przypuścić, aby przeistoczenie tłuszczowe nastąpiło w ciągu kilku godzin, jest więc bardzo prawdopodobnem, iż sprawa ta jest następstwem pewnego cierpienia serca podczas błonicy i po jej przebiegu, które to cierpienie LEYDEN oznaczył jako zapalenie mięśnia sercowego (*myocarditis*). Pogląd ten nie opiera się jeszcze na ścisłych studyach klinicznych objawów cierpień serca przy błonicy, ani nie jest poparty badaniami anatomiczno-patologicznymi, któreby wykazały wszystkie fazy procesu od zapalenia mięśnia sercowego aż do nacieczenia i przeistoczenia tłuszczowego. Nie ulega jednak wątpliwości, że pogląd ten jest bardzo prawdopodobny, a w każdym razie zwraca on uwagę klinicystów na ważne powikłanie błonicy, zbadanie bliższe którego może w przyszłości przyczynić się do usunięcia w praktyce wspomnianych przypadków nagłych śmierci po błonicy. Wspomniane cierpienie serca przedstawia się jako choroba ostrawo (*subacute*) przebiegająca, przy gorączce umiarkowanej albo też bez niej, charakteryzująca się rozszerzeniem serca szczególnie prawego, tętnem małym, bardzo częstym i nieregularnem, połączona z pewną liczbą objawów obojętnych i następnych i kończąca się najczęściej (przynajmniej u dzieci) w ciągu kilku tygodni wyzdrowieniem. Autor cierpienie to spostrzegał 8 razy na 237 dzieci chorych na błonicę i 1 raz na 33 chorych na płonicę, razem 9 przypadków. Wiek chorych wahał się między 6 a 12 rokiem życia, a zatem cierpienie trafia się zwykle u dzieci już większych. Autor nie znajduje żadnych szczególnych przyczyn, któreby poprzednio działały przeistaczająco na serce, chyba tę okoliczność, że wszyscy jego chorzy należeli do najniższych klas ludności. U żadnego z tych 9 chorych nie było przedtem żadnego śladu cierpienia serca, ani też nie dała się wykazać dziedziczność. We wszystkich przypadkach jedynym momentem przyczynowym była błonica, a w jednym i płonica. Cierpienie serca rozwijało się tylko po takich błonicach, w których nie tylko migdałki, lecz i obydwa łuki podniebieniowe i języczek były siedliskiem nalotów zgorzelinowych, brudnych, mocno cuchnących, po odpadnięciu których pozostawały owrzodzenia głębokie i powoli się zablizniające. Łatwo zrozumieć, iż podobne owrzodzenia sprzyjają rezorbeyi substancyj zakażających. Cierpienie serca nie występuje nigdy na wysokości procesu błonicznego, ale dopiero wówczas, gdy ten ostatni zaczyna się ograniczać. Początek cierpienia serca w obserwowanych przez autora 9 przypadkach zaczynał się od 7—20 dnia po rozpoczęciu się błonicy. W jednym z tych przypadków, zakończonym śmiercią, cierpienie serca zaczęło się w 12 dniu choroby błonicowej, a śmierć nastąpiła w 23 dniu, tak, iż cierpienie serca trwało dni 11. Musimy dodać, iż autor w przypadkach ciężkich błonicy krtaniowej nigdy nie widział owego cierpienia serca. Pochodzić to może z powodu, iż tacy chorzy umierają zbyt wcześnie, zanim się choroba serca rozwinąć zdoła, albowiem i u chorych, którzy po operacji przecięcia krtani przyszli do zdrowia, autor także następnie cierpienia serca nigdy nie obserwował. Co

się tyczy objawów zajmującej nas choroby, to pierwszym i nigdy nie brakującym objawem jest tętno małe i próżne (*leerer puls*). Spostrzegamy mianowicie, że u takich chorych tętno, posiadające pełność odpowiednią do wieku, stopnia odżywienia, gorączki towarzyszącej błonicy i t. d. — bez wyraźnej przyczyny staje się nagle próżnem, łatwo daje się uciskać i staje się przerywanem. Częstość tętna bywa z początku niezmienioną, albo nawet znacznie opada. Po 24—36 godzinach tętno staje się częstem (160—180 uderzeń nawet u dzieci starszych), przytem nieregularnem, bardzo często przerywanem. Częstość się wzmacnia przy poruszeniach ciała, ztąd chorzy inktykownie stale pozostają w położeniu na grzbiecie. Okres ten trwa rozmaicie, od kilku dni aż do 6 tygodni. W przypadkach pomyślnie się kończących, stopniowo, ale powolnie tętno staje się mniej częstem, rzadziej przerywanem, z powracającymi siłami ciała fala tętna staje się silniejszą, chociaż przez długi czas jeszcze spostrzedz możemy nienormalności w jego własnościach. Odpowiednio do własności tętna zachowuje się serce. Przy oglądaniu i macaniu okolicy sercowej przekonywamy się, że uderzenia serca są słabsze jak dni poprzednich. Tętnu małemu i próżnemu odpowiada zmniejszone wstrząsanie klatki piersiowej, lecz uderzenie serca spostrzegamy więcej posunięte ku stronie prawej, nigdy ku lewej. Opukiwanie serca wykazuje wyraźne powiększenie jego rozmiarów ku stronie prawej i co do formy podobne jak przy niedostateczności zastawki dwudzielnej. We wszystkich przypadkach tępość serca przechodzi na 5-em żebrze środek mostka, w 3 przypadkach na tej linii dosięgała prawego brzegu mostka, a w 2 przypadkach przechodziła po za ten brzeg na szerokość palca. Objawy rozszerzenia serca występują wyraźnie już w 24 godzin po opisanych zmianach w tętnie; objawy te potęgują się razem z powiększeniem się częstości tętna i rozszerzenie serca zmniejsza się stopniowo razem z tętnem powolniejszym, jakkolwiek przez długi czas jeszcze i po chorobie, przy tętnie prawidłowem dzieci przedstawiają wyraźne znaki rozszerzenia serca prawego. Przy osłuchiwaniu serca pierwszego dnia nie słyszemy nic nieprawidłowego z wyjątkiem przerw w pojedynczych uderzeniach. Wkrótce jednakże konstatujemy o tyle rytm zmieniony, iż obydwa tony przestają się różnić w swem natężeniu—serce zaczyna bębnić, co pochodzi ztąd, iż pierwszy ton traci na natężeniu i oba tony stają się równie silne a raczej jednakowo słabe. We wszystkich przypadkach na wysokości choroby obok pierwszego tonu występował szmer bardzo podobny do szmeru spotykanego u błędnicowych, nigdy jednak tony nie zniknęły, lecz zawsze dały się wysłuchać, jakkolwiek były słabe i przez szmer przykryte. Trzeba dodać, że wszystkie objawy nieprawidłowe ograniczyły się albo głównie do serca prawego, albo też w niem przedstawiały główne natężenie. Objawów podmiotowych zwykle nie bywa, czasem występuje uczucie klócia w okolicy serca. W pierwszych dniach choroby serca następowało zwykle nie wielkie podniesienie ciepłoty ciała, lecz wątpliwem jest, czy to zależy od cierpienia serca, czy też od istniejącego jeszcze miejscowego cierpienia błonicowego. Nigdy nie spostrzegaliśmy nadzwyczajnego podniesienia ciepłoty. Podobnie nie bywa dreszczów (przynajmniej u dzieci), ani potów, owszem, skóra bywa sucha i chłodna. W systemacie naczyniowym, oprócz zmian opisanych w tętnie, nie spotykamy żadnych zmian. Nie widzimy krwotoków na błonach śluzowych lub w skórze. Chorzy są bardzo mało-krwiści i odżywianie ich mocno jest podkopane. U wszystkich chorych spostrzegaliśmy sennosć i apatję do wykonywania wszelkich ruchów. Ze strony organów oddechowych nie występują żadne ważniejsze objawy. Mimo nadmiernej częstości tętna, mimo uporczywej nieregularności w działanośc

cordialangst), ani na duszność. Wiedząc o ile u dorosłych każda nieprawidłowość w działalności serca wywołuje groźne napady astmatyczne i uczucie niepokoju, autor dziwił się tolerancji organizmu dziecięcego na podobnie szkodliwe wpływy. Ztąd brak duszności nie uwalnia lekarza od ścisłego kontrolowania serca u dzieci w tych przypadkach. Być może, iż apatya, będąca także wyrazem zmniejszonej wrażliwości ogólnej na bodźce, jest powodem braku objawów, o których mowa. Organy trawienia prawie zawsze funkcjonują prawidłowo. Mała potrzeba jedzenia pochodzi raczej z apatii, aniżeli z braku apetytu. W jednym przypadku przy ogromnem powiększeniu serca, wątroba uległa także znacznemu powiększeniu; po ustąpieniu jednak zaburzeń sercowych zaczęła się zmniejszać, jakkolwiek objawy zastójne przez długi czas jeszcze się utrzymywały. Szczególny interes przedstawia udział nerek w tem cierpieniu. We wszystkich obserwowanych przez autora przypadkach, w czasie największego rozwoju błonicy, występował zawsze białkomocz bez zmniejszenia ilości moczu. W pięciu przypadkach, w początku choroby serca były jeszcze małe ilości, prawie ślady białka w moczu; w czterech zaś przypadkach w czasie rozpoczynania się choroby serca białkomoczu już nie było. Natychmiast po rozwinięciu się choroby sercowej białkomocz na nowo się pojawił. Wydzielane ilości białka były bardzo znaczne, przewyższały ilości wydzielane w czasie błonicy, ilość moczu bardzo się zmniejszała i występował nawet obrzęk, a w jednym przypadku i puchlina brzucha. Takie objawy spostrzegał autor przy cierpieniu serca przy błonicy w 9 przypadkach. Jak widzimy, choroba rozwijała się powolnie i z wyjątkiem jednego przypadku, pomimo groźnych objawów, kończyła się wyzdrowieniem. Autor wspomina jeszcze o czterech innych przypadkach, w których rekonwalescenci po ciężkiej błonicy, nie przedstawiający wyraźnych objawów cierpienia serca, umarli nagle lub prawie nagle na porażenie serca, a badanie pośmiertne wykazało u nich przeistoczenie tłuszczowe mięśni sercowych. Wiek tych chorych wynosił $1\frac{1}{2}$, $3\frac{1}{4}$, $5\frac{1}{2}$ i 8 lat, a przypadki te skłoniły autora także do skrupulatnego badania serca u rekonwalescentów po błonicy. Z pomiędzy 9 przypadków, dłużej przebiegających, jeden zakończył się śmiercią u chłopca 11-letniego. Badanie pośmiertne serca wykazało zmiany podobne zupełnie do opisanych przez LEYDENA i BIRCH-HIRSCHFELDA. Musimy tu wspomnieć, iż właśnie BIRCH-HIRSCHFELD zwrócił najprzód uwagę na *Myocarditis interstitialis diphtheritica*. Publikacja jednak jego nie zwróciła tej uwagi, na jaką zasługuje szczególnie ze strony klinicystów. Przy badaniu pośmiertnem serca zmarłych na tę chorobę, ÜNRUH znalazł pewną liczbę ognisk bardzo ciemno zabarwionych, rozmaitej wielkości, usadowionych częścią w prawidłowej tkance mięśniowej, częścią w tkance nacieczonoj tłuszczowo i tłuszczowo zwyrodniałej; w niektórych miejscach tkanka mięśniowa przedstawiała własności, jakie przedstawia w sąsiedztwie ognisk ropnych. Pojedyncze pęczki mięśniowe były w wielu miejscach poprzerywane, prążki w części niewyraźne, lub całkiem niewidoczne. Niektóre miejsca przypominały mocno przeistoczenie mięśni sercowych jakie spotykamy w tyfusie. Jako na rzecz ważną, autor zwraca uwagę, iż zmiany te mają charakter ogniskowy, i że ściana prawego serca bywa więcej zajęta, niż ściana serca lewego. Co się tyczy rokowania, to w przypadkach ostrych, takowe jest pomyślne; wypadki zbyt ostro przebiegające kończą się śmiercią. Mowa tu jest naturalnie tylko o dzieciach, u dorosłych bowiem z różnych względów rokowanie może się pogarszać. Wreszcie co się tyczy leczenia opisanego cierpienia, autor początkowo zadawał naparstnicę, lecz takowa nie wywiera tego pomyślnego wpływu, jakiegoby można po niej oczekiwać. Sporysz, zalecany przez STEFFENA, zdaje się działać dość

dobrze. Najskuteczniejsze jednakże działanie wywiera kamfora (0,5/100,2—co 2 godz.), obok tego *tinct. ferr. Bestuscheff.*, wino, koniak, szampan i inne środki wzmacniające. Przypadki ostre i szybko przebiegające nie ulegają wpływowi żadnej terapii. W końcu swej pracy autor zastanawia się krytycznie, czy przypadków lżejszych i zakończonych wyzdrowieniem, a zatem nie stwierdzonych badaniem pośmiertnem — nie możnaby podciągnąć pod nerwice serca i przychodzi do wniosku przeczącego. I w przypadkach lżejszych przyjmuje on cierpienie mięśnia sercowego, lecz takowe, według jego zdania, w jednych przypadkach rozchodzi się zupełnie, w innych zaś przechodzi w przeistoczenie tłuszczowe, które zawsze prowadzi do śmierci.

(*Jahrb. f. Kinderheilk. etc. 1883. T. XX. Zesz. I.*) W. Kosmoski.

361. Nowy przyrząd do torakocentezy podał dr. AUFRECHT; sporządzony według jego pomysłu i używany w ostatnich czasach przez wynalazcę okazał się skutecznie działającym. Figura α przedstawia przyrząd gotowy do wykonania przekłęcia, sztylet wsunięty jest w kaniulę b przez nasadę c i przez otwór a w kranie, mającym formę litery T. Po przekłóceniu klatki piersiowej cofa się sztylet tak daleko, jak to pokazuje fig. β , wskutek tego można kran a na fig. α przekręcić na ćwierć obrotu, przez co kaniula

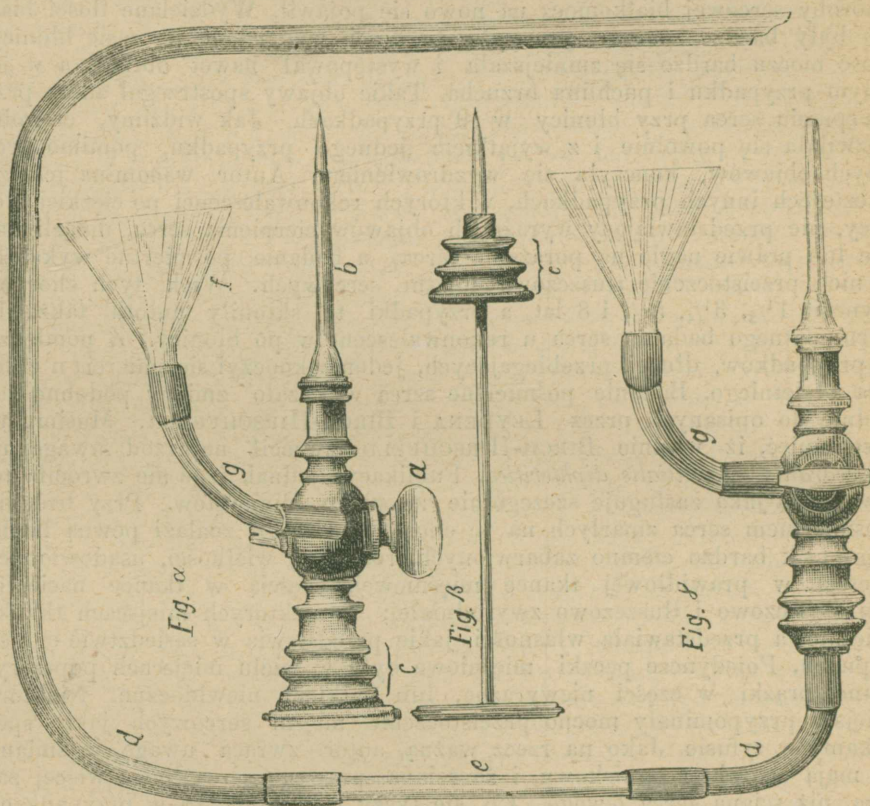


Fig. 5.

wetknięta w jamę piersiową jest zamknięta w zupełności. Następnie zdejmujemy się sztylet razem z nasadą c , wewnątrz której znajduje się pokład gumowy niedopuszczający powietrza i nakłada się na śrubę rurkę gumową, jak to widać na fig. γ . Przy położeniu kranu, takim jak na figu-

rze, istnieje połączenie pomiędzy małym lejkiem szklanym *f* przez rurkę *g* z długą rurką gumową *d*, w którą wstawiona jest szklanna rurka *e*. Jeżeli wtedy wlewać wodę lub roztwór karbolowy przez lejek, to płyn wypływa przez koniec rurki *ded* opuszczonej naturalnie ku dołowi. Przy naciśnięciu krótkiej rurki *g* albo pewniej przy *d* płyn zatrzymuje się. Jeżeli wówczas kran przesuniemy w położenie jak na fig. *α* to nastąpi połączenie z jamą piersiową i na zasadzie działania lewara wysięk zebrany w tej jamie wypływa na zewnątrz. (*Contrbl. f. med. Wiss.* 17—83). *St.*

362. NASAROFF: Kilka doświadczeń nad sztucznem ochładzaniem i ogrzewaniem zwierząt ciepłokrwistych. (*Arch. Virchow'a* 90. 482). K. BAYER: O działaniu oziębiania na głębsze tkanki (*Prager Zeitschr. f. Heilk.* III. 399). Przypuszczenie ROSENTHAL'A, iż tak zwane zaziębienia polegają na odpływie krwi ze skóry do wewnętrznych narządów, stwierdzonem zostało przez AFANASIEWA u zwierząt, u których, po wywołaniu porażenia naczyń skóry za pomocą wysokiej temperatury i następcezm oziębieniu, występowały objawy zapalenia mięszzowego wewnętrznych narządów i przez LASSAR'A, który przy podobnych doświadczeniach znajdował zapalenia śródmięszkowe tychże narządów. NASAROFF badał wpływ nagłego ogrzewania i oziębiania na zwierzęta normalne i poprzednio ogrzane. U psów i królików trzymanych w ciepłocie 38—55° C. następowało podniesienie się ciepłoty, przy czem zwierzęta mniejsze i głodzone, szybciej się ogrzewały niż większe i syte. Zwierzęta ogrzane szybko do 44° C. i zaraz wyjęte, pozostały przy życiu, przy powolnem zaś ogrzewaniu do tegoż stopnia, zdychały, okazując zmiany mięszzowe w sercu, mięśniach, wątrobie i nerkach. Ochładzanie zwierząt dokonywało się w wodzie 0,2—12° przy czem ciepłota in recto spadała często do 14°. I tu okazało się, iż młode zwierzęta trudniej utrzymywały się przy cieple swem niż dorosłe. Jednorazowe oziębienie dorosłych psów do 14°, a królików i kotów do 16° było śmiertelne, przy codziennem oziębianiu, zwierzęta zdychały nawet gdy ciepłota nie była tak niską. Zwierzęta głodzone były mniej wytrzymałe. Przy badaniach pośmiertnych znajdowano zmiany mięszzowe w wątrobie. Zwierzęta ogrzane przed oziębieniem, więcej daleko traciły ciepłota niż normalne i mniej daleko były wytrzymałe. Toż samo spostrzegł autor przy oziębianiu jamy brzusznej przez wprowadzenie rury szklanej oziębionej przepływającym przez nią roztworem soli kuchennej 1—70. Małe stosunkowo zmiany w narządach przy gwałtownem nawet oziębieniu składają autora do twierdzenia, iż teoria ROSENTHAL'A nie wystarcza do objaśnienia nam chorób z zaziębienia powstałych. BAYER wprowadzał u uspiomych psów termometry w dwóch symetrycznych miejscach ciała do jam naturalnych lub sztucznie zrobionych i z jednej strony umieszczał pęcherz lodowy nie dotykając jednak termometru. Ciepłota zniżala się stale w obu termometrach i w odbytnicy, przy czem jednak ze strony oziębionej termometr wskazywał o kilka stopni (do 5°) mniej. Autor wnosi ztąd, iż oziębienie narządu przy miejscowem stosowaniu zimna jest w stosunku odwrotnym do odległości od miejsca oziębionego, dalej zdolność narządu do oddawania ciepła jest w takimże stosunku do jego unaczynienia, wreszcie oziębienie miejscowe pociąga za sobą zniżenie ciepłoty ogólnej. (*Cbl. f. med. Wiss.* 83—19).

363. Wrzód żołądka, jego zabliznienie i stosunek do raka przez G. HAUSER'A Lipsk 1883. Autor zwraca uwagę we wstępie na nader niedostateczne wiadomości nasze o powstawaniu wrzodu żołądka. Jakkolwiek udało się COBUHEIM'OWI za pomocą sztucznego wytworzenia zatoru naczyń żołądka wywołać powstawanie owrzodzeń podobnych z wyglądu swego do przewlekłego wrzodu żołądka, nie posiadały one jednak innych cech jego jak: przebiegu długiego i tak małej skłonności do zabliznienia. Również nie-

liczne są poszukiwania dotyczące histologii wrzodu i samej sprawy zbliznienia, toż zamo się odnosi do pytania o związku między wrzodem a rakiem żołądka. Co się tyczy stosunku między zawałem krwawym błony śluzowej żołądka, a występującym następnie wrzodem, autor przychodzi do wniosków następujących. 1) Zawał prowadzący do wytworzenia wrzodu powstaje wskutek przerwy w krążeniu w tętniczkach przechodzących z błony podśluzowej do śluzowej; przerwa ta powstaje w następstwie zatoru, zakrzepu lub pęknięcia tętniczki. 2) Zawał krwawy prowadzi do wytworzenia się wrzodu tylko w tych razach gdy zaburzenie w krążeniu powstało wskutek miejscowych zmian w samych naczyniach, lub też gdy zmiany towarzyszą zatorowi zkadinał powstałemu. Przewlekły przebieg wrzodu zależny jest od zmian w naczyniach utrudniających potrzebne dla zbliznienia wytworzenie się nowych naczyń. Wielkość wrzodu zależna jest od wielkości zawału i od stopnia zmian w tętnicach. Najważniejszymi ze zmian tych są: stłuszczenie i sprawa ateromatyczna. Przy badaniu blizn żołądka autor otrzymał wyniki następujące: wrzód żołądka zagaja się przez bliznowate ściągnięcie się dna, co prowadzi za sobą zbliznienie brzegów wrzodu utworzonych przez błonę śluzową. Na miejscu blizny następuje ścisłe zlanie się błony śluzowej z warstwą pod nią leżącą, która stosownie do głębokości wrzodu może składać się z gładkich mięśni lub też tkanki bliznowatej. Przy większych wrzodach, których dno utworzonym jest przez jakibądź narząd doń przyklejony, a które nie mogą się całkowicie zbliznić, błona śluzowa okalająca brzegi wrzodu unieruchomiona jest przez zrosnięcie się z pokładem mięśniowym lub też przez zgrubienie tkanki podśluzowej. Współcześnie następuje rozrost gruczołów, przy czem zmienia się charakter ich nabłonka, gdyż miejsce zwykłego nabłonka gruczołów trawieńcowych zastępują komórki cylindryczne lub sześciennie. Rozrost ten gruczołów powoduje zdaniem autora większy przyływ krwi, za czem idzie lepsze odżywianie komórek nabłonkowych i pęcznienie tkanek otaczających gruczoły, przez co odporność ich się zmniejsza. Pewien wpływ ma także bierne rozciąganie torebek gruczołowych skutkiem ściągania się blizny. Stosunek wrzodu do raka żołądka przedstawia się zdaniem autora w ten sposób, iż z przewlekłego wrzodu może się rozwinąć rak żołądka. Szczególniej skłonni są do tej przemiany obszerne nie zblizniające się wrzody żołądka. Punktem wyjścia raka są właśnie owe torebki gruczołowe brzegów wrzodu, które uległy wymienionym powyżej zmianom, tak, iż zwyrodnienie rakowe było by niejako wyższym stopniem owego rozrostu gruczołów z przemianą charakteru nabłonka, powstałego wskutek obfitszego przyływu materiału odżywczego, przy współczesnem zmniejszeniu odporności tkanek otaczających. Wyborne rysunki do pracy tej dołączone, objaśniają wywody autora.

(D. med.-Zg. 83—27).

Korrespondencje Medycyny.

Listy z Londynu.

III.

W roku 1867 wydano prawo odnoszące się do zapasu środków mających chronić od Skorbutu. Ważną rolę grał podówczas sok jabłek rajskich, który uważano wtedy za niezawodny środek przeciw skorbutowi i o którym bardzo szczegółowo w owym prawie się rozpisano. Od bardzo dawna sok ten był uważany jako skuteczny środek przeciwko wzmiarkowanej chorobie, jednakże niedawno wydany rapport oddziału lekarskiego Ministerjum handlu w Anglii przekonanie to obalił. Albo sok ten stra-

cił swoje dawne własności, albo uczyniono go bezskutecznym przez liczne fałszowania, albo nigdy niebył przeciwko tej chorobie skutecznym, albo wreszcie—i to zdaje się być najpewniejszym — odżywianie wielu majtków tak jest nędzne, że żaden środek leczniczy skutecznie działać nie może.

Z raportu urzędowego przekonywamy się, iż od roku 1873 złośliwa ta choroba ilościowo znakomicie się powiększyła. Rodzi się zatem pytanie, jakich środków użyć należy żeby się jej pozbyć. Ministerium twierdzi, iż świeże albo zakonserwowane mięso w połączeniu z jarzyną dostarczane majtkom w dostatecznej ilości zamiast dziś używanego twardego solonego mięsa wołowego i zepsutej wieprzowiny, najlepiej w tym razie zaradzi złemu. Zwłaszcza nacisk kładą na świeże kartofle a właściwie niema dobrej racyi dla którejby wszystkie statki tej jarzyny w zapasie nie miały.

Prassa angielska oburza się na te liczne przypadki skorbutu i słuszenie. Że dawniej przy długich, kilka miesięcy nieraz trwających podróżach, na ciasnych statkach majtkowie nie mieli dogodnego pomieszczenia ani wystarczającego pożywienia, nie było w tem nic zadziwiającego, ale żeby dzisiaj ludzie ci zmuszeni byli sypiać w ciasnych wilgotnych miejscach żeby robactwo ich toczyło, żeby pożywienie ich było nad wszelki wyraz złe, to jest prawdziwie oburzające. Ujrzymy wkrótce czy raport powyższy sprowadzi jaką reformę w tym względzie.

Przed niedawnym czasem miała tu miejsce konferencya o zarządach szpitali Londyńskich i to pod przewodnictwem „Narodowego stowarzyszenia nauk społecznych”. Z licznych odczytów, które słyszano, wymienimy tylko dwa. BURDETT wielką powagą pod tym względem mówił „o finansowych trudnościach, z jakimi szpitale stołeczne mają do walczenia”. Szpitale tych jest koło stu; od dziesiątka lat dochody ich znacznie się zmniejszyły, a deficyty powiększają się w gwałtowny sposób. Dla pokrycia ich sprzedają się papiery procentowe, przez co kapitał żelazny szpitali znakomicie się zmniejsza. Wyjątek stanowią tylko trzy wielkie szpitale, których kolosalne dochody roczne zabezpieczają je od wszelkich deficytów; wszystkie pozostałe zakłady tego rodzaju utrzymują się z dobrowolnych ofiar ludzi dobroczynnych. Główną przyczyną deficytów jest to, iż dobrowolne te ofiary nie powiększyły się w miarę powiększenia się potrzeb szpitali. Od dziesięciu lat ilość łóżek szpitalnych powiększyła się o 17,7% a ilość pacjentów, których przyjąć należy o 29,6%. Dla zaradzenia złemu BURDETT radzi żeby ściągano pewną opłatę od wszystkich mieszkanców pewnej dzielnicy miasta na rzecz szpitala w teje dzielnicy będącego. W każdym razie wypadłoby, żeby Rząd się zajął zbieraniem składek na ten cel.

Tego samego zdania był także SIR RUTTERFORD ALCOCK. Powiada on, iż w ostatnich 6 latach cztery deputacye wysłane zostały do Rządu, który jednak kategorycznie wszystkim oświadczał, że wszelka interwencya ze strony Rządu jest zupełnie zbyteczną, gdyż zarząd każdego szpitala jest mocen zaprowadzić u siebie reformę, jaką za słuszną będzie uważał. Tak jest, ale w takim razie nie będzie jednostajności w postępowaniu, a tylko jednolitem postępowaniem można złemu zapobiedz. Wreszcie, nie tylko administracya ale topograficzne rozmieszczenie szpitali pozostawia wiele do życzenia. O stronie finansowej tej kwestyi ALCOCK także szeroko się rozwodził; przyczynę zmniejszenia się dochodów szpitalnych przypisuje on w pewnym stopniu powiększeniu ilości szpitali specjalnych, które zabiera ją znaczną część tych funduszków, a które dawniej były obracane na rzecz szpitali ogólnych. Mówca radził żeby część owych licznych pacjentów, których bezpłatnie obecnie się leczy, była zmuszoną płacić za swoją kuracyą, o ile ich stan majątkowy na to pozwala. Ponieważ Rząd nie da się

nakłonić do zbierania składek na ten cel, konferencya wybrała komitet, który ma się zająć obmyśleniem środków zniewalających zarządy wszystkich Londyńskich szpitali do jednakowego i wspólnego działania.

Z obawy cholery w Izbie Niższej jeden z deputowanych postawił wniosek, aby więcej baczono na sposób, w jaki jest zbudowaną większa część nowych domów w Londynie, prawdziwie pożalowania godny. Mr. ANDERSON pytał, dla czego nie byłoby możebnem, aby każdy kupujący dom, lub wynajmujący lokal mógł się przekonać u miejscowej władzy administracyjnej, czy dany dom wolnym jest od kloaczych gazów, i innych podobnych przyjemności, lub nie? Dalej radzi, aby każdy żądający podobnej opinii mógł się udać do urzędu sanitarnego swego okręgu, aby za pewną stałą opłatą, norma której zależałaby od ceny kupna lub najmu danego domu, mógł skosztować z pośrednictwa urzędnika eksperta. Ten ostatni po dokładnem zbadaniu powinien dać piśmienne objaśnienie o zdrowotnych stosunkach danego domu, a w konieczności określić, jakim sposobem istniejące braki mogłyby być usunięte. Nowoutworzeni lekarze dla rewizyi domów, przydani urzędowi sanitarnym, powinni być wynagradzani w części z opłaty za ekspertyzę, a w części z podatków. Korzyści z podanego urządzenia wynikną nie tylko dla osób najbliższej interessowanych, ale i dla publicznego stanu zdrowia.

W Londynie pojawiło się dzieło, przedstawiające wyczerpująco każdy przedmiot medycyny, jakim żadna literatura nie może się poszczycić. Jest to: „*Dictionary of medicine; including General Pathology, General Therapeutics, Hygiene, and the Diseases Peculiar to Women and Children*” dr. JUAIN'A, wydanie Longmans et Co. Na napisanie tego dzieła złożyło się oprócz samego dr. J. 158 angielskich, indyjskich, amerykańskich, niemieckich i francuzkich fachowych autorów. SIR PAGET napisał wyczerpujący i filozoficzny artykuł o Patologii, a drugi „o symetrii w stosunku do choroby”. Bardzo obszernie są opracowane choroby płuc, zakaźne i w ogóle gorączkowe. Chociaż chirurgia nie wchodzi w zakres dzieła, zawiera jednak kilka artykułów o guzach, jajnikach i raku SPENCER WELLSA i GODLEE. Są one z ilustracyami. Bardzo wiele miejsca poświęcono higienie. Publikacya cała napisana dla lekarzy i studentów, chociaż i wykształcona publika może czytać ją, pamiętając jednak o tem, że według przysłowia angielskiego: „kto jest lekarzem dla siebie, ten ma głupca za pacyenta”.

Inne dzieło więcej etnograficzne jak lecarskie jest „China” d-ra K. DOUGLASA, który zarazem skreśla stan obecny sztuki lekarskiej w Państwie Niebieskiem. Autorowie chińscy sądzą, że medycyna dosięgła szczytu w swoim rozwoju i nie może wyżej się wznieść, jak stoi obecnie w Chinach. Hołdują oni tylko cudownemu empiryzmowi. Czynności wewnętrznych organów są im nieznane. Nie znają żadnej różnicy między żyłami i tętnicami, między ścięgnami i nerwami. W chirurgii nie używają noża, sekcyi trupów nie robią. Myśli, według nich i wszelkie idealne popędy pochodzą z serca i żołądka, a pęcherz żółciowy jest siedliskiem odwagi. Ten ostatni pogląd jest tak zakorzeniony nawet między publiką, że ludzie z brakiem odwagi starają się spożywać żółć dzikich zwierząt, lub straconych zbrodniarzy. Puls ma być różnym na obu rękach i każda część pulsu wyraża stan pewnego organu. Puls daje 7 wskazówek mającej nastąpić śmierci a każda z 7 namiętności objawia się przez odrębne uderzenie pulsu. Ciało składa się z 5 elementów: ognia, wody, ziemi, metalu i drzewa, a zadaniem lekarza jest utrzymać w równowadze te elementy.

Prof. BROWN, członek oddziału weterynaryjnego urzędu państwowego, zdał raport o karbunkule u ludzi sortujących wełnę (sorterów-Wollsortirerkrankheit), ze względu na mające być wydane pra wo o zapobiega-

niu czarnej krosty u zwierząt pasących się na polach, umierzwianych przez odpadki wełny. BROWN powołuje się na stwierdzony fakt w roku zeszłym przez SPEARS'A w Brodfordzie, podany, że choroba sorterów jest rodzajem antraksu. B. przychodzi do następujących wniosków: choroba ta jest skutkiem rozwoju *bacillus antracis*; jest chorobą niższych zwierząt, ale przenosi się i na ludzi; zaraza syberyjska jest najzłośliwszą i najśmiertelniejszą odmianą tej choroby. Użycie wełny, włosów i innych części ze zwierzęcia padłego na tę chorobę w gospodarstwie i przemyśle jest niebezpiecznem tak dla ludzi jak i dla zwierząt. Zastosowanie odpadków wełny z fabryk do umierzwienia jest wprawdzie dla zwierząt niebezpiecznem, ale niebezpieczeństwo da się ograniczyć, używając odpadków do warstw wierzchnich mierzwy. Sorterzy wystawiają się na niebezpieczeństwo wdychając pył z wełny, do której domieszana jest wełna ze zwierząt padłych na karbunkuł. BROWN widzi się w niemożności podania skutecznego środka przeciw temu, potrzeba więc czekać, co uczynią w tym względzie prawodawcze władze.

Leopold Katscher.

Wiadomości bieżące krajowe i zagraniczne.

Krajowe. Na posiedzeniu biologicznem War. Tow. Lek. w dniu 25 b. m. odbytom, kol. DOBRZYCKI odczytał sprawozdanie z czynności komitetu wyznaczonego do zbadania t. z. kwestyi felczerskiej. W dyskusyi żywy udział oprócz wielu innych przyjmowali koledzy: MATLAKOWSKI, KONDRATOWICZ i ROGOWICZ. Wnioski mające być przedstawione Władzy która ma podobno wkrótce wyrzec ostatnie słowo w przedmiocie reorganizacji szkoły felczerów, mają się zawrzeć w 4-eh treściach zredagowanych punktach. Kol. D. ma na najbliższem posiedzeniu do wniosków tych dołączyć odpowiednie motywa, które wraz powyższymi wnioskami jako całość mają być władzy przedłożone. Szczegółowszych wiadomości o tej sprawie udzielimy w swoim czasie.

Na temże posiedzeniu, prezes zakomunikował zebranym o śmierci dwóch członków Towarzystwa: Jana KWAŚNICKIEGO i Stanisława KOŚMIŃSKIEGO. Zebrani, powstaniem z miejsc swoich uczcili pamięć zmarłych kolegów.

Zagraniczne. Pan Depeyris z Neapolu wystosował do Paryż. Akad. memoryał, w którym jako sposób unieszkodliwienia zwłok w czasie epidemii proponuje gotowanie ciał w płynach solnych w ciepłocie powyżej 100° C., ponieważ kremacja czyli palenie połączone jest z wielkim zachodem! (No, to już lepiej by było umieszczać ciała w kloszach szklanych spirytusem napełnionych. Możeby kto zrobił tę propozycję francuskiej Akademii? Byłby to chyba jeszcze lepszy żart od tego na jaki się pan Depeyris zdobył).

— Francuzka komissya do zbadania cholery (mission Pasteur) która przed miesiącem przeszła przybyła do Aleksandryi w ten sposób rozdzieliła swe siły: dwóch członków udało się do Kairu; zamtąd udać się oni mają do górnego Egiptu, do Girgeh, aby cholere w jej punkcie wyjścia studyować; dwaj inni członkowie pozostali w Aleksandryi z kąd jeden z nich na czas pewien do Damietty i Mansurah się uda.

— Dr. KARTULIS lekarz greckiego szpitala w Aleksandryi badał: 1) wodę Nilu do którego jak wiadomo wrzucono mnóstwo trupów bydląt padłych podczas z tyfoidalnej epizooeyi. Wody tejjak zarówno i mięsa bez żadnych ostrożności używali fellachowie, na skutek czego liczne przypadki ciężkich chorób szybko śmiercią się kończących występowały. W wodzie tej znalazł K. nieznanne mu dotąd drobnowidzowe ustroje które przy metodzie barwienia KOCH'A jako pręciki i kokko-bakterye się przedstawiały. 2) W krwi i wypróżnieniach chorych na cholere znajdował również liczne twory drobnowidzowe (kokki, spory i sztabki).

— Rada miejska miasta Paryża uchwaliła trzy miliony franków rocznie na powiększenie dawnych i utrzymanie nowych szpitali. Z tych dwa miliony mają być użyte dla istniejących instytucyi, a trzeci dla nowych. Mianowicie ma być zbudowany: jeden szpi-



tał po za miastem, jeden dla ospowatych i jeden dla dzieci nieuleczalnych. Ten pierwszy przeznacza się dla chorych przewlekłym chorobom uległych, w tym celu, aby szpitale miejskie od takowych przynajmniej w pewnej mierze uwolnić. Na budowę pierwszej z tych trzech instytucyj projektuje się półsiedma—drugiej trzy i ówier, a trzeciej około półtora miliona franków.

— Międzynarodowy zjazd lekarzy z kolonij zaeuropejskich jaki się w ubiegłym miesiącu odbył w Amsterdamie rozbiierał następujące ważne pytania: 1) Kwarantanny. 2) Specyalne kształcenie lekarzy kolonijalnych. 3) Hygiena rzemioł ze względu na stosunki kolonijalne. 4) Wpływ klimatu międzyzwrotnikowego na niektóre choroby zakaźne. 5) Suchoty w klimacie międzyzwrotnikowym. 6) Leczenie egzotycznych i międzyzwrotnikowych chorób w klimacie umiarkowanym.

— Oprócz komissyi francuzkiej (mission Pasteur) i komissyi niemieckiej pod kierunkiem KOCH'a udał się z polecenia rządu francuzkiego dr. MAHÉ naczelný lekarz marynarki francuzkiej do Egiptu, mając się specyalnie zająć rozwiązaniem pytania: czy obecnie panująca w Egipcie cholera z Indyi zawleczoną została, czyli też samoistnie w Egipcie powstała?

— W szkole dla dziewcząt w Saint-Marlo des trois fontaines pod kierunkiem miejscowych kongregacyj religijnych będącej wybuchła istna epidemia tańca Ś-go Wita, gdyż na 50 uczennic ulegało nerwowej ekstazie uczennic 35! Władza zarządziła zamknięcie rzeczonej szkoły.

— Dr. Izydor MEHRER ze Śniatynia widział u 45-letniej kobiety na której wykonał pośmiertne sądowo-lekarskie badanie „zupełny brak śledziony”. Przypadek chociaż nie jedyny to w każdym razie bardzo rzadki.

— Professor BIZZOZERO otrzymał 20000 franków nagrody za swoje dzieło mające za przedmiot „fizjologiją i patologiję krwi” przyznanej mu przez Akademią lekarską w Turynie.

— PEEK, jeden z opiekunów pewnej szkoły ludowej w Anglii, brak uwagi ze strony uczniów tłomaczy sobie niedostatecznem odżywianiem mózgu, a w duchu zasady: *cessante causa cessat effectus*, urządził zdrowe i pożywne objady dla swych uczniów po bajecznie niskiej cenie. Skutek był wyborny, gdyż uczniowie zaczęli więcej pracować i z większym pożytkiem słuchać wykładów. Niemasz wątpliwości, iż ten sposób postępowania jest racjonalny z uwagi, że tak przy pracy fizycznej jako i umysłowej, zużycie substancyi ma miejsce. Przy lichem więc żywieniu trudno o postępy umysłowe.

— Bawarskie ministeryum narodowej oświaty zabroniło na zasadzie opinii lekarskiej kajetów kolorowo kratkowanych jako dla wzroku szkodliwych.

— Zarząd szpitali Paryzkich postanowił jako rzecz obowiązującą dla wszystkich studentów uczęszczających do szpitali i dla obsługi szpitalnej: rewakcynacyą.

— Na zjeździe balneologów szlązkich BREMER jak wiadomo właściciel zakładu dla chorych piersiowych w Görbersdorfie zakomunikował, iż przez jego ręce przeszło około 12000 suchotników, a pomimo tego nie widział on (podobnie jak BENNET) ani jednego przypadku zarażenia się suchotami nie tylko pomiędzy mieszkańcami Görbersdorfu lecz i pomiędzy służbą zakładu.

— Komitet do zbiorowego badania chorób w Anglii postanowił rozpocząć badania od cholery i hemoglobinury.

— Dr. FERGUSSON, GILETTE i PEAK badali kobietę która nie miała wcale ani pochwy ani macicy, ani jajników. Zewnętrzna część cewki moczowej była bardzo rozszerzoną. Piersi dobrze były rozwinięte. Wzgórek łonowy prawidłowej wielkości. Wargi większe i mniejsze oraz lechtaczka również prawidłowe. Rzecz szczególna, iż kobieta o której mowa zajmowała się nierządem (?).

OD REDAKCYI.

Wiadomości z higieny, medycyny społecznej oraz statystyki lekarskiej, podane będą w przysłym miesiącu.