

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie. Skreślił D-r Wiktoryn Kosmowski. (Dalszy ciąg). — O chorobach ucha sztucznie wywołanych i o głuchocie udanej. Napisał D-r Teodor Heiman. (Dokończenie). — Epidemia cholery azjatyckiej w miasteczku Siemiatyczach (gub. Grodzieńska) w roku 1893. Podał Ludwik Czarkowski. (Dokończenie). — Bibliografia i krytyka. Ropni-co-posocznice „lekarskie“ (Les pyo-septicémies médicales). Przez D-ra Etienne lekarza szpitali w Nancy. Paryż 1893, str. 385. Sprawozdawca Feliks Arnstein. — Streszczenia i Wyciągi. 21. I. O gorączce rzeżączkowej w pólgu u rodzącej wewnętrznie nie badanej. II. Przypadek zakażenia mieszanego i zapalenia wewnątrz-maciecznego pochodzenia rzeżączkowego w pólgu. 22. W sprawie zapalenia otrzewnej przewlekłego, a w szczególności gruźlicznego. 23. Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem niektórych przetworów sporyszu (w szczególności korutyny) na przebieg pólgu. — List otwarty do Redakcyi Medycyny. — Profesor Teodor Billroth. (Wspomnienie pośmiertne). — Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące. — Ogłoszenia.

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire d'articles originaux: 1) D-r V. Kosmowski — De la grandeur et du poids des enfants de pauvres classes à Varsovie. 2) D-r T. Heiman — Surdité simulée. 3) D-r L. Czarkowski — L'épidémie du choléra asiatique à Siemiatyche (1893), petite ville du gouv. de Grodno.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5-

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r V. Kosmowski — Ueber Maass und Gewicht der Kinder aus den armen Klassen in Warschau. 2) Dr. T. Heiman — Ueber künstliche Ohrenkrankheiten und angebliche Taubheit. 3) D-r L. Czarkowski — Die Cholera-Epidemie in Siemiatyche (Gouv. Grodno) im J. 1893.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

O wzroście i wadze dzieci klas biednych w Warszawie.

Skreślił Dr. Wiktoryn Kosmowski.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Warszaw. w d. 28 listopada 1893 r.)

(Dalszy ciąg. — Zob. Nr. 6).

Oдноśnie powiększania się długości ciała u dzieci, znane są ogólnie badania LIHARZIK'a. Autor ten wielokrotnie wymierzał wzrost 20 dzieci od urodzenia aż do ósmego roku życia; nadto korzystał ze znacznego materiału, jakiego mu dostarczali wychowawcy wiedeńskiego domu sierot, w liczbie przeszło 200 i w wieku od 8 do 14 lat; oprócz tego wymierzał wzrost wielu innych osobników.

Według LIHARZIK'a długość wszystkich części ciała powiększa się u ludzi aż do 25 roku życia. Powiększanie to daje się zamknąć w 24 okresach. Okres pierwszy przypada na pierwszy miesiąc życia po porodzie; każdy okres następny jest o jeden miesiąc dłuższy od poprzedniego tak, iż okres drugi zawiera dwa miesiące, okres zaś dwudziesty czwarty — 24 miesiące.

Pewna liczba tych okresów stanowi jedną epokę wzrastania długości ciała. We wszystkich okresach jednej epoki bezwzględny przyrost długości jest jednakowy. Takich epok autor odróżnia trzy. Pierwsza epoka obejmuje sześć okresów, aż do końca 21 miesiąca (w przybliżeniu koniec pierwszego zębowania); druga epoka zawiera 12 okresów aż do 171 miesiąca życia (koniec wieku chłopięcego); wreszcie trzecia epoka obejmuje 6 okresów aż do końca 300-go miesiąca (25-go roku życia).

Okresy pierwszej epoki odznaczają się największym, okresy drugiej — stosunkowo małym przyrostem długości; natomiast okresy trzeciej epoki w

niektórych częściach ciała wykazują przyrost nader mały, w innych zaś większy, aniżeli w okresach drugiej epoki.

Przyrost długości ciała u noworodka średniej wielkości płci męskiej (długiego na 50 cm.) wynosi w każdym okresie pierwszej epoki $6\frac{5}{6}$, drugiej — 6 i trzeciej — 2 cm.

Ponieważ długość noworodków może się wahać od 40 aż do 60 cm., stąd i bezwzględne przyrosty w tych okresach mogą być mniejsze lub większe. LIHARZIK podaje na dwóch wielkich tablicach cyfry długości ciała dla obu płci w 24 okresach przy 21 różnych, pierwotnych długościach ciała noworodków (40—60 cm. dla płci męskiej i 36—56 cm. dla płci żeńskiej).

Noworodek płci męskiej, długości 50 cm. w końcu szóstego okresu dorasta do 91 cm.; noworodki długie po urodzeniu na 40 i 60 cm., w końcu szóstego okresu są długie na $72\frac{10}{12}$ i $109\frac{1}{6}$ cm. Tym sposobem cyfry porządkowe 40 : 50 : 60 są proporcjonalne do późniejszych $72\frac{10}{12}$: 91 : $109\frac{1}{6}$.

Badania późniejszych autorów niezupełnie zgadzają się z twierdzeniami LIHARZIK'a. I tak, według LIHARZIK'a, dziecko, mające po urodzeniu 50 cm., ma urosnąć w ciągu pierwszego miesiąca życia o 6,8 cm. Tymczasem CAMERER przy bardzo szczegółowych badaniach znalazł najwyższy przyrost w tym miesiącu tylko 4 cm., a przeciętno 2,5 cm. Znaczne różnice spotykamy także w drugiej i trzeciej epoce. Przyrost w każdym okresie drugiej epoki ma wynosić według LIHARZIK'a 6 cm., według zaś poszukiwań CAMERER'a wynosi u jednych dzieci 5,6 cm., u drugich 7,2 cm.; według BOWDITCH'a wynosi 6,4 cm. W okresach trzeciej epoki według LIHARZIK'a przyrost wynosi 2,0 cm., według CAMERER'a 7,5 cm., według BOWDITCH'a 6,6 cm. Z przykładów tych widzimy, że niezgodność pod tym względem jest znaczna i wymaga jeszcze dalszych badań.

Na tablicy I, II i III podaliśmy obraz wzrastania wagi w pierwszym roku życia. Przejdźmy teraz do lat dalszych.

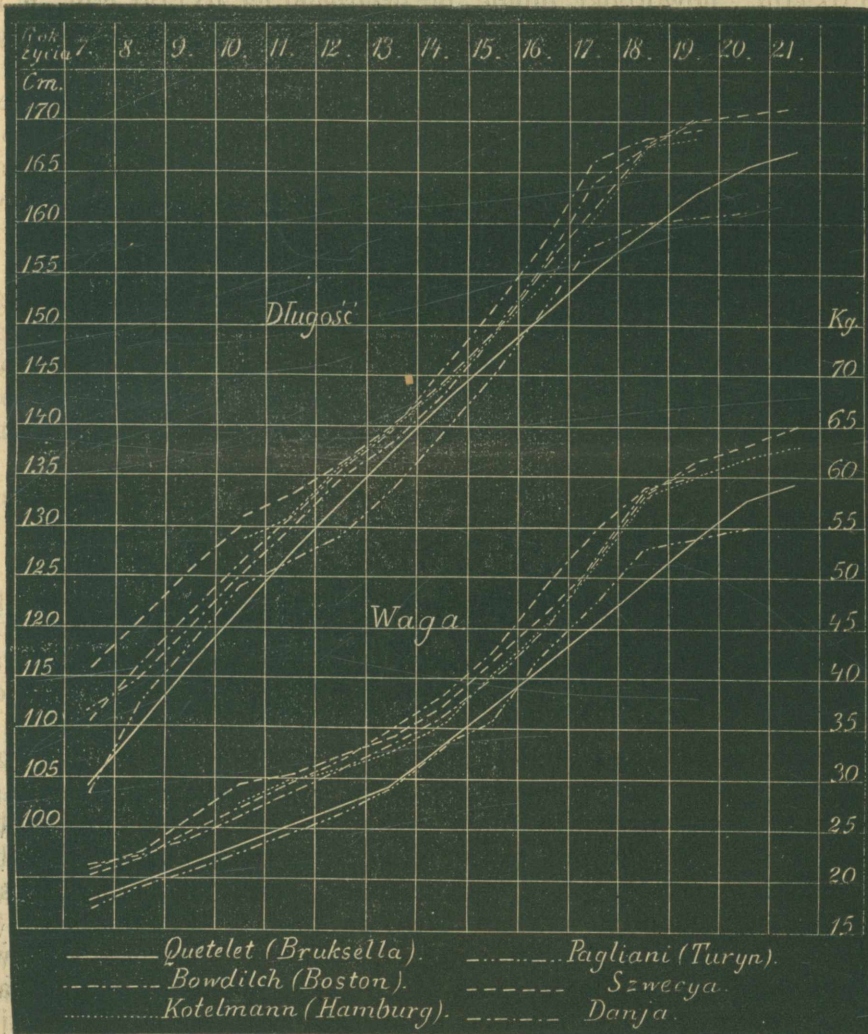
W późniejszych latach życia oznaczano średnią wagę i długość ciała głównie za pomocą metody generalizującej. I tak, LOREY w r. 1888 podał tablice i krzywe z pomiarów wagi i długości ciała u 286 chłopców i 279 dziewcząt — do 30 miesiąca życia ⁴⁾. QUETELET w epokowych swych pracach antropometrycznych podał cyfry dla wszystkich lat okresu dojrzewania do 21 roku życia; lecz dla każdego roku badał tylko 10 osobników męskich i tyleż żeńskich. BOWDITCH (w Bostonie) zgromadził cyfry wagi i wzrostu 24000 dzieci od lat 6 do 19 (13000 chłopców i 11000 dziewcząt) z najrozmaitszych klas ludności. AXEL KEY w Sztokholmie ułożył statystykę pod tym względem z 15179 chłopców i 3209 dziewczyn (od 7 do 21 roku życia). Podobnemi ilościami rozporządzał ROBERTS w Anglii. Komitet szkolny w Danii zestawiał statystykę 17134 chłopców i 11620 dziewcząt od 7 do 20 roku życia. Też same badania, choć ze znacznie mniejszemi cyframi, prowadzili: PAGLIANI w Turynie, KOTELMANN w Hamburgu i inni. Za pomocą metody indywidualizującej badania od urodzenia do 20 roku życia przeprowadził co do wagi i długości ciała CAMERER na 8 osobnikach, to jest 4 chłopcach i tyluż dziewczętach. Cyfry średnie, przez niego otrzymane, zgadzają się prawie zupełnie z cyframi BOWDITCH'a, otrzymanemi za pomocą metody generalizującej.

⁴⁾ C. LOREY. Ueber Gewicht und Mass normal entwickelter Kinder in den ersten Lebensjahren. (Jahrb. f. Kinderheilkunde, XXVII Band, str. 339).

Dla łatwiejszego rozpatrzenia wyników z badań powyższych autorów, musimy uciec się do tablicy IV i V, przedstawiających bezwzględną długość ciała i bezwzględną wagę chłopców i dziewcząt w różnych krajach i w różnych latach życia ⁵⁾.

TABLICA IV.

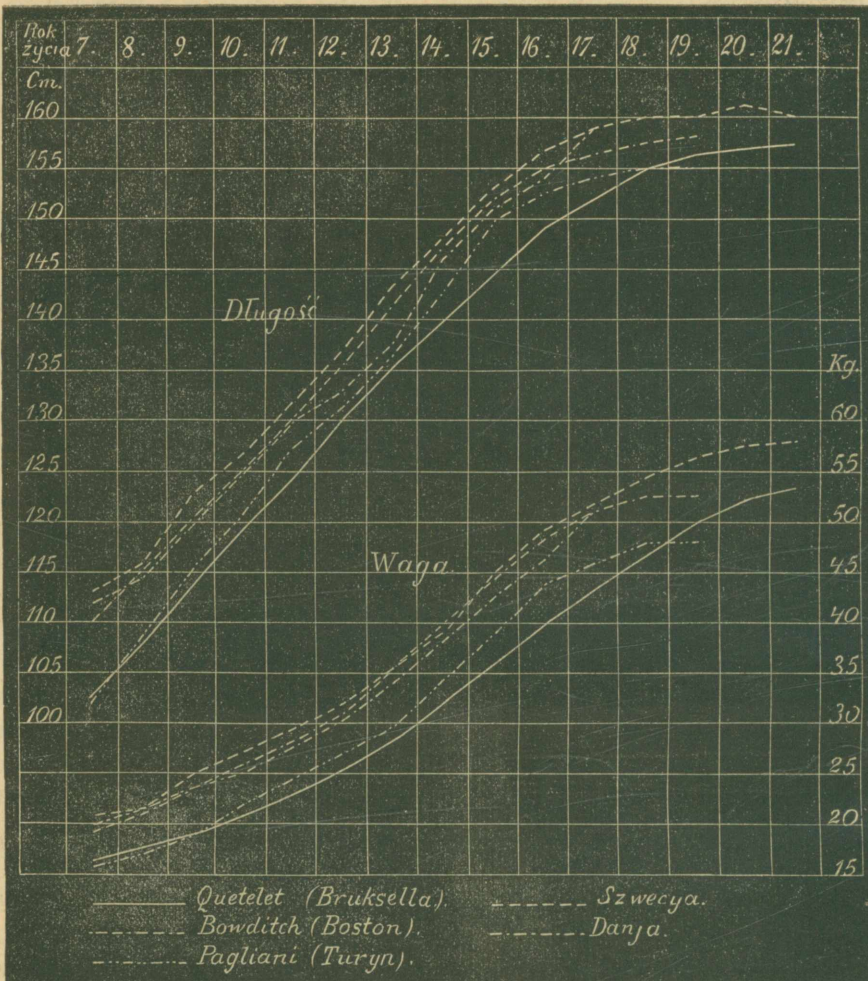
Chłopcy. Długość ciała i waga w różnych okresach wieku.



⁵⁾ Brak miejsca nie pozwala nam przytoczyć szczegółowych tablic cyfrowych, jakie służyły do wykreślenia tych krzywych. Interesujących się tym przedmiotem, odesłać musimy do pracy AXEL'a KEY'a: „Die Pubertätsentwicklung und das Verhältniss derselben zu den Krankheitserscheinungen der Schuljugend“. Berlin 1890, czytanej na X kongresie międzynarodowym lekarskim.

TABLICA V.

Dziewczeta. Długość ciała i waga w różnych okresach wieku.



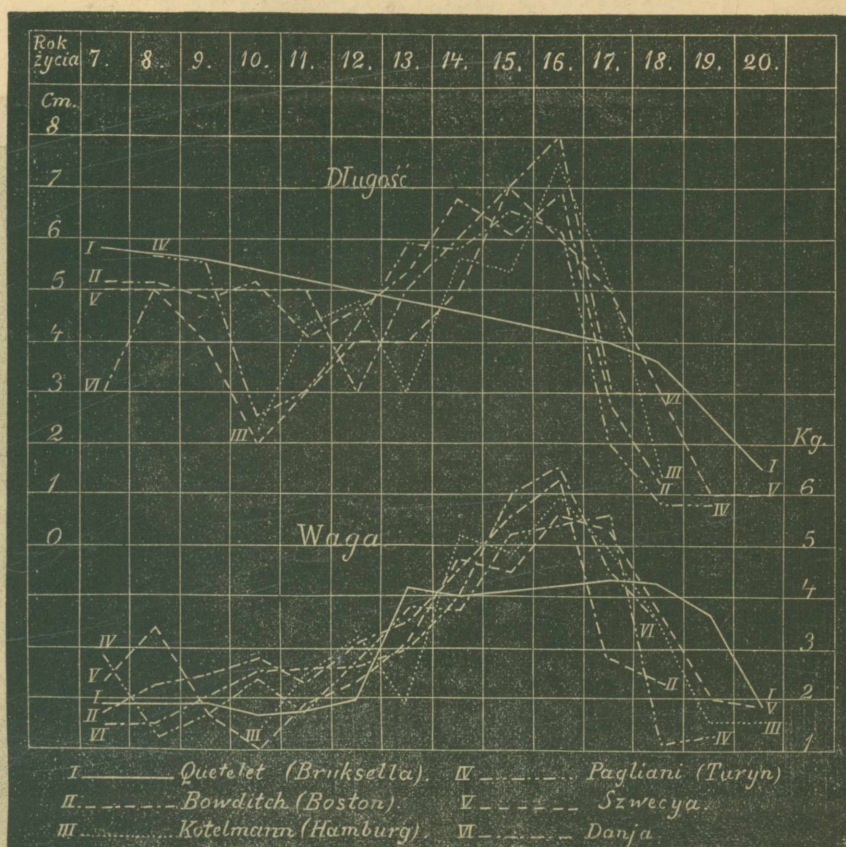
Jak widzimy, chłopcy amerykańscy są tylko podczas okresu dojrzewania wyżsi i ciężsi od szwedzkich, których wzrost i waga przewyższa wzrost i wagę chłopców we wszystkich innych, tu zestawionych krajach. Chłopcy duńscy współzawodniczą ze szwedzkimi, a bardzo się do nich zbliżają chłopcy z Hamburga. Najniżsi przecięciowo są belgijczycy i chłopcy z Włoch północnych.

Podobne stosunki spostrzegamy odnośnie dziewcząt. Według tablicy V, dziewczęta szwedzkie pod względem długości ciała i wagi przewyższają dziewczęta innych krajów, nie wyłączając dziewcząt duńskich i amerykańskich. W Turynie dziewczęta nawet po dojściu do zupełnej dojrzałości są przecięciowo od 4 do 5 cm. niższe od szwedek.

Różnice te jednakże w bezwzględnym wzroście i w bezwzględnej wadze dzieci mniejsze mają znaczenie od różnic, jakie spostrzegamy przy porównywaniu przyrostów rocznych wagi i długości ciała, szczególnie w okresie dojrzewania. Rzeczą tę malują nam doskonale tablice VI i VII, z których pierwsza odnosi się do chłopców, druga zaś do dziewcząt.

TABLICA VI.

Osobniki męskie. Roczne przyrosty wagi i długości ciała.



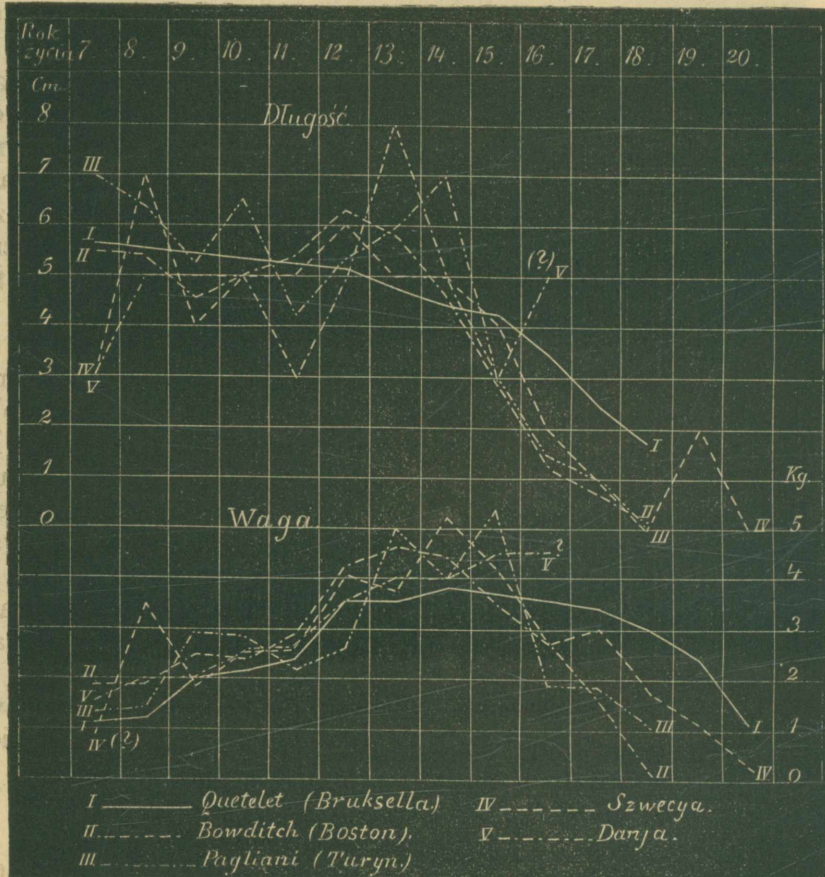
(Patrz tab. VII, str. 130).

Na tablicach tych główną zwrócić należy uwagę na krzywe QUETELET'a, które do ostatnich czasów były uważane za normalne. Łatwo spostrzedz, że krzywe te, zarówno odnoszące się do przyrostów wagi, jak i szczególnie do przyrostów długości ciała, zupełnie niedokładnie markują okres dojrzewania, co natomiast daje się widzieć wyraźnie w krzywych, nakreślonych według badań późniejszych autorów. Krzywa przyrostów rocznych długości ciała spada, według QUETELET'a, nader jednostajnie, z początku szybciej, potem powolniej. Nowsze badania zaprzeczyły temu pogładowi. Jeszcze przed kilkunastu latami ZEISSING ogłosił badania, obejmujące cały okres rozwoju dzieci pod względem wagi i wzrostu. Krzywe, przez niego wykreślone, zbliżają się do krzywych na powyższych tablicach, podanych przez autorów późniejszych. Ponieważ jednak ZEISSING, podobnie jak i QUETELET, badał niewielką ilość osobników, przeto rezultaty jego poszukiwań niewielką na siebie zwróciły uwagę i prawie do ostatnich czasów cyfry QUETELET'a podawane i uważane były za normalne. Na tablicy VI i VII bieg krzywych wyraźnie zaznacza początek okresu dojrzewania. We wszystkich krajach widzimy słabe przyrosty roczne wagi i długości ciała przed okresem dojrzewania, w którym przyrosty te dochodzą do *maximum*. Tak na przykład, w Bostonie, u chłopców przyrosty roczne wagi do 11-go roku życia wynoszą średnio przeszło 2 kilogramy, od tego roku stale wzrastają aż do roku 16-go, w którym roczny

przyrost wynosi aż 6 kilogramów. Podobne stosunki, wykazują badania innych autorów i w innych krajach.

TABLICA VII.

Osobniki żeńskie. Roczne przyrosty wagi i długości ciała.



Przy porównywaniu krzywych na poprzednich tablicach łatwo zauważyć, iż ogólny typ krzywych wagi jest nader podobny do typu krzywych długości ciała. Łatwo tę zgodność sobie wytłómaczyć. Długość ciała zależy od wielkości szkieletu. Powiększanie zaś szkieletu połączone jest, przynajmniej do pewnego stopnia, z rośnięciem mięśni. Ponieważ waga szkieletu razem z muskulaturą wynosi u dorosłego około 60% ogólnej wagi ciała, u noworodka zaś około 40%, przeto rośnięcie narzędzi tych wywiera nader wydatny wpływ na powiększanie się wagi ciała i na powiększanie wzrostu. Właściwa różnica w przyrostach wagi i długości polega na tem, iż przyrosty wagi minimalne wypadają między 3 a 7 rokiem życia, minimalne zaś przyrosty długości ciała między 7—10 rokiem życia — jak to wykazują badania CAMERER'a.

Ponieważ zestawione na powyższych tablicach rezultaty poszukiwań nie opierają się na jednolitym materiale, gdyż są ułożone z pomiarów dzieci różnych klas społecznych, nie możemy więc z nich, prócz wypowiedzianych, innych jeszcze wyprowadzać wniosków. Zaznaczymy tylko różnicę, zależną od płci dzieci.

(D. e. n.)

O CHOROBACH UCHA SZTUCZNIE WYWOŁANYCH I O GŁUCHOCIE UDANEJ.

Napisał D-r. Teodor Heiman.

(Dokończenie—Zob. Nr. 6).

Jest jeszcze wielu lekarzy, nie znających sposobów określenia słuchu i nie umiejących ocenić należycie znaczenia dyagnostycznego rozmaitych objawów. Zwykle ostrość słuchu wielu bada w ten sposób, że przykładą badanemu do ucha zegarek kieszonkowy i jeśli tenże słyszy uderzenie jego, wyprowadzony bywa stąd wniosek, że powinien słyszeć głos ludzki, a tem samem i mowę. Pogład taki jest zupełnie błędny, gdyż, jak to już wyżej powiedziałem, takiego stosunku między uderzeniem zegarka, dźwiękiem kamertonu i mową ludzką często nie ma; można słyszeć jeden i drugi, a mowy można nie słyszeć; można znowu tę ostatnią słyszeć, lecz nie być w stanie rozróżnić wyrazów; albo też można słyszeć mowę lub głos, a nie słyszeć kamertonu i zegarka.

W celu odróżnienia głuchoty prawdziwej od udanej, niektórzy wywołują niespodzianie po za plecami badanego silny jakiś hałas lub szmer, jak np.: klaszczą w ręce, uderzają kijem o podłogę, dzwonią, strzelają z pistoletu i t. p.; jeśli badany przy tem się odwróci, ma to być dowodem, że słyszy. Lecz i taki wniosek jest fałszywy. Wiadomo, że ludzie rzeczywiście głusi i głuchoniemi, przy zastosowaniu tych środków zawsze się obejrzą w celu odnalezienia źródła wstrząśnienia. Te bowiem osobniki danego szmeru lub tonu nie słyszą, tylko go odczuwają dotykiem. Jeżeli osobnik jakiś okaże się obojętnym na te ruchy, to właśnie wtedy rodzi się wielkie podejrzenie co do prawdziwości jego kalectwa. Są jednak niewątpliwie głusi, którzy nie odwracają się na te szmery niezwykle, o czem pamiętać należy.

Jako środka rozpoznawczego używają wreszcie niektórzy doświadczenie VALSALVY: jeśli przy niem otrzyma się świst, dowodzący przedziurawienia błony bębenkowej, to dany osobnik słyszeć nie może. I ten sposób nie jest przekonujący, gdyż można nie mieć błon bębenkowych i słyszeć względnie dobrze, zaś przy obecności ich być zupełnie głuchym.

Rozpoznanie słuchu upośledzonego na jedno ucho nie przedstawia trudności; udawanie wszelako głuchoty tego rodzaju spotyka się u nas rzadko, z przyczyny, iż ono nie zwalnia od służby wojskowej. Dla całości niniejszego przedmiotu skreślę w krótkości sposoby w tym celu używane. O próbach z kamertonem wyżej już szczegółowo powiedziane było.

Moos zatyka badanemu ucho zdrowe i stawia na głowie kamerton dźwięczący; jeśli badany oznajmia, że kamertonu nie słyszy, należy go uważać za udającego. Moos postępuje też w ten sposób, iż osobnikowi, twierdzącemu, że nie słyszy kamertonu dźwięczącego, postawionego na rozmaitych punktach głowy, stawia go niespodzianie na jakimś miejscu głowy i zapytuje, czy go w tem miejscu nie słyszy; często się przytrafia, że badany powiada, że go słyszy cokolwiek w uchu chorem. Następnie odejmuje kamerton i pomieszcza go na nowo w miejscu ostatnio obranem, zatkawszy ucho chore. Badany, sądząc, że zatkanem uchem słyszeć nie można, oznajmia, że w danej chwili kamertonu zupełnie nie słyszy, co oczywiście jest nieprawdą. Gdy nie można tym sposobem dojść do stanowczych wyników, wykonywa się badanie za pomocą mowy podług sposobu SCHWARTZE'go. Przekonawszy się o tem, że jedno ucho jest zdrowe,

zatykamy je luźno kawałkiem waty. Gdy się mówi do badanego na odległość kilku kroków lub też w pobliżu ucha niby chorego, ten zaś oznajmi, że nic nie słyszy, należy go uważać za udającego, powinien bowiem słyszeć drugim uchem, które nie straciło własności przewodzenia fal głosowych przez włożenie weń kawałka waty.

LUCAE i TEUBER stosują następujący, skomplikowany i mało praktyczny sposób do codziennego użytku. Dwie rury metaliczne przechodzą przez ścianę pokoju, w którym znajduje się lekarz, do drugiego pokoju, w którym przebywa badany. Rury te łączą się z rurkami kauczukowymi, mającymi odnogi boczne; rurki kauczukowe wstawiają się do ucha badanego, odnogi zaś ich przeznaczone są dla świadków, mających kontrolować oświadczenia badanego. Lekarz mówi szybko i naprzemian to do jednej, to znowu do drugiej rury metalowej; człowiek głuchy na jedno ucho powtórzy tylko wyrazy, wpadające do ucha zdrowego; udający zaś nie będzie w stanie szybko zorientować się i zacznie powtarzać wyrazy, które usłyszy i uchem niby chorem. Gdy się mówi przez rurę komunikującą się z uchem prawem, to wyrazy odpowiednie usłyszy świadek, mający w swoim uchu odnogę prawą; mający zaś w uchu swoim odnogę lewą, usłyszy wyrazy, idące przez rurkę lewą, i tym sposobem każdy z nich kontrolować może, którym uchem badany słyszy. LUCAE sam przyznaje, i na to zupełnie zgadzam się, że przebiegły symulant może nas wprowadzić przy tem oszukać, lecz natomiast prawdziwie chory nigdy nie będzie pokrzywdzony.

LEOPOLD MÜLLER radzi sposób, oparty na tej samej zasadzie, co sposób LUCAE'go, lecz mniej złożony. MÜLLER stosuje dwie rurki, które wstawiają się do uszów badanego, i przez każdą rurkę mówi pewne wyrazy szybko i cicho inna osoba. Prawdziwie głuchy usłyszy tylko wyrazy, wpadające przez rurkę, idącą do ucha zdrowego; udający zaś powie, że albo nic nie słyszy, albo też zacznie się mylić i powtarzać wyrazy, dostające się do ucha niby chorego. Lub też najprzód mówi osoba, mająca rurkę, prowadzącą do ucha zdrowego, poczem niespodzianie zaczyna mówić druga osoba do drugiego ucha; udający najczęściej zacznie powtarzać wyrazy i za tą osobą, prawdziwie zaś głuchy powtórzy tylko wyrazy, dostające się do ucha zdrowego. PITOT dopełnił sposoby MÜLLER'a i TEUBER'a, że każe osobie, podejrzanej o udawanie, zapisywać wyrazy zasłyszane. Udający zapisze często wyrazy słyszane uchem niby chorem.

PREUSSE zastosował do tego celu telefon, opierając się na własności ucha, odkrytej przez SILVAN'a THOMPSON'a, a mianowicie: że przyłożywszy do każdego ucha telefon i połączysz je ze strumieniem galwanicznym, wrażenie słuchu, otrzymane z dwóch jednakowych i jednoczesnych źródeł dźwiękowych, łączy się zawsze w jedną całość akustyczną w okolicy potylicowej. A zatem jeśli ktoś twierdzi, że głuchy jest na jedno ucho, a powyższe zjawisko u niego występuje, należy uważać go za udającego. Jest to sposób prosty, a z powodu znacznej odległości od badanego źródła dźwięku, wyłączone są pomyłki, mogące się przytrafić z przyczyny bezpośredniego działania dźwięku.

DAVID COGGIN zastosował stetoskop CAMMOND'a z dwiema odnogami. Odnogę stetoskopu, przeznaczoną dla ucha zdrowego, zatyka szczelnie korkiem drewnianym, drugą niezatkaną wstawia do ucha chorego. Skoro mówić będziemy przez lejkowaty koniec stetoskopu i badany powtórzy nasze wyrazy, będzie to dowodem, że słyszy dobrze obydwoma uszami; albowiem ze strony odnogi zatkaney korkiem, jak się autor na sobie przekonał, nic słyszeć nie można.

VOLTOLINI używa długiej trąbki słuchowej, którą wstawia do ucha niby chorego, ucho zdrowe pozostaje otwarte. W trąbkę mówi się głośno tak,

ażeby obecni mogli słyszeć wyrazy wypowiedziane przez badającego. Udaający twierdzić będzie, że nic nie słyszy, w rzeczywistości powinien przecież słyszeć drugim uchem. Ażeby nic nie słyszeć uchem, do którego wstawiona jest długa rurka słuchowa, na to potrzeba absolutnej głuchoty.

Tschudi zakrywa badanemu oczy, wstawia do obydwóch przewodów słuchowych zewnętrznych wzierniki uszne, jednakowej formy i wielkości, obciążone drenem, dla tem lepszego przylegania do ścian przewodu. Przygotowana jest druga para takich samych wzierników, do połowy wypełnionych woskiem. Badający wymawia pewne wyrazy, które badany powtarza, będąc odwróconym do ściany. Następnie wyjmują się wzierniki puste, wstawiają wzierniki z woskiem wewnątrz i badający znowu lecz głośniejszymi wyrazami, które badany powtarza; wreszcie wstawia się do ucha zdrowego wziernik z woskiem, zaś do chorego — pusty. Jeśli badany i tym razem powtórzy wyrazy badającego, jest to dowodem, że głuchotę udaje. Tą metodą można także określić odległość, z jakiej badany słyszy; przedstawia ona jedną niedokładność, a mianowicie, że w uchu szczelnie zatkanem występuje autofonia, na co jednak nielekarz chyba rzadko zwróci uwagę.

Gellé radzi sposób podobny do sposobu Preusse'go, lecz bardziej uproszczony. Bierze się podwójną trąbkę słuchową, koniec uszny jej umieszcza się po za głową badanego, mającego oczy zakryte. Umieściwszy zegarek przy środkowej części trąbki, osobnik zdrowy usłyszy uderzenia jego w obydwóch uszach i wskaże, że słyszy je na środkowej części okolicy potylicowej. Gdy się zatka np. prawy koniec trąbki, badany usłyszy uderzenia zegarka tylko ze strony lewej i odwrotnie. Otóż symulant i w tym ostatnim razie powie, że słyszy uderzenie zegarka na środku okolicy potylicowej. Tenże autor wstawia do każdego ucha osoby badanej manometr i uważa, czy nie zajdą jakieś zmiany w ciśnieniu skutkiem mimowolnych skurczów mięśni muszli usznej, podczas cichej rozmowy w pobliżu uszów. Ten sposób jest wszelako bardzo niepewny.

Sposób Erhardt'a polega na tem, że badanemu zatyka się ucho niby chore i po stronie ucha zdrowego na odległość 2—3 metrów umieszcza się zegarek z repetierem; badany liczy uderzenia zegarka. Następnie ucho chore zostaje odetkane, zegarek zaś umieszcza się po jego stronie na odległość 1—1½ metra. Udaający twierdzić będzie, że nic nie słyszy, tymczasem powinien przecież słyszeć dobrem uchem. Sposób ten daje się zastosować tylko u bardzo niedomyślnych osobników.

J. Gruber stawia przed uchem badanego kamerton dźwięczący; skoro go tylko badany przestanie słyszeć, badający zatyka przewód słuchowy zewnętrzny lekko palcem i na tym ostatnim umieszcza kamerton; wtedy dźwięk kamertonu daje się znowu słyszeć przez pewien czas (percepcja wtórna Bing'a). Udaający w takim razie utrzymywać będzie, że słyszy dźwięk kamertonu uchem zdrowym.

Być może, że z czasem dobrym środkiem rozpoznawczym głuchoty prawdziwej od udanej okaże się strumień elektryczny, dziś jednak środka tego zastosować nie można z powodu, że elektryczność wogóle jeszcze nie zyskała trwałych podstaw w otyatrii. To samo powiedzieć trzeba o hipnotyzmie, przy pomocy którego otrzymywano pojedyncze wyniki zadawalniające.

Badanie osobników na stan ich słuchu uskuteczniłam w szpitalu w sposób następujący. Przy wizycie rannej, obchodząc chorych, udaję, że nie zwracam uwagi na tych, którzy poddani są obserwacyi, i jakby przypadkowo, to jed-

nemu, to drugiemu rzucam jakieś pytanie i to na pewnej odległości od nich; przytem pilnie zwracam uwagę, jaki wpływ pytanie moje wywiera na danego osobnika, czy nie zarumieni się, czy nie zadrży, nie zwróci na mnie uwagi, nie odwróci się odemnie lub też przybliży do mnie i t. d. Już przy tem badaniu wstępnem nieraz otrzymać można cenne wskazówki co do słuchu osobników, mających być zbadanymi. Badanie odbywa się na zasadach ogólnych, wskazanych w podręcznikach o chorobach usznych ³⁾.

Przedewszystkiem trzeba starannie obejrzeć i w razie potrzeby oczyścić przewody słuchowe zewnętrzne i uwolnić je od woszczku, naskórka, ciała obcych, ropy, krwi i t. d.; przekonać się, czy nie ma zwężeń lub zarośnień kanałów usznych i czy nie ma oznak podrażnienia sztucznego. Oczyszczenie ucha zabiera często wiele czasu; popisowi starają się uszy swoje przedstawić w stanie jak najbardziej zanieczyszczonym. Następnie bada się przewód słuchowy zewnętrzny i błonę bębenkową: jej kolor, nachylenie, przezroczystość, czy nie ma w niej braków, charakter ostatnich; czy nie ma na niej blizn i charakter ich; czy nie jest zanikłą, czy nie ma refleksów nienormalnych, złożeń wapiennych i t. d. To samo badanie powtarza się po wpędzeniu powietrza do jamy bębenkowej, ażeby zobaczyć różnice, pojawiające się na błonie bębenkowej po tym rękoczynie. Potem bada się stan trąbek EUSTACHIUSZ'a, a mianowicie ich przenikliwość, nieprzenikliwość lub też nadmierną szerokość. Następnie próbuje się słuch każdego ucha oddzielnie zapomocą zegarka, słuchomierza, kamertonu, świstawki GALTON'a, mowy ludzkiej i, jeśli potrzeba, trąbki słuchowej. Badany ma podczas badania oczy wolne, lub w razie potrzeby zakryte. Podczas całego badania rozmawiam z badanym już to ciszej, już to głośniej, to blisko, to znowu w pewnej odległości od niego, lub też po za jego plecami i ciągle śledzę jego wyraz twarzy. Udaający nierzadko przy tak prowadzonej rozmowie zdradzi się prędzej, aniżeli gdy jest przygotowany do rozmowy. Badanie odbywa się przy drzwiach zamkniętych, a to w celu, ażeby inni, patrząc na sposoby badania, nie obznajmili się z niemi. Gdy badanie jednorazowe nie wystarcza, następne uskuteczniają się w różnych porach dnia i przy niejednakowej pogodzie.

Stosunek mój do osobników tego rodzaju jest taki sam, jak do chorych w ogóle t. j. ściśle obiektywny. Przy badaniu kieruję się prawem, nauką i ludzkością. Każdy osobnik bez względu na rasę, narodowość i religię, uważany jest przezemnie za chorego dopóty, dopóki nie mam zasady podejrzewać go, że chce mnie podejść. Doświadczenie połączone z teorią, spokój i sumienność, zawsze pozwolą nam wybrnąć szczęśliwie z niejednego trudnego położenia, bez obciążania naszego sumienia, bez zboczenia od włożonych na nas obowiązków i bez wytwarzania fałszywych teorii naukowych.

³⁾ Zupełny brak obszerniejszego podręcznika chorób usznych w języku polskim zadanie to lekarzowi znacznie utrudnia.

Epidemia cholery azyatyckiej w miasteczku Siemiatyczach (gub. Grodzieńska) w roku 1893.

Podał Ludwik Czarkowski.

(Dokończenie.—Zob. Nr. 6).

Z powikłań, prócz podanych już wyżej a zakończonych śmiercią dwóch przypadków zapalenia opon u dzieci i po jednym przypadku: mocznicy, obrzęku płuc, rozległej odleżyny i zgorzeli gardzieli — spostrzegałem nadto trzy przypadki znacznych odleżyn. Z chorób, które są uważane jako następce, widziałem u 5-letniego chłopczyka zapalenie kiszek prostej o charakterze błonicowym, które powstało już po ustąpieniu objawów cholery 9-go dnia i po tygodniowym trwaniu spowodowało zejście śmiertelne. U czworga chorych (kobieta 35-letnia, chłopcy 8-io, 15-to i 18-letni—wszyscy żydzi) po ciężkim okresie zamartwiczym i po przejściu już stanu tyfoidalnego 7-go do 9-go dnia choroby pokazała się wysypka białoróżowa, mająca postać plam, zaledwie nieco wzniesionych nad otaczającą skórę, rozmaitej wielkości i kształtu, od ziarenka soczewicy do ziarenka grochu. Na pierwszy rzut oka wysypka ta przypominała pokrzywkę, ale przy bliższem zbadaniu okazało się, iż znacznie się od niej różni: były to raczej plamy, nie zaś bąble, jak w pokrzywce; wielkość ich nie dorównywała pokrzywkowemu, swędziały bardzo mało i nie paliły wcale. We wszystkich przypadkach wysypka była umiejscowiona li tylko na twarzy i na kończynach, tułów zaś całkiem był od niej wolny. Wysypka rozpoczynała się na twarzy od skroni i kątów ust, jednocześnie prawie ukazywała się na dłoniach; na szyi zaś, rękach i nogach pojawiała się dopiero drugiego dnia, zajmując powierzchnię zgięcia i wyprostną zarówno. W początkach wysypywania się były nieznacznie dreszczyki, ciepłota podnosiła się (najwyżej do 38,7° C.), a po 2-ch dniach, gdy wysypywanie się ukończyło—opadała. Wysypka stała w mierze trzy dni, poczem znikała w tym samym porządku, poczynając od twarzy, bez łuszczenia się. Wysypce towarzyszył zawsze nieżyt oskrzeli. Wszyscy ci chorzy wyzdrowieli.

U trojga chorych (dzieci od 1—7-iu lat) widziałem zmętnienie i powierzchowne owrzodzenia rogówki, powstałe w okresie tyfoidalnym przy wpółotwartych powiekach, zapewne wskutek wysychania, a zarazem siadania much bezpośrednio na gałce ocznej. Przemywanie roztworem kwasu bornego i wkraplanie atropiny usunęło chorobę w zupełności u 2-ch chorych; roczne zaś dziecko zmarło skutkiem wyniszczenia pocholetrycznego.

W leczeniu trzymałem się następujących zasad. Przy dolegliwościach żołądkowych z umiarkowaną (do 5 wypróżnień w ciągu doby) biegunką zalecałem kalomel po 0,3—0,5 zależnie od wieku, dwa lub trzy proszki w odstępach godzinnych; następnie leżenie w łóżku, ciepłe okłady na brzuch, dosyć ścisłą dyetę, za napój miętę, kawę czarną. Z leków salicylan bismutu z *Magist. Bism.* po 0,25—0,3 co dwie godziny. Środki to zwykle skutkowały. Gdy zaś pomimo to biegunka nie ustawała lub gdy chorego widziałem po raz pierwszy już z biegunką częstszą i osłabiającą — wówczas zamiast przetworów bismutu uciekałem się odrazu do salolu co dwie godziny po 0,5—1,0. Po wyżyciu sześciu takich proszków, biegunka znakomicie się zmniejszała lub całkiem ustawała. Niekiedy po pierwszym proszku chory wymiotował, po następnych—już wymiotów nie było i szybko następowało wyzdrowienie. W pierwszym okresie cholery stosowałem salol u wszystkich chorych po nad 6 lat wieku i mogę go polecić jako bardzo pożyteczny. W kilku przypadkach użyty β naftol nie dał mi tych wyników; tem mniej jeszcze polecony do wypróbowania przez Prof. NENCKIEGO ⁴⁾ β naftol-bis-

⁴⁾ Patrz Nr. 2 „Medycyny“ lub „Gaz. Lek.“ z r. 1893.

mut. Każdy z tych środków podawałem po 0,5 co 2 godziny i po upływie doby lub dwóch (gdy stan chorego na przydłuższe czekanie pozwalał) zmuszony byłem przejść do salolu, który mnie nie zawiodł ani razu. W pierwszym i drugim tygodniu epidemii chorzy żydzi z wielką trudnością dawali się namawiać do proszków z powodu, iż kilku chorych, już rozpaczliwych miało sobie zapisaną przez jednego z lekarzy kamforę w proszku; chorzy ci poumierali, a publiczność rozumując, iż *post hoc propter hoc*—opierała się w ogólności przyjmowaniu proszków. Musiałem przeto w kilku przypadkach pospołu z aptekarzem zażywać salol wobec biorących go w aptecę, a gdy pierwsze lody zostały złamane—wówczas zaufanie do salolu tak się wzmogło, iż niejednokrotnie żądano go w aptecę bez recepty.

W lżejszych przypadkach stosowałem też salol, nierażając się, iż pierwszy lub nawet i drugi proszek chory zwymiotował. Zwykle przy użyciu lodu i zapijaniu proszku pół szklanką zimnej wody—wymioty nie następowały, a po jakim 9-ym lub 10-ym proszku chory przychodził do zdrowia. Tu jednak nie poprzestawałem na samym salolu, lecz zarządzałem obok niego Hegarowskie wlewania letniego 1% roztworu garbnika dwa lub trzy razy dziennie, *collodium* na *epigastrium*, lód do polykania, kawę czarną z koniakiem, wodę sodową za napój.

W cięższych przypadkach przy częstych, a obfitych wymiotach, znacznem osłabieniu i małym tętnie salolu nie używałem wcale, lecz roztwór rezorcyny w małych dawkach (0,06—0,1 na 100 *Mixturae gummosae*) z dodatkiem 2—4,0 eteru siarczanego; systematyczne co 3—4 godzin wlewania 1% roztworu garbnika, lód, koniak. Za napój prócz powyższych—sos ogórków kwaszonych. Ten ostatni co godzina po łyżce chorzy bardzo chętnie pili; wyłącznie jednak ograniczyć się na tym tylko środku, jak to ongi usilnie doradzał KRASOWSKI, nie miałem odwagi. W okresie zamartwiczym, gdy jeszcze tętno było wyczuwalne, u dzieci zaś mniej niż dziesięć lat mających i bez tego warunku, stosowałem wyżej podany roztwór rezorcyny, nadto: kamionki do nóg, blaszanki z gorącą wodą na brzuch. W razie kurczów, które spotykałem w połowie przypadków, zalecałem rozcierania kończyn flanelą zmoczoną w *Spir. camphorat.*, *Sp. sinap. aa*; zastrzykiwań podskórnych morfiny — jak to radzą niektórzy — nie robiłem; *collodium* na *epigastrium*, kawa czarna z koniakiem, wlewania z *Ac. tannic.* co 3 godziny, eter pod skórę. W wyższym stopniu okresu zamartwiczego, gdy już tętna nie wyczuwałem—u dorosłych niezwłocznie stosowałem pod skórę pełną szprykę roztworu *Coffeini natro-benzoici* 1 : 4 (na jedno wstrzyknięcie wypada 0,25 *Coffeini*); dawkę tę po dwóch godzinach powtarzałem—i jeszcze dwa lub trzy razy, jeśli tętno się nie zjawiało. Zwykle dosyć było trzech lub czterech zastrzyknięć w ciągu 12-tu godzin; raz tylko zrobiłem osiem zastrzyknięć, gdyż tętno w tym przypadku pojawiło się dopiero po 36-iu godzinach. Z wystąpieniem odczynu i powrotem tętna kofeinę odstawiałem, dając jeszcze w dalszym ciągu koniak z mocną kawą czarną i wino na przemian, za lekarstwo zaś *Ac. mur. dil* 2:200 oraz *Tinct. Moschi orient.*; po upływie jednej doby porzucałem piżmo i poprzestawałem na samym kwasie solnym, z którym chory przychodził do zdrowia. W razie trwającego jeszcze braku łaknienia dawałem odwar kory chinowej.

U małych dzieci zastrzykiwań podskórnych nie robiłem, u starszych nad lat 4 zastrzykiwałem przy wielkim upadku sił po $\frac{1}{2}$ szpryki eteru, zwykle z dodatnim skutkiem; u dwojga zaś, gdy zastrzykiwania eteru chybiły celu t. j. tętno nie wracało, chory stawał się zimny, oddech był coraz słabszy, a prawdopodobieństwo zejścia śmiertelnego bardzo wielkie, odważyłem się na zastrzyknięcie podskórne, chociaż to były dzieci, roztworu *Coffeini natro benzoici* z 0,4:4 *Aquae dest.* Skutek w obu tych razach przeszedł moje oczekiwanie. Historie choroby tych dwojga dzieci w krótkości tu podaję:

1) 6-cio letnia Zuzanna B. zachorowała w nocy z 22-go na 23-ci września o godzinie 8-iej z rana; zastałem ją ciągle wymiotującą, z tętnem zaledwie wyczuwalnem

którego zliczyć niepodobna, niespokojną, ze skórą zimną, mało sprężystą (fałda rozchodzi się b. wolno), co godzinne wypróżnienie podobne do odwaru z ryżu, bezwonem; słowem, z objawami okresu zamartwiczego cholery. Gorące okłady na brzuch i nogi, mięta, lód, były już stosowane przed moim przybyciem. Zaleciłem: 1% roztwór garbnika do wlewań, *Resorcinu puri* 0,06:90 *Mixt. gummosae*, *Aetheris sulphurici* 1,0 co godzina $\frac{1}{2}$ łyżki; kawę czarną z koniakiem (łyżeczkę koniaku na szklanke kawy), eteru pół szpryki pod skórę co 3 godziny, aż zjawi się tętno. O 8-ej wieczorem widziałem chorą powtórnie: pomimo leków i trzech zastrzyknięć eteru, tętna ani śladu, wielki upadek sił, sinica znaczna, oddech chrapliwy. Wtedy zastrzyknąłem dziesięć kropli podanego wyżej roztworu kofeiny, po trzech godzinach poleciłem felczerowi, aby zastrzyknął drugi raz. Już po pierwszym zastrzyknięciu tętno poczęło wracać, po drugim już było dobrze namacalne, wskutek czego więcej wstrzykiwać nie robiono; 24-go z rana zastałem chorą z tętnem dosyć mocnem, 116—120 na minutę, nieprzytomną, z twarzą lekko zarumienioną; spojówki nastrzyknięte, źrenice zwężone, dziecko rzuca się na łóżku, od czasu do czasu krzyczy wielkim głosem. Po zastosowaniu zimnych okładów na głowę, gorczyczników na kark i łydki, odstawieniu kawy i koniaku, objawy te podrażnienia mózgu po 24-ch godzinach minęły i chora w ciągu następnych pięciu dni odzyskała zdrowie do tego stopnia, iż nawet zjedzenie kilku łyżek bigosu na zimno, do którego potajemnie się dorwała, nie zdołało jej zaszkodzić.

Drugi przypadek, zupełnie analogiczny z poprzednim, miałem u 8-letniego Chunya S. Tu trzeba było jednak zastrzykiwania powtórzyć cztery razy, gdyż tętno pojawiło się dopiero po upływie przeszło doby. Chłopak ten zachorował z 29-go na 30-ty września, po okresie zamartwiczym niezmiernie silnym, przeszedł tyfoid choleryczny, nieprzytomny był pięć dni: majaczył, krzyczał, zrywał się z łóżka, mocz trzeba było wypuszczać kilkakrotnie, ciepota nie przekraczała 39°C. 6-go października przy umiarkowanych potach ciepota opadła do 37° i chory odzyskał przytomność; 7-go na noc po nieznacznych dreszczach podniosła się znów do 38,7° i wystąpiła wówczas wyżej już opisana wysypka, pośrednia postać między rumieniem a pokrzywką, oraz zajęcie rogówek. Po dwóch tygodniach chłopak zupełnie wyzdrowiał.

Więcej nie miałem sposobności stosowania u dzieci kofeiny. Jednak na mocy dwóch tych przypadków powziąłem mocne przekonanie, iż w danym razie kofeinie tylko zawdzięczam ocalenie tych dwojga dzieci.

Ze spostrzeżeń swoich i faktów podanych w niniejszej pracy doszedłem do następujących wniosków:

1) Cholera chętniej i groźniej występuje w miejscach położonych nisko: ponad brzegiem rzeki, stawu, ścieków.

2) Żydzi zdają się mieć o wiele większe od chrześcijańskiej ludności usposobienie do tej choroby i znacznie trudniej ją znoszą, dając o wiele większą śmiertelność.

3) Niektóre zawody szczególnie zdają się sprzyjać zarazkowi cholerycznemu, a do takich w naszym miasteczku należały: rzeźnictwo i farbiarstwo. Inno zaś, jak w danym razie ogrodnictwo i garniarstwo, jak gdyby zabezpieczały od cholery.

4) Salol w dwóch początkowych okresach cholery działa bardzo dobrze.

5) W okresie zamartwiczym sodo-bendżwinian kofeiny, użyty wewnętrznie i podskórnie, oddaje istotne usługi jako środek dzielnie pobudzający.

6) Wysypka pocholeryczna, jakkolwiek przypomina nieco z jednej strony pokrzywkę, z drugiej rumień (*Erythema papulosum*), zdaje się przynajmniej klinicznie przedstawiać odrębną postać. Według niektórych autorów wysypka, o której mowa, ma ważne znaczenie pod względem rokowania; obecność jej mianowicie ma zapowiadać zejście pomyślne. Na zasadzie moich spostrzeżeń muszę odmówić wysypce tego znaczenia: występowała bowiem dopiero wtedy, gdy już z innych objawów można było być pewnym pomyślnego zejścia.

7) Zarazek choleryczny może być przenoszony przez osoby i rzeczy.

W końcu dla ścisłości winieniem dodać, iż w ogólnym wykazie zmarłych na cholere umieściłem trzy osoby, które zmarły nie leczone, oraz pomiędzy wyzdrowieniami dwie (żydówki: 56-cio i 19-to letnią), które wyszły obronną ręką pomimo tego, iż nie chciały przyjmować żadnych leków; w okresie zamartwiczym były tylko nacierane, u pierwszej zaś jeden z kolegów zastrzyknął raz *Ol. camphorat*. Ta prócz tego miała znaczną odleżynę w okolicy kości krzyżowej.

BIBLIOGRAFIA I KRYTYKA.

Ropnico-posocznice „lekarskie“

(Les pyo septicémies médicales).

Przez D-ra Etienne lekarza szpitali w Nancy.

Paryż 1893, str. 385.

Sprawozdawca Feliks Arnstein.

Obszerna ta praca, odznaczona nagrodą przez wydział lekarski w Nancy, stanowi studium o ropnicy i posocznicy „lekarskiej“, z punktu widzenia patologii ogólnej i kliniki.

Praca podzielona jest na 4 części, a każda na kilka rozdziałów.

Część pierwsza poświęcona jest historycznemu przeglądowi prac i poglądów, dotyczących się ropnicy i posocznicy, z którego widać, jak zagmatwano były aż do ostatnich czasów pojęcia o obu tych stanach chorobowych, szczególnie zaś, jak dalece fałszywym był pogląd, rozdzielający oba te stany od siebie. Zgodnie bowiem z obecnym stanem naszych wiadomości, niepodobna dziś z punktu widzenia patogenyzy ściśle odgraniczyć oba te stany. Badania bakteryologiczne przekonały, że między ropnicą a posocznicą nie istnieje ścisła pod względem istoty różnica, gdyż tak przy jednej jak i przy drugiej często wchodzą w grę drobnoustroje tego samego rodzaju, które pochodząc z rany ropiejącej, prowadzą rozsiane ogniska ropne (ropnica); które wytwarzając w ognisku ropnem toksyny, mogą być źródłem objawów posocznicy, przyczem same drobnoustroje nie przenikają do ustroju; lub, które pochodząc z jakiejś rany, rozmnażają się w całym ustroju i prowadzą objawy posocznicy bez ropienia.

Niekiedy nakoniec spostrzega się prawdziwą kombinację ropnicy i posocznicy; chory umiera wskutek zakażenia ogólnego, a przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy w narządach załodwie jeden lub dwa małe ropnie, zupełnie nieproporcjonalne do przypadłości chorobowych.

Rozdział drugi tej części poświęcony jest patogenyzie ropnicy połogowej; rozdział trzeci ropnico-posocznicy chirurgicznej; zaczawszy od rozdziału czwartego pierwszej części, reszta pracy poświęcona jest ropnico-posocznicom „lekarskim“.

Pod ropnico-posocznice „lekarskie“ (*pyosepticémies médicales*) autor podciąga te przypadki, w których przypadłości zakaźne nie następują ani po porodzie, ani po operacji chirurgicznej, ani też po wielkim urazie. Powstają one pod wpływem tych samych czynników chorobotwórczych co i ropnico-posocznice chirurgiczne lub położeńnicze, lecz z pozoru samistnie, gdyż:

1) uszkodzenie początkowe, wrota, przez które wnika zarazek chorobotwórczy, nie jest, jak przy posocznicy chirurgicznej lub połogowej, znacznych rozmiarów, niemniej jednak może być widocznym; bywa niem zadrażnienie, nieznaczna ranka, zapalenie gardzieli mikrokokowe lub błonicowe i t. p.

2) uszkodzenie początkowe może nie być zewnętrznym, lecz jego siedliskiem może być błona śluzowa części rodnych lub kiszek;

3) wrotami, przez które wnika zarazek chorobotwórczy, może nie być żadne uszkodzenie; dostaje się on do ustroju przez zdrową powierzchnię skóry, błony śluzowej lub surowiczej;

4) na koniec ropnico-posocznica „lekarska“ może powstać wtórnie w przebiegu innej choroby zakaźnej, jak płonicy, odry, duru i t. p.

Dawniejsi lekarze nie przyjmowali wcale istnienia ogólnego zakażenia ropnego bez rany. Jeszcze GUERIN głosił: „nie ma zakażenia ropnego bez rany“. Dopiero w początkach drugiej połowy bieżącego stulecia KUSSMAUL, WUNDERLICH ogłaszali przypadki samoistnego pierwotnego zakażenia ropnego, a następnie VERNEUIL w pracy swego ucznia (DONNEC) dowodził możliwości zakażenia ropnego bez rany przez jad septyczny (*la sepsine*), wytwarzający się samodzielnie w tkankach. Od tego czasu kwestya w mowie będąca nie zrobiła wielkiego postępu, i dopiero w ostatnich kilku latach ogłoszone zostały liczne spostrzeżenia, odnoszące się do pierwotnej lub wtórnej ropnico-posocznicy „lekarskiej“ i liczne prace (PRADEL, DENNIG, HUTINEL i CLAISSE), zajmujące się badaniem posocznicy „lekarskich“, a STRUEMPEL w ostatnim wydaniu swej patologii poświęca im oddzielny rozdział.

Część druga, poświęcona patogeniezie ropnico-posocznicy „lekarskich“, podzielona jest na 5 rozdziałów, zajmujących się rodzajami drobnoustrojów, wywołujących ropnico-posocznice „lekarskie“, ich pochodzeniem, ich działaniem, okolicznościami, które wzbudzają i wzmagają ich siłę zakaźną, i rolą ustroju w genezie ropnico-posocznicy.

Ropnico-posocznica „lekarska“ należy do zakażeń nieswoistych i zostaje wywołana przez różno drobnoustroje. Są nimi: paciorkowiec, gronkowiec, *bacterium coli commune*, *bacillus pyocyaneus*, *bacillus septicus* i *bacillus liquefaciens*. Ich pochodzenie jest dwójakie: mogą one przebywać od dłuższego lub krótszego czasu w ustroju, lub też być занiesione do ustroju z zewnątrz.

W narządzie trawienia w stanie normalnym znajdujemy liczne drobnoustroje, w jamie ustnej między innymi strepto i stafilocoki; w kiszki oprócz tych ostatnich i *bacterium coli commune*.

I w pierwszych drogach oddechowych często w stanie normalnym znajdujemy drobnoustroje, BESSER, badając jamę nosową u 81 osób, znalazł w śluzie 14 razy diplokokki zapalonia płuc, 7 razy paciorkowce, 14 razy gronkowce, 2 razy laseczniczki FRIEDLAENDER'a. Te same drobnoustroje znalazł też i w śluzie krtani i oskrzeli. I w narządach moczopłciowych u ludzi zdrowych znaleźli różni autorzy (HAUSMANN, LOMER, BUMM, WINTER, STROGONOFF, ROVSING) strepto i stafilocoki. Powierzchnię skóry naszej również zamieszkują liczne drobnoustroje ropotwórcze.

Wszystkie te drobnoustroje, zamieszkujące ustrój w stanie normalnym, mogą przy sprzyjających warunkach rozwiniąć swe chorobotwórcze działanie i być źródłem ropnico-posocznicy „lekarskiej“. Innym razem ropnico-posocznice „lekarskie“ zostają wywołane przez drobnoustroje ropotwórcze, занiesione ze świata zewnętrznego. Tu należą zakażenia przy ukłuciu anatomicznym; zakażenia u akuszerów, czego smutnym przykładem jest śmierć d-ra BLANC'a z Lyonu; zakażenia u zajmujących się zbieraniem szmat (*maladie des chiffonniers*), wywołane wogóle przez lasecznika gnilnego (*bacillus septicus*).

Sposób działania grzybków chorobotwórczych przy ropnico-posocznicy jest różny; mogą one spowodować zaburzenia w ustroju bezpośrednio na drodze mechanicznej przez wytworzenie zatorów (*embolies bacteriennes*) i zakrzepów w narządach, wywołując w ten sposób zawały, niedokrwistość, zwyrodnienia w obrębie pewnych naczyń i t. p. Przez długi czas tym sposobem tłumaczono sobie wyłącznie zaburzenia w czynności narządów przy zakażeniach ogólnych. W miarę jednak postępów bakterjologii przekonano się, że najważniejszą rolę w patogeniezie ogólnych zakażeń przypisać należy toksynom wytwarzanym przez drobnoustroje. BOUCHARD i CHARRIN wykazali, że toksyny, wytwarzane przez lasecznika błękitnej ropy (*pyocyaneus*), mogą spowodować wszystkie te same przypadłości co i sam lasecznik; RODET i COURMONT wykazali wpływ toksyn wytwarzanych przez gronkowce, ROGER zaś przez paciorkowce.

Grzybki chorobotwórcze a szczególnie ropotwórcze, jak wiadomo, zamieszkują w stanie normalnym ustrój nasz. Przebywają one na powierzchni skóry lub błon śluzowych i w ich gruczołach bezkarnie, ponieważ przyroda obdarzyła ustrój środkami obrony, które są dosyć liczne. Przedewszystkiem budowa skóry, jej naskórek stanowi poważną mechaniczną przeszkodę do przejścia przez nią drobnoustrojów. Przeszkoda ta nie jest jednak, jak pokazały doświadczenia GARRE'go i WASSMUTH'a, nieprzezwyciężoną, gdyż zwykłym wcieraniem można ułatwić wniknięcie drobnoustrojów do torebek włosowych. Przeniknięcie drobnoustrojów przez błonę śluzową byłoby prawdopodobnie łatwiejsze. Lecz tu występują nowe czynniki; są nimi ruchy rzęsek,

(*cils vibratils*), w które zaopatrzone są błony śluzowe (tchawicy i wielkich oskrzeli) i które wystarczają do usunięcia zarodków chorobotwórczych, gdy te nie są bardzo liczne. Dalej śluz, wydzielany przez gruczoły śluzowe, ważną też odgrywa rolę w akcji obrony ustroju.

W jamach ustroju pasorzyty stykają się z wydzielinami, które już nietyle mechanicznie jak śluz, lecz przez swe mniej lub więcej wydätne własności przeciwnie zabezpieczają ustrój od ich szkodliwego działania. W jamie ustnej drobnoustroje, a między nimi paciorkowce i gronkowce, zostają szybko zniszczone przez ślinę ludzi zdrowych.

Sok żołądkowy posiada, jak wiadomo, w tym względzie jeszcze wydätniejsze znaczenie. Bardzo ważnym środkiem obrony ustroju jest fagocytoza, która polega na pochlónięciu i zniszczeniu bakterii żywych, które przekroczyły nabłonek, w wyższym stopniu przez leukocyty, w mniejszym przez komórki błony wewnętrznej naczyń, z którymi się stykają. Wszędzie gdzie drobnoustroje przenikają, natrafiają na zbiór leukocytów. W gardzieli rolę fagocytów odgrywają liczne odosobnione lub skupione gruczoły limfatyczne, których siedliskiem jest tylna ściana gardzieli i nasada języka. W kiszki, gdzie istnieją wyjątkowe warunki dla rozwoju drobnoustrojów chorobotwórczych, natrafiają one na warstwę limfatyczną z ogromną ilością leukocytów, gotowych do ich pochlónięcia i zniszczenia.

W oskrzelach i pęcherzykach płucnych drobnoustroje, po przeniknięciu przez nabłonek, natrafiają też na warstwę leukocytów, przeszkadzających dalszej ich wędrówce.

W wielkim związku z fagocytozą jest tak zwana *chemotaxis*; jest to wpływ, jaki wywierają na fagocyty drobnoustroje i ich wydzieliny; jest ona zatem regulatorem fagocytozy. Jest ona dodatnią, gdy te substancje chemicznie przyciągają leukocyty, ujemną—gdy je odpychają. Wogólności, im hodowla jest bardziej jadowita, tem fagocytoza jest słabsza; przeciwnie, im bardziej jad jest złagodzony, tem fagocytoza jest silniejsza.

Jeżeli drobnoustroje przezwyciężyły wszystkie te przeszkody, mogą one jeszcze ze strony krwi i pewnych narządów znaleźć poważną przeszkodę do rozwoju i rozmnożenia. Surowica krwi mianowicie posiada działanie zabójcze dla drobnoustrojów, a pewne narządy: wątroba, szpik kostny, migdały, śledziona, naczynia chłonne—działanie niszczące.

Z drugiej strony istnieje pewna ilość bardzo ważnych czynników, niweczących powyżej podane środki obrony ustroju. Działają one w ten sposób, że 1) zmieniają naskórek lub nabłonek, 2) zmieniają prawidłowe wydzieliny i ich własności przeciwnie i 3) stawiają przeszkodę fagocytozie. Co się tyczy pierwszego, to wszelki uraz, naruszający całość naskórka lub nabłonka, może sprzyjać przejściu zarazków chorobotwórczych. Nie jest jednak koniecznem naruszenie całości; zakażenie może nastąpić przy każdej zmianie naskórka lub nabłonka. Wiemy, że *bacterium coli commune*, zamieszkujący kiszki, może opanować ustrój bez przedziurawienia kiszki; ma to miejsce w pewnych przypadkach uwężgnięcia przepuklin.

Nie ulega wątpliwości, że w oskrzelach np. zwykłe zapalenie, niszczące rżęski nabłonkowe lub zmieniające wydzielinę, niweczy środki obrony ustroju. Co do drugiego, to płyny, znajdujące się w jamach (ślina, sok żołądkowy) i odgrywające tak ważną rolę w obronie ustroju przez swe własności przeciwnie, mogą w zupełności utracić te własności skutkiem różnych zmian w ich składzie chemicznym. Każde np. zaburzenie w chemizmie żołądka, zmniejszające ilość kwasu solnego, zwiększa szanse zakażenia.

Okoliczności, uposledzające wpływ fagocytozy, są dwojakiego rodzaju: miejscowe i ogólne. Do pierwszych należy uraz. Od dawna spostrzeżono wpływ urazu na umiejscowienie drobnoustrojów ropnych w szpiku kostnym. LANNELONGUE i ACHARD na drodze doświadczalnej otrzymywali u zwierząt zapalenie szpiku kostnego w ten sposób: szczepili młodym królikom streptokoki, a następnie sprowadzali sztucznie złamanie kości, przyczem otrzymali ogniska ropne charakterystyczne dla zapalenia szpiku kostnego. Autor w oddziale HEYDENREICH'a w Nancy spostrzegł przypadek zapalenia szpiku kości udowej u kobiety 65-letniej, w następstwie urazu bez uszkodzenia skóry, i jeden przypadek rozlanego zapalenia tkanki łącznej na dłoni i przedramieniu. Uraz tu może działać albo bezpośrednio przez zmianę w odżywianiu tkanek, albo przez wpływ na narząd nerwowy.

I wpływ zimna został dowiedziony doświadczalnie i klinicznie. WOOD spostrzegł przypadki ropnicy u pijaków, pod wpływem wyłącznie zimna. Oprócz okoliczności

miejscowych, wpływ fagocytozy może być zniszczonym przez zmiany czynności narządu nerwowego. Zjawisko to doświadczalnie wykazał BOUCHARD i inni. I klinika również przysłała do tych samych wyników; charakterystyczne pod tym względem jest spostrzeżenie BERNHEIM'a, dotyczące się chorego z prawostronnem połowicznym porażeniem, u którego na skórze twarzy i członków po prawej stronie wystąpiła wysypka pęcherzowa ropiasta. Wysypkę tę można było sobie wytłomaczyć tylko w następujący sposób: pod wpływem zaburzeń troficznych, towarzyszących porażeniu, powstały warunki, sprzyjające przeniknięciu drobnoustrojów ropotwórczych przez skórę, przez nie zamieszkaną. Oprócz powyższych wpływów, niszczących środki obrony ustroju, są jeszcze i inne, które w podobny mniej więcej sposób działają, a mianowicie: przepracowanie (*surmenage*) wszelkiego rodzaju, niedza, złe odżywianie, zatrucia a szczególnie wyskokowe, przebyte choroby miejscowe lub ogólne. (D. c. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

21. Prof. LEOPOLD. I. O gorączce rzeżączkowej w połogu u rodzącej wewnątrznie nie badanej. Tenże. II przypadek zakażenia mieszanego i zapalenia wewnątrzmacicznego pochodzenia rzeżączkowego w połogu. I. Z poprzednich poszukiwań autora wiadomo, że rodzące, które nie podlegały badaniu wewnątrzniemu, zwykle jak najlepiej połóg odbywają. Z dalszych badań okazało się, że z takich rodzących zaledwie 1—2% w połogu gorączkuje. Jeżeli zważymy na to, że w liczbie spostrzeganych znajdowała się pewna liczba i takich rodzących, które były zakażone rzeżączką, to zaiste godnem jest uwagi to, że pomimo istnienia u nich rzeżączki, przebieg połogu był prawidłowy, gdy narządy ich wewnętrzne pozostawiono w spokoju i gdy były one wystawione jedynie na wpływ porodu siłami macicy dokonanego. Gdy jednakże dostrzeżono, że i niebadane wewnątrznie w połogu gorączkują, zaczęto już dosyć dawno dociekać tej przyczyny za pomocą badań drobnowidzowych i bakteryologicznych i przekonano się, po wyłączeniu wszelkich innych możebnych przyczyn, że źródłem tego jest jedynie rzeżączka. Następujący przypadek ma szczególne pod tym względem znaczenie, gdyż położnica nie była ani przed porodem, ani też podczas porodu badana wewnątrznie, ani też nie była przestrzykiwana.

18-sto letnia pierwszotka urodziła płód donoszony; krocze nienaruszone. Oprócz zewnętrznego oczyszczenia, rodzącej nie przestrzykiwano, ani też nie badano jej wewnątrznie ani razu. 3-go dnia ciepłota 37,8°, odchody połogowe cuchnące; przepłukanie pochwy wodą sublimatową 1:4000. Nazajutrz c. 38,6°, przepłukanie powtórzone. Dnia następnego c. 38,2°. Ściany pochwy, szczelina w szyi macicznej, jako też i wargi maciczne szaro-zielonawymi nalotem pokryte. Z różnych miejsc zebrane cząstki tego nalotu i poddane badaniu drobnowidzowemu, nie zawierały nigdzie gronkowców, lecz gromady diplokoków i mnóstwo gonokoków typowych i ciałek ropnych.

Miejsca nalotem zajęte popendzlowano 5% rozczynek kw. karbolowego i macicę przepłukano 2½% takimże rozczynek. Gorączka ustąpiła; przy wyjściu położnicy z kliniki, 15-go dnia po porodzie, żadnego nigdzie nalotu nie było, a w odchodach połogowych znaleziono tylko laseczniczki pochwy i ciała ropne, lecz żadnych gonokoków już nie było. Spostrzeżenie to poucza: 1) że gorączka może wystąpić u rodzącej wewnątrznie nie badanej; 2) że gorączka taka zależy od rozwoju gonokoków w szyi macicznej; 3) że te ostatnie wtedy dopiero znikają, gdy nalot zostanie usunięty, do czego same przepłukiwania pochwy nie wystarczają; 4) że u osoby, u której ani przed, ani też podczas porodu nie ma żadnego, drobnowidzowo podejrzanego, odpływu, a w każdym razie żadnego objawu rzeżączki, 4-go dnia połogu wystąpiły niewątpliwe oznaki tej choroby; 5) poczytywanie gorączki u tej położnicy za samozakażenie nie byłoby uzasadnione, albowiem rodząca ta bądź co bądź już na kilka conajmniej tygodni przed rozwiązaniem jako z zewnątrz zakażona (rzeżączką) winna być uważana. Nakoniec 6) przypadek ten ostrzega, że w praktyce należy zachować jak największą ogłędność w posadzaniu lekarza, akuszerki lub innej osoby, rodzącą obsługującej, o to, że z jej winy wystąpiła gorączka połogowa. Jeżeli w praktyce prywatnej kobie-

ta urodzi prawidłowo, bez dotykania się jej wewnątrz, lecz jedynie po jak najstaranniejszym oczyszczeniu jej zewnątrz; gdy taka położnica 3-go dnia znacznie gorączkować, to należy sądzić, że u niej rozwija się zapalenie wewnątrz-maciczne, pochodzenia rzeżączkowego (*endometritis gonorrhoeica*), i byłoby wielką nieprawością zgóry całą winę zachorowania składać na osoby, podczas porodu pomocy udzielające.

II. Drugi przypadek dotyczy 4-ty raz rodzącej na czasie, dotkniętej nieżyłowym zapaleniem gardła. 4-go dnia połogu znaleziono ściany pochwy i szyję maciczną szaro-zielonawym nalotem pokryte, z którego przygotowane preparaty drobnowidzowe zawierały mnóstwo laseczników i gronkowce, a w niektórych miejscach i paciorkowce. Przy ściślejszym dopiero rozpatrywaniu dostrzeżono gromady typowych gonokoków, zebrane około leukocytów, jakkolwiek w mniejszej ilości, niż w poprzednim przypadku. Leczenie polegało na pendzlowaniu miejsc nalotem pokrytych 5% roztworem kw. karbolowego.

W tym przypadku na szczególną uwagę zasługuje to, że kilkakrotnie powtarzane przestrzykiwanie pochwy wodą sublimatową 1:4000 podczas porodu nie miało żadnego wpływu na zachowanie się i siłę zakażającą gonokoków, ukrytych w szyi macicznej i pochwie. Mieszane zakażenie w tym razie tem się objaśnia, że do rodzącej dotkniętej rzeżączką, przed lub podczas porodu dostały się jeszcze inne drobnoustroje. Najprawdopodobniej było to w związku z zapaleniem gardła, na które rodząca na 8 dni przed porodem zapadła. Przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego w tym przypadku mogło tylko wdrażenie tych drobnoustrojów do narządów wewnętrznych ułatwić.

(*Centralb. f. Gynäk.* Nr. 29 i 31 — 1893)

J. R.

22. Prof. VIERORDT. **W sprawie zapalenia otrzewnej przewlekłego, a w szczególności gruźliczego.** Wiadomo powszechnie, jak dalece zapalenia otrzewnej przewlekłe, a głównie pochodzenia gruźliczego, zwróciły na się uwagę lekarzy. Przypisać to należy całemu szeregowi świetnych, jakkolwiek zagadkowych uleceń, otrzymanych drogą laparotomii. Pomimo tego jednakże nie nastąpiło jeszcze dokładne porozumienie się między internistami a chirurgami odnośnie do racjonalnego traktowania danej sprawy. Zasługuje na uwagę fakt, że tym przedmiotem zajmowali się dotychczas daleko więcej chirurdzy, aniżeli lekarze wewnętrzni; a przecież przypadki zapalenia otrzewnej, w samym początku choroby zwłaszcza, dostają się przedewszystkiem w ręce internisty, który ma dwie trudne do rozwiązania kwestye: naprzód o ile możności wczesne rozpoznanie choroby, powtórnie, w razie bezskuteczności zabiegów leczniczych, zadecydowanie operacyi.

Ile niejasnych stron przedstawia dziś jeszcze gruźlica otrzewnej pod względem rozpoznania i wskazań operacyjnych, wynika dostatecznie z tego faktu, że w ręce chirurga najczęściej dostają się osobniki płci żeńskiej. Nie można objaśnić tego większą częstotliwością pojawiania się choroby u kobiet, gdyż dane, przez autora zebrane, przemawiają raczej przeciwnie; ani też tem, że choroba występuje jakoby u kobiet w postaci więcej nadającej się do zabiegu operacyjnego. Daje się to wyłącznie objaśnić w ten sposób, iż u kobiet, nawet w późniejszym okresie choroby, rozpoznaje się najczęściej mylnie nowotwory jamy brzusznej.

Autor opiera swe wywody na 5 spostrzeganych przez siebie przypadkach u dzieci. Zdaniem jego, nie różnią się te przewlekłe zapalenia otrzewnej niczem od takichże zapaleń u dorosłych.

Co się tyczy wczesnego rozpoznania, to należy odrazu zwrócić baczną uwagę na powolne, stopniowe powiększanie się objętości brzucha i dla tego trzeba zawsze badać chorych w pozycji stojącej. Prócz tego konieczne jest zwrócenie uwagi na podejrzaną objawy towarzyszące: ze strony płuc, innych błon surowiczych (opłucna), wyciek z narządów płciowych, zaburzenia ze strony kiszek, bóle brzucha, biegunki naprzemian z zaparciem, nudności lub wymioty. BERGRUEN i KATZ zwrócili uwagę na to, że mało zabarwione, pozornie bezzłoćciowe stolce są bardzo ważną oznaką gruźliczego zapalenia otrzewnej u dzieci: autor nie podziela tego zapatrywania, ponieważ stolce takie napotyka się niekiedy u dzieci wyniszczonych w ogóle.

Innym razem występuje na plan pierwszy znaczne wzdęcie brzucha i obfita puchlina wodna (*ascites*), bądź swobodna i ruchoma, bądź od samego początku otorbiona. Te ostatnie przypadki dostają się w krótkim stosunkowo czasie do rąk operatora.

Autor zwraca uwagę na jeden objaw, mający podług niego bardzo ważne znaczenie przy rozpoznaniu gruźliczego zapalenia otrzewnej. Mianowicie u małych dziewcząt, zarówno jak i u kobiet ukazuje się w samym początku wypływu gruźliczy z narządów płciowych, który wyprzedza pojawianie się innych objawów gruźlicy otrzewnowej. W tym względzie autor opiera się na 4 dotąd spostrzeganych przypadkach, popartych dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego.

Zwracając się do terapii, V. zaznacza, że nie tylko zwykłe, lecz i niektóre formy gruźliczego zapalenia otrzewnej okazują samoistne zwolnienia lub nawet pozorne samowyleczenie. Jedno takie spostrzeżenie, nie ulegające żadnej wątpliwości, zanotował V. pomiędzy przytoczonymi 5 przypadkami.

Chwila, w której należy przystąpić do operacji, powinna być uchwycona w porę. Będzie to miało miejsce wtedy, skoro środkami wewnętrznymi (spokój, ścisła dyeta) nie osiągniemy po pewnym czasie zatrzymania się sprawy i wessania wysięku, oraz gdy ukażą się pierwsze oznaki charłactwa.

Przekłucie jamy brzusznej należy porzucić zupełnie, gdyż nie dało ono nigdy dobrego wyniku, raczej szkodę spowodowało, a powtórne wkłuwanie trójgrańca na ślepo w obec mogących istnieć zrostów często do celu nie prowadzi.

Natomiast usilnie zaleca V. cięcie brzuszne, szczególnie w przypadkach swobodnego czy otorbionego wylewu surowiczego; mniej pomyślnie działa ono przy wysiękach ropnych. Co do postaci suchej, to cięcie pozostaje bezskutecznem.

Przyczyny skuteczności przecięcia nie są jeszcze znane. Autor przypuszcza, że w zapaleniu gruźliczem otrzewnej mamy do czynienia z osłabioną postacią gruźlicy; za tem przemawia nader mała ilość znajdujących w gruzelkach laseczników. Prócz tego ma tu może pewne znaczenie wzmożony skutkiem zmniejszonego ciśnienia przyływ tętniczy, oraz zdolność otrzewnej do szybkiego wytwarzania twardych błon rzekomych.

W pomyślnie przebiegających przypadkach gruźlicy otrzewnowej należy przyjąć, że i w pierwotnem ognisku choroby sprawa zostaje w dalszym swym rozwoju powstrzymana. Pierwotna bowiem gruźlica otrzewnej, jak wykazał w swej najnowszej i starannej pracy BORSCHKE, nie istnieje zgoła.

(D. Arch. f. kl. Med. T. 52. Z. 1. 2).

H. P.

23. P. KROHL. **Spostrzeżenia kliniczne nad działaniem niektórych przetworów sporyszu (w szczególności kornutyny) na przebieg położu.** KOBERT wydzielił ze sporyszu (*secale cornutum*) trzy składniki: 1. kwas ergotynowy, w wodzie rozpuszczalny; 2. kw. sfacelinowy, rozpuszczalny w wysoku, i 3. kornutynę, przedstawiającą alkaloid. Ta ostatnia jest proszkiem czerwonym lub żółtawym nieznanego składu. Z kwasami: cytrynowym, winnym, solnym, mlecznym i bursztynowym tworzy sole w wodzie rozpuszczalne. Kornutyna, wystawiona na działanie powietrza wilgotnego i światła, szybko się zmienia: traci rozpuszczalność w wodzie i rozcieńczonych kwasach i barwa jej staje się ciemniejszą. Zdaniem KOBERT'a, tylko kw. sfacelinowy i kornutyna wywołuje skurcze maciczne; kw. ergotynowy nie wywiera żadnego działania tak, że spostrzegane przez autorów francuskich działanie ergotyny zależy, według doświadczeń KOBERT'a, od domieszanej do niej kornutyny.

Autor przeprowadził swoje spostrzeżenia w klinice położniczej w Pradze, na 120 zdrowych młodych pierwiastkach, z których 40 podawał kornutynę zaraz od pierwszego dnia położu, 40 ergotynę, a pozostałym 40 nie dawał żadnego leku. Kornutynę KOBERT'a podawano w pigułkach (*Cornutini* (KOBERT) 0,08, *Argillae* 3,0. M. f. ope aquae et glycerini ana q. sat. ut f. pilul. Nr. 20) trzy razy na dzień po 2 pigułki. Ergotynę podawano w roztworze.

Wyniki spostrzeżeń autora są następujące:

1) Kornutyna (KOBERT'a) bardzo często, rzadziej zaś ergotyna (*Extr. secal. cornuti spiss. Pharm. Austr. VII Merk, Darmstadt*) wywołuje wyraźne skurcze poporodowe macicy u pierwiastek, zwłaszcza w pierwszych dniach położu. 2) Związaniu się macicy (*involutio*) wielce sprzyja ergotyna, lecz szczególnie kornutyna. 3) Przy użyciu tego leku zmniejszanie się macicy jest szczególnie wyddatne w pierwszych dniach położu. 4) Przy podawaniu jednego lub drugiego leku już w pierwszych dniach położu następuje wydalenie nazewnątrz większych skrzepów krwi, co bez użycia tych leków zwykle znacznie później następuje. 5) Zaciśnięcie ujścia wewnętrznego macicy przy użyciu ergotyny albo kornutyny następuje

o wiele wcześniej. 6) Również i odchody połogowe białe pojawiają się wcześniej, niż bez użycia tych leków. 7) Zwolnienie tętna wyraźne występuje przy podawaniu ergotyny, lecz szczególnie przy użyciu kornutyny; tętno jest przeciętnie znacznie wolniejsze, niż bez użycia tych leków. 8) Na ciepłotę ciała w połogu nie okazuje żadnego wpływu ani jeden, ani drugi z tych przetworów sporyszu. 9) Na wydzielanie się mleka ani kornutyna, ani ergotyna nie wywierają wpływu, ani też żadnego szkodliwego działania nie okazują na matkę, ani też na dziecko przez nią własną piersią karmione.

W klinice położniczej w Pradze trzymają się następujących wskazań i przeciwwskazań do użycia kornutyny lub przetworów ergotyny, kornutynę zawierających (*ergotinum Bombeloni*).

Wskazania: 1. Przy każdej operacji położniczej, zwłaszcza na kilka minut przed cięciem cesarskim. 2. Przy zwałeniu (*atonia*) macicy. 3. Po ręcznem wydaleniu łożyska, jako też reszek jaja płodowego przy poronieniu lub wymiękłego płodu. 4. Przy nadmiernem rozciągnięciu macicy wskutek porodu bliźniętami lub puchliny osłon płodowych (*hydramnios*), a to celem zapobieżenia zwałeniu macicy z powodu nagłego jej opróżnienia. 5. W połogu przy upośledzonym zwijaniu się macicy i długo trwających odchodach krwistych. 6. Przy zapaleniu wewnątrzmacicznym w połogu (*endometritis puerperalis*) obok przestrzykiwań pochwy, a szczególnie po przemyciu jamy macicznej.

Przeciwwskazane jest użycie tych leków: 1. Przy krwawieniu podczas ciąży. 2. Przy słabych bólach porodowych, zwłaszcza przy miednicy ściśnionej, przy guzach wypełniających małą miednicę albo też zacieśniających miękką drogę porodową, przy tępcu macicy i przy zwężeniach ujścia macicznego.

Dodać wreszcie należy, że obecnie kornutyna jest jeszcze zbyt drogim lekiem (1 grm.=20 rub.), albowiem znajduje się w bardzo małej ilości i to tylko w świeżym sporyszu, jako też i z tego powodu, że otrzymywanie jej jako przetworu czystości pożądanej jest bardzo trudne. Tak w postaci pigułek jako też rozczyńców nie może być długo przechowywana, gdyż łatwo się rozkłada; musi być zatem zawsze świeżo przygotowana. Tej ostatniej niedogodności zaradzono przez wyrabianie wyjałowionego roztworu i przechowywanie go w banieczkach szklanych zatopionych, zawierających 0,005 kornutyny (na jedno wstrzyknięcie podskórne)¹⁾.

(*Archiv f. Gynaekol.* 45 Bd. I Heft 1893).

J. R.

List otwarty do Redakcji Medycyny.

Szanowny Redaktorze! Kol. KRAMSZTYK w N-rze 6 „Medycyny“ z r. b. dodaje kilka uwag do mego artykułu „O endemii ospy w Warszawie i o profilaktyce takowej w związku z profilaktyką chorób zakaźnych w ogólności“.

W całym dziennikarstwie uważa się za rzecz pożądaną, ażeby tego rodzaju uwagi skierowane były do tegoż pisma, w którym znajduje się ulegająca krytyce praca, w przeciwnym bowiem razie czytelnicy jednego pisma pozbawieni są „uwag“, czytelnicy zaś drugiego — łatwości poznania bliższego rzeczy, która zdołała zwrócić na się uwagę tego autora. Jakoż nie idąc za przykładem kol. KRAMSZTYKA, uważam za rzecz konieczną zwrócić się do Ciebie, Szanowny Redaktorze, z następującem wyjaśnieniem rzeczy: Kolega KRAMSZTYK wspomina na czele uwag swych, że „do środków używanych obecnie w celu rozpowszechnienia szczepienia ospy możnaby, zdaniem kol. POLAKA, dodać jeszcze jeden tylko t. j. peryodyczne szczepienie ospy możliwie całej ludności w mieszkaniach“. Należałoby jednak wspomnieć, iż w pracy swej ściśłemi liczbami dowodami przekonać staram się, że przedewszystkiem tylko szczepienie obowiązujące mogło by być za niezawodny środek uważane. Gdyby istniało to prawo, wówczas ludność szczepioną byłaby przez rok cały i to szczepioną bezwarunkowo skutecznie. Utrzymywanie stacyi przy cyrkulach przez rok cały, jak żąda kol. KRAMSZTYK, przy braku obowiązującego szczepienia nie doprowadziło by do celu. Jako dowód niech posłuży nam instytut pod moim kierunkiem pozostający: w porze letniej zdarzają się dni, w których do 300 dzieciom ospa się szczepi, zaś przez całą zimę i jesień w ciągu około sześciu miesięcy razem taka ilość się nie zbierze. Ztąd wniosek

¹⁾ Apteka Rutkowskiego w Warszawie takie banieczki z kornutyną sprzedaje.

oczywisty, że nie opłaciłoby się utrzymywać stacyi szczepienia przez rok cały przy braku obowiązującej wakcynacji i że instytut przy szpitalu Dzieciątka Jezus przez cały rok otwarty, aż zaudatowano w tej mierze wystarczającą, znaczną odległością instytutu od dalszych okolic Warszawy trudno rzecz tłumaczyć, gdy z najbliższych okolic w półroczu zimowym nie chcą ludzie przychodzić.

Dalej mówiąc o skuteczności szczepień, wspomina kol. KRAMSZTYK: „W pracy kol. POLAKA znajdujemy przytoczone jako przyczyny (nieskuteczności): sposób wykonania samej operacji, zachowanie się dzieci po zaszczepieniu ospy (ścieranie w tłoku świeżo zaszczepionej ospy). Jabym dodał do tego i mniej skuteczne własności samej limfy podczas upalnej pory roku. Czyżby kolega KRAMSZTYK nie spostrzegł *curse* wydrukowanych słów moich natychmiast po tamtych przytoczonych przez kol. KRAMSZTYKA: „Najważniejszą jednak w sprawie tej rolę odgrywa własność samej limfy“, o czem następnie całą stronę podaję. Racz przyjąć etc.

J. Polak.

Odpowiedź koledze POLAKOWI.

Artykuł kol. POLAKA w „Zdrowiu“ posłużył mi za punkt wyjścia do kilku uwag, jakie w sprawie szczepienia ospy w „Medycynie“ pomieścić sobie pozwoliłem. Ani krytyki artykułu tego pisać, ani też żadnych zarzutów kol. POLAKOWI czynić nie miałem zamiaru. Z tego powodu nie wspominałem o poruszonej obszernie przez autora kwestyi obowiązkowego szczepienia ospy. Zwróciłem uwagę, że i przy istniejących obecnie warunkach możnaby znacznie większej liczbie dzieci zaszczepić ospę, gdyby szczepienie odbywało się przez rok cały. Pisząc to, miałem na myśli przedewszystkiem instytut szczepienia ospy przy szpitalu Dzieciątka Jezus, dwa szpitale dla dzieci i inne szpitale, w których otwarte są ambulatorya dla dzieci. Jasną jest rzeczą, że publiczność chętniej udawać się będzie do tych instytucyi, aniżeli do stacyi szczepienia ospy, urządzonych przy cyrkułach. Toż kol. POLAK sam przyznaje w liście swoim, że gdyby istniało obowiązkowe szczepienie, ludność szczepiona byłaby przez rok cały i to bezwarunkowo skutecznie. Cóż obecnie stanie temu na przeszkodzie, jeżeli szczepienie przez rok cały odbywać się będzie?

Dalej kol. POLAK czyni mi zarzut, że nie spostrzegłem w artykule, pomieszczonym w „Zdrowiu“, całej stronnicy o własnościach limfy i jakoby uważał tę kwestyę za poruszoną dopiero przeze mnie. Owszem, czytałem cały artykuł i to z uwagą, ale ja tylko w obronie żądania co do szczepienia ospy przez rok cały dodałem spostrzeżenie swoje, że właśnie podczas upalnej pory roku zdarzają się najczęściej nieskuteczne szczepienia ospy, że więc limfa jest w tej porze najmniej do szczepienia odpowiednia.

Go się tyczy nakoniec żalu, wyrażonego przez kol. POLAKA, że pożądanem byłoby, aby uwagi skierowane były do tego pisma, w którym znajduje się ulegająca krytyce praca, zwrócić muszę uwagę, że nie szło mi o krytykę, ale o rzecz samą. Pragnąłem, aby życzenie moje, co do szczepienia ospy przez rok cały, jak najprędzej w czyn wprowadzone zostało. „Zdrowie“ wychodzi niestety tylko raz na miesiąc, list mój mógłby dopiero za dwa tygodnie być w tem piśmie pomieszczony, odpowiedź moja na zarzuty kol. POLAKA najwcześniej za sześć tygodni, a w sposób, w jaki postąpiłem już dziś, w dwa tygodnie od chwili ukazania się pracy kol. POLAKA rzecz cała jest wyjaśniona i pochlebiam sobie, ku zadowoleniu stron obydwóch.

Juljan Kramsztyk.

Profesor Teodor Billroth.

(Wspomnienie pośmiertne).

Pierwszorządna gwiazda w nowoczesnej konstelacyi lekarskiej zgasła. Zmarły Profesor BILLROTH świecił na szerokiem polu lekarskiem, jako autor, pedagog i operator przez 40 prawie lat, światłem potężnem, szeroko rozchodzącem się na obie półkule świata i sięgającym we wszystkie zakątki, gdzie tylko nauka i sztuka lekarska jest uprawiana.

Ś. p. BILLROTH urodził się na wyspie Rugii 26 kwietnia 1829 roku. Studya lekarskie odbywał w Gryfii, Getyndze i Berlinie. W r. 1852 na tym ostatnim uniwersytecie uzyskał stopień doktorski za rozprawę pod tytułem „*De natura et causa pulmonum affectionis quae nervo utroque vago dissecto exoritur*“. Następnie został asystentem kliniki prof. LANGENBECK'a w Berlinie, zrobiwszy przedtem podróż naukową do Paryża i Wiednia, mianowany jednocześnie prywatdocentem anatomii patologicznej w berlińskim uniwersytecie (1856). W roku 1860 powołany na profesora kliniki chirurgicznej do Zurichu, działalność swoją tam rozwijał przez 7 lat, t. j. do roku 1867.

Będąc jeszcze asystentem przy wielkim mistrzu LANGENBECK'u i docentem przy Uniw. berlińskim, BILLROTH pracami swojemi, ogłoszonymi drukiem, zwrócił na siebie uwagę lekarzy, widzących w nim niepospolitego badacza. Prace takie jak: „Ueber den Bau der Schleimpolypen“, „Untersuchungen ueber die Entwicklung der Blutgefäße“, „Die Eintheilung, Diagnostik und Prognostik der Geschwülste von chirurgisch-klinischem Standpunkte“, „Historische Studien ueber die Beurtheilung und Behandlung der Schusswunden vom XV Jahrhundert bis auf die neueste Zeit“—prace, oparte na samodzielnych badaniach i spostrzeżeniach, otworzyły mu podwoje do katedry kliniki chirurgicznej w Zurichu. Jako klinicysta i niepospolity anatomo-patolog, we wszechnicy Zurichskiej BILLROTH zjednywał sobie niezmiernie szybko uznanie świata lekarskiego, a sława jego rosła z dniem każdym, rozchodząc się szeroko. Poważna praca „Beobachtungs-Studien ueber Wundfieber und accidentelle Wundkrankheiten“ i wkrótce potem wydane monumentalne dzieło „Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in 50 Vorlesungen“ (1863), które kilkunastu doczekało się wydań, rozniosło sławę autora w krótkim czasie na wsze strony świata. Nie było też chirurga, odbywającego podróż naukową poza granicami swojego kraju, który by nie pragnął zwiedzić kliniki Zurichskiej i usłyszeć żywego słowa jej znakomitego i słynnego profesora.

W roku 1867 BILLROTH został powołany na Dyrektora kliniki chirurgicznej do Wiednia, po śmierci prof. SCHUH'a i objął to stanowisko, będąc już otoczony sławą najznakomitszego nowoczesnego chirurga, która potęgując się wciąż nie przyćmiła się aż do końca jego działalności przez lat 26, t. j. do chwili, kiedy telegramy rozniosły wieść o nagłej prawie śmierci jego w Abbazyi dnia 6 lutego r. b.

Gruntowne naukowe wykształcenie, niezmierna bystrość i subtelność spostrzegawcza, potoczność mowy, obrazowość i jasność wykładu obok pewnej lekkości; śmiałość, pewność i biegłość wykonywania operacji, a do tego rzadka pomysłowość i obszerne doświadczenie, składały się w tym człowieku na olbrzymią całość, czyniąc go najznakomitszym chirurgiem ostatnich czasów. Nic więc dziwnego, że klinika BILLROTH'a stała się prawdziwą świątynią wiedzy chirurgicznej, w której każdy fachowiec pragnął zaczerpnąć jakąś część czystych i jasnych promieni z niej bijących. Na wykładach BILLROTH'a audytorium przepelnione było zwykle nie tylko studentami lecz i lekarzami rozmaitych szkół i narodowości, różnych specjalności, różnego wieku.

BILLROTH równie pociągał jasnością i treściwością wykładów swoich na katedrze jak i w pracach ogłoszonych drukiem. Dziwna łatwość i swoboda wykładów, jaką posiadał, cechują prace jego autorskie. Niepodobna tu wyliczać tych setek jego specjalnych prac chirurgicznych, któremi zaznaczył i uwiekopomnił działalność swoją autorską. Dalekie też robił wycieczki po za obręb nauki czystej lekarskiej i specjalnie chirurgii. Jako naczelny chirurg oddziału armii niemieckiej, podczas kampanii francusko-niemieckiej w r. 1870, wykazał BILLROTH niepospolitą znajomość i dar organizacyjny w urządzaniu lazaretów i zarządzie wojennej służby lekarskiej, i z tej dziedziny cenne wydawał prace. W związku z medycyną będące prace jego historyczne, encyklopedyczne i pedagogiczne noszą te same cechy niezmiernie obszernej wiedzy i spostrzegawczości umysłu. Wydana w roku 1876 książka pod tytułem „Das Lehren und Lernen der medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der deutschen Nation....“ zrobiła w swoim czasie niepospolite wrażenie w szerokiej kołach społecznych Wiednia i gdzieindziej i naraziła poniekąd autora na rozgoryczenia partii judofilskiej, za zbyt może ostre wypowiedzenie poglądów na młodzię żydowską, poświęcającą się medycynie i jednocześnie uprawiającą inne interesy, niemające z tą nauką związku. Spis szczegółowy prac BILLROTH'a do 1881 roku pomieściła „Wiener medicinische Wochenschrift“ pag. 225, gdzie też czytelnika odsyłamy. Dzieła BILLROTH'a tłumaczone były na liczne języki. W polskim przekładzie posiadamy jego patologię chirurgiczną i książkę o pielęgnowaniu chorych.

Tradycja szkoły BILLROTH'a długo nie wygaśnie; liczni jego uczniowie zajmują katedry w rozmaitych uniwersytetach niemieckich i w pokolenia dalekie zasługi niespożyte tego wielkiego męża przekazały.

Juljan Kosiński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

== SCIOŁA uważa wcierania z gwajakolu i kreozotu za bardzo skuteczny środek przeciwgorączkowy. Gorączka przy suchotach płuc, zapaleniu opłucnej, szkarlatynie, róży i odrze spada nagle do 37—36,5°; stan bezgorączkowy trwa 5—8 godzin. Dawka wynosi 0,02; należy

ją palcem lub pendzelkiem wetrzeć w jakiekolwiek miejsce skóry i przykryć je watą. Już po 15 minutach czują chorzy w ustach charakterystyczny smak gwajakolu, a po 1—3 godzinach zaczyna ciepłota spadać. Nie spostrzegał autor nigdy białkomoczu i innych złych skutków,

wywieranych przez środki przeciwgorączkowe. FEDERICI używał także wcierań z kreozotu i gwajakolu u dzieci a zawsze z dobrym skutkiem. (Wiener klin. Wochensh. 45—1893).

== NONN wywołuje sztuczne oddychanie u dzieci, urodzonych w stanie pozornej śmierci, za pomocą następującego postępowania. Górna część tułowia dziecka spoczywa na dłoni lewej ręki, palec wskazujący podtrzymuje głowę. Druga ręka trzyma nóżki. Operator przygina uda dziecka do brzucha tak, aby wywarło nań silny ucisk, jednocześnie ręką podtrzymującą tułów ściska energicznie klatkę piersiową, następnie wyprostowywa nóżki i jednocześnie przestaje wywierać ucisk na klatkę piersiową. Pierwszy ruch naśladuje wydech, drugi wdech. Manipulację tę należy powtarzać tak długo, dopóki dziecko nie zacznie prawidłowo oddychać. Zaletą jej jest, że wykonywana nawet przez nie-lekarszą, szkody dziecku przynieść nie może. (Der Frauenarzt 1893. str. 520).

== FENWICK opisuje przypadek bardzo ciekawy. 3-letnie dziecko wstąpiło do oddziału z powodu nagłej duszności. Zupełny brak łaknienia zmuszał do wprowadzania pokarmów przez zgłębnik. W gardle nic nie znaleziono. Pokarmy, które dziecko bezustannie wymiotowało, nie zawierały ani śladu kwasu solnego. Po zrobionej laparotomii (!) dziecko zmarło nazajutrz. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono błonicę krtani pierwotną, błony dyfteryczne sięgały głęboko do drobnych oskrzeli. Żołądek był całkowicie pokryty jedną błoną dyfterytyczną, która sięgała aż do odźwiernika. Błonica żołądka jest postacią niezmiernie rzadką, zdarza się wyłącznie niemal u dzieci chorych na błonicę gardzieli. (Mercr. med.). Gr.

== SARGENT przeprowadził szereg doświadczeń u 12 dziewcząt, w celu wyjaśnienia, jaki wpływ wywiera gorset na serce. Dziewczęta przebiegały 440 jardów naprzemian

to w gorsecie, to bez niego. Bieg trwał $2\frac{1}{2}$ minuty. Doświadczenia powtarzały się co drugi dzień. Przed doświadczeniem liczba uderzeń serca przeciętnie wynosiła 84, po biegu zaś 152. Obwód talii wynosił 25 cali. Na drugi dzień po włożeniu gorsetu talia zmniejszyła się do 24 cali, a tętno po biegu dochodziło do 168. Nie pozwalamy na wysiłki mięśniowe ludzioru, u których tętno przewyższa 160, z powodu łatwo zdarzyć się mogących groźnych następstw, a w takim właśnie położeniu znajdują się kobiety, ściskające się gorsetem. (The New-York Medic. Journ. Grudz.). J. Sz.

== FOA wyróżnił dwie odmiany pneumokoka FRAENKEL'a; jedna, zwana *pneumococcus*, spotyka się przy zwykłym niepowikłanym zapaleniu płuc; szczepiona zwierzętom, zabija po 24 godzinach, wywołuje obrzęk w miejscu szczepienia, miękki obrzęk śledziony, zabija płód u zwierząt ciężarnych bez wywołania poronienia. Druga odmiana, zwana *meningococcus*, spotyka się przy zapaleniu opon mózgowych i zapaleniu ucha środkowego; u zwierząt nie wywołuje obrzęku, lecz wywołuje twardy obrzęk śledziony wskutek ścięcia włókienka, ścina go również w kłębkach nerkowych i cokolwiek w wątrobie, wywołuje wreszcie poronienie; ginie w trupach i hodowlach pręcej, niż pierwszy. Możliwe jest zakażenie mieszané, jak również druga odmiana może wywołać surowicze zapalenie opon, a pierwsza zapalenie płuc nacechowane nadzwyczajnym stwardnieniem tkanki. Łatwiej uodpornić zwierzęta przeciw drugiej postaci, niż przeciw pierwszej. Odporność przeciw jednej postaci nie nadaje odporności przeciw drugiej. Uodpornianie surowicą swoistą daje nieznaczne wyniki. Istnieje jeszcze jedna odmiana drugiej postaci, układająca się w długie lancuski i nazwana *streptococcus lanceolatus*; różnica tu tylko morfologiczna.

Ż.

Wiadomości bieżące.

— Koszta studyów lekarskich w Anglii wynoszą od 587—734 funtów szterlingów (około 15—18,000 franków) przez pięć lat. Koszt zaś dyplomu lekarskiego wynosi 26 funtów szterlingów czyli około 650 franków. Kolegium królewskie chirurgów w roku 1892 zebrało z egzaminów i dyplomów, dających prawo praktyki, w całej Wielkiej Brytanii 2000 funt. szterlingów (około 50,500 franków). (Lyon médical. N. 4. 1894 r.).

— W Niemczech liczba lekarzy wzrosła w ostatnim roku przeszło o 5%. W roku 1892 w Niemczech było lekarzy 20,500, zaś w roku 1893 — 21,621. Zwiększenie liczby lekarzy w Berlinie jest jeszcze znaczniejsze, gdy bowiem

w roku 1892 było lekarzy 1,636, pod koniec 1893 r. liczba ta wzrosła do 1,799 t. j. o 10%. W całych Niemczech jest 915 dentyków dyplomowanych, w samym zaś Berlinie 166. Liczba farmaceutów dochodzi w Niemczech do cyfry 4,988 czyli przypada 1:10,000 mieszkańców. Berlin posiada 84 szpitale i zakładów leczniczych z 9,000 łózkami; na 10,000 mieszkańców przypada około 57 łóżek. (Lyon médical. 4—94).

— Podług „Hamburger Freisinnige Zeitung“ w Prusach w przeciągu roku zmarło 1,200 osób na *delirium tremens* i 500 zakończyło życie samobójstwem w skutek pijaństwa. (Lyon médical. 4—94).

NOWOŚCI LEKARSKIE

PODANE PRZEZ

Księgarnię E. WENDE i S-ka, Krakowskie-Przedmieście Nr. 9.

	M. Pr.
Albrand, Sehproben. gr. 4. Leipzig, Hartung & S.	3 20
Allara, V., Der Kretinismus. Seine Ursachen u. seine Heilg. Aus dem Ital. von Meriau. gr. 8. M. 2 Tab. Leipzig, Friedrich.	6 —
Altmann, R., Die Elementarorganismen u. ihre Bez. zu den Zellen. 2. Aufl. Lex.-8. M. 9 Abb. u. 34 farb. Taf. Leipzig, Veit & Co.	32 —
Arbeiten aus dem Kaiser- u. Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhause in Berlin. II. Bd. Herrn Virchow zum 50. Doctor-Jubiläum, gewidmet v. Baginsky. Lex.-8. M. Abbildg. u. graph. Fig. Stuttgart. Enke.	11 —
— aus dem pathologischen Institut in Göttingen. Hrn. Virchow zur Feier seines 50 jähr. Doctor-Jubiläums gewidmet v. Orth. gr. 8. M. 10 Holzschn. u. 3 Taf. Berlin, Hirschwald.	8 —
Archiv f. mikroskopische Anatomie, hrsg. v. Hertwig, v. la Valette St. George u. Waldeyer. Namen- u. Sachregister zu Bd. XXXI—XL, bearb. v. Schirmeyer. gr. 8. Bonn, Cohen.	5 —
— der naturwissenschaftlichen Landesdurchforschung v. Böhmen. VII Bd. Nr. 1. Lex.-8 Prag, Rivnac.	2 —
Arndt, R., Kraft u. Kräfte. gr. 8. Greifswald. Abel.	1 50
Arzruni, A., Physikalische Chemie der Krystalle. (S.-A.) gr. 8. M. 8. Abb. Braunschweig, View. u. Sohn.	7 50
Atlas, internationaler, seltener Hautkrankheiten. Hrsg. v. Unna, Morris etc. 9. u. 10. Heft. Fol. Hamburg, Voss.	20 —
Auvard, A., 100 illustr. Fälle aus der Franen-Praxis. Deutsch bearb. v. Rosenau. gr. 16. M. Abb. Leipzig, Abel.	6 —
Baus, I. H., Gesundheit u. langes Leben. 8. Leipzig, Keil's Nf.	5 —
Bachelet, Conseils aux mères sur la manière de nourrir les enfants et de se nourrir elles-mêmes. 16. Paris, Baillière et fils.	Fr. 4
Bachmann, Frz., Was ist Krankheit u. wie heilen wir? gr. 8, Berlin, Steinitz.	2 80
— O., Leitf. zur Anfertg. mikroskopischer Dauerpräparate. 2. A. gr. 8. M. 104 Abb. Münch. Oldenbourg.	6 —
Bähr, F., Ueber Kompressionsbrüche desersenbeines. 8 Leipz. Breitk. u. H. (Sam. klin. Vortr. 84). — 75	— 75
Barlow, Casuistisches zu traumatischen Neurose. (S.-A.) Lex.-8. M. Fig. München, Lehmann.	1 —
Basch, v., Ueber latente Arteriosclerose u. d. Bez. zu Fettleibigkeit, Herzerkrankungen etc. (S.-A.) Lex.-8. Wien, Urban & Schw.	1 —
Beaunis et Bouchard, Nouveaux éléments d'anatomie descriptive et d'embryologie. 5 éd. Av. 557 Fig. 8. Paris, Baillière et fils.	Fr. 25
Beauregard, H., Le microscope et ses applications. 8. Paris, Masson.	Fr. 2 1/2
Bechterew, W. v., Die Leitungsbahnen im Gehirn u. Rückenmark. Uebers. v. Weinberg. gr. 8. M. 16 Abb. u. 1 Taf. Leipzig, Besold.	6 —
Becke, F., Ueb. d. Bestimmbarkeit der Gesteinsgemengtheile. (S.-A.) Lex.-8. M. 3 F. u. 1 Ph. Wien, Tempsky.	— 70
Beilstein, Fr., Handbuch der organischen Chemie. 3. Aufl. 1. Bd. Lex.-8. Hamburg, Voss.	45 —
Beiträge zur klinischen Medicin u. Chirurgie. 4. u. 5. Hft. gr. 8. Wien, Braumüller.	4 —
Bentley, A. J. M., Beri-Beri: ist etiology, symptoms, treatment and pathologie. 8 London, Pentland. sh. 10	10
Berthelot, M., Prakt. Antlg. zur Ausführung thermochemischer Messungen. Dtsch. v. Siebert. 8. M. Abb. Leipzig, Barth.	2 —
Bibliothek gemeinnütziger Heilkunde. IV. Bd. 12. Wien, Hartleben.	2 —
Inhalt: Wechsler, Das menschl. Auge im ges. u. kr. Zust.	
Bischoff, C. A., Handbuch der Stereochemie. 1. Bd. Lex.-8. M. 250 Abb. u. 1 Taf. Frankfurt, Bechhold.	14 —
Boek, F., Die angeborenen Kolobome des Augapfels. gr. 8. M. 29 Abb. auf 6 Taf. n. 6 Fig. Wien, Saffa.	8 —
Bonnet et Petit, Traité pratique de gynécologie. 8. Av. 297 Fig. Paris, Baillière et fils.	Fr. 15
Bordier, H., De l'acuité visuelle. 8. Av. 25 Fig. et 1 pl. Paris, Baillière et fils.	Fr. 5.
Brandt, T., Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten. 2. Aufl. gr. 8. M. 55 Abb. Berlin, Fisch. med. Bh.	6 —
Breuns, C., Ueb. wahre Epithel führende Cystenbildung in Uterusmyomen. Lex.-8. M. 6 Fig. u. 1. Taf. Wien, Deuticke.	2 50
Bronn's, H. G., Klassen u. Ordnungen des Thier-Reichs. 3. Bd. Suppl. 1. Lfg. gr. 8. Leipzig, Winter.	1 50
Brousse, A., Leçons sur le choléra. 8. Paris, Battaille et Co.	Fr. 1 1/2
Brun, H. de., Maladies des pays chauds (maladies de l'appareil digestif, des lymphatiques et de la peau). Paris, Masson.	Fr. 2 1/2
Bumm, A., Experimentelle Untersuchungen üb. das Corpus trapezoides u. den Hörnerven der Katze. Im 4. M. 21 Abb. Wiesbaden, Bergmann.	10 60
Burgerstein, A., Vergleichend-anatomische Untersuchungen des Fichten- u. Lärchenholzes. (S.-A.) Imp.-4. Wien. Tempsky.	2 —
Campagnolle, R. de., Physik f. d. Tentamen physicum. 8. Leipzig, Deichert Nf.	1 40
Caro, N., Darstellung v. Chlor- u. Salzsäure unabhängig v. der Leblanc-Soda-Industrie. gr. 8. M. 33 Fig. Berlin. Oppenheim.	3 —
Charité-Annalen, Red. v. Schaper. 18. Jahrg Mit Fig. u. Tab. gr. 8. Berlin, Hirschwald.	20 —
Chemiker-Kalender 1894. Von Biedermann. 15. Jahrg. Mit. 1 Beilage. gr. 16. Berlin Springer.	4 50
Chippault, A., Etude de chirurgie médullaire. Historique — chirurgie opérat. — traitement. 8. Av. 66 grav. et 2 pls. col. Paris, Alcan.	Fr. 15
Cohn, Tafel zur Prüfung der Sehschärfe der Schulkinder, Soldaten, Seelente u. Bahnbeamten. 4. Auß. Mit. 1 Blatt Text. gr. 4. Breslau, Priebatsch.	— 50
Coifiler, Précis d'auscultation. 3. éd. 18. Av. 90 Fig. Paris, Baillière et fils.	Fr. 5
Comby, J., Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants. 18. Paris, Rueff et Co. Fr. 10	Fr. 10
Commence, O., Syphilis et prostitutions chez les insoumises mineures (1878—87). 8. Paris, Masson. Fr. 3 1/2	Fr. 3 1/2
Congrès, septième, de Chirurgie (1893). Publ. par Picqué. 8. Av. 33 Fig. Paris, Alcan.	Fr. 18
Cunningham, D. J., Manual of practical anatomy. With engrav. Vol. I. 8. London, Pentland.	sh. 12 1/2
Currier, C. G., Outlines of practical hygiene. 8. London, Hirschfeld.	sh. 10 1/2

(C. d. n.)

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава 3 Февраля 1894 г.

Druk K. Kowalewskiego. Królewska 29