

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Nowo-Zielna Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O znieczulanii ogólnem i miejscowem, podał Karol Zagórski. — 10 przypadków owrzodzeń gołeni, leczonych z zastosowaniem metody Manngoldt'a „zasiewania naskórka”. Podał d-r med. Adolf Kozerski. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 43. Przyczynek do etyologii duru brzuszego. 44. O zakażeniu ropnicowem powstałem w przebiegu spraw ropnych w uchu. 45. W sprawie swoistości paciorkowca róży. 46. Leczenie następce zapalenia płucnej. 47. O etyologii i leczeniu *enuresis*. — **Sprawozdanie roczne z czynności Cesarzkiego Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego za rok 1896.** — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r K. Zagórski—Sur l'anesthésie générale et locale. 2) D-r A. Kozerski — Dix cas d'ulcères des jambes, traités par la méthode de Manngoldt.

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

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r K. Zagórski— Ueber allgemeine und örtliche Anaesthesie. 2) D-r A. Kozerski— Zehn Fälle von Unterschenkelgeschwüren behandelt nach Manngoldt.

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

O znieczulanii ogólnem i miejscowem,

podał **KAROL ZAGÓRSKI**

b. asystent kliniki chir. fakult. warsz., lekarz szpitala św. Wincentego w Lublinie.

(Podług odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu Tow. Lek. Lubelskiego d. 4 marca 1897 r.).

Rozpatrując się w zdobyczach naukowych, którym wiedza lekarska w wieku bieżącym swój postęp zawdzięcza, przyznać musimy, że w dziedzinie chirurgii na pierwszym planie w tym względzie postawić musimy dwa wielkiej wagi odkrycia, a mianowicie: wprowadzenie znieczulania ogólnego i zastosowanie antyseptyki do leczenia ran. Korzyści naukowo-praktyczne ze stosowania tych wynalazków osiągnięte są tak dla każdego lekarza zrozumiałe, że rozwodzić się nad nimi byłoby zbyt bezcelne. Lecz najdokładniejsze nawet dodatnie wyniki, pomysły i odkrycia mają też i pewne strony ujemne, o których dopiero w praktyce przekonać się można. Zazwyczaj mija czas jakiś, zanim się ludzie, olśnieni zrazu nowością lub doniosłością odkrycia opatrzą, i ujemne jego strony dostrzegą. Tak przeszło lat dziesięć od rozpowszechnienia się antyseptyki w Europie, zanim gromkiem echem ozwał się w świecie naukowym artykuł BRUNNS'a: „Fort mit dem Spray”. Pojawiły się też i inne odezwy potępiające zbyt energiczne stosowanie podczas operacji stężonych rozczynów przeciwnilnych, mogących być punktem wyjścia ogólnego zatrucia.

cia ustroju przez leki używane celem usunięcia możliwości zakażenia gnilnego i oto pod wpływem tych głosów i wywołanych przez nie prac naukowych antyseptyka przerodziła się powoli w aseptykę, stanowiącą ostatni najświetniejszy tryumf, jaki dziś wiedza chirurgiczna święci.

Ujemne strony środków używanych, a przedewszystkiem najwięcej z nich rozpowszechnionego chloroformu, celem ogólnego znieczulenia poczęści znane były oddawna, a jeśli pomimo to chloroform stale utrzymywał się w praktyce lekarskiej, to dlatego, że dotychczas nie umieliśmy go niczem zastąpić.

Każdy niemal lekarz, częściej z chloroformem styczność mający, jeśli sam w swojej praktyce nie miał nieszczęśliwego wskutek jego stosowania zejścia, to przynajmniej takie przypadki w praktyce innych miał sposobność spostrzegać. To też starano się szkodliwość chloroformu zmniejszyć przez przymieszkę innych środków lekarskich, skąd powstały t. zw. narkozy mieszane, do których używano z kolei mieszaniny eteru i chloroformu, alkoholu i chloroformu, eteru, alkoholu i chloroformu, a w nowszych czasach bromku etylu i chloroformu, tudzież chlorku etylu i chloroformu. Inni usiłowali zastąpić chloroform w zupełności przez bromek etylu, bromoform, chlorek etylenu i pental. Żaden z tych środków jednak szerszego zastosowania nie znalazł, bo przy ścisłej obserwacji okazały się one równie niebezpieczne jak chloroform, a co do działania znieczulającego mniej pewne. Przed kilku laty w wielu klinikach zagranicznych zaczęto stosować zamiast chloroformu eter, zdawien dawna w Anglii i Ameryce w powszechnym będący użyciu. Czy i jaką osiągnięto korzyść, przekonamy się z dalszego ciągu niniejszej pracy, do sprawy tej bowiem celem szerszego omówienia jej jeszcze powrócę. Koniec końcem, nie bacząc na ujemne strony narkotyków ogólnych zwracano się do nich ciągle, bo bez nich bólu ukoić podczas operacji nie umiano, a „*sedare dolorem divinum est*“. Dopiero w 1894 r. zjawilo się dzieło SCHLEICH'a p. t. „Schmerzlose Operationen“, w którym autor usiłuje dowieść, że w ogromnej większości przypadków operacyjnych narkoza ogólna jest zbyteczna i daje się z korzyścią zastąpić podanym przezeń sposobem postępowania.

Zanim przystąpię do opisu tej metody operowania, z którą z początkiem r. b. starałem się na miejscu w prywatnej klinice SCHLEICH'a zapoznać i którą od 1½ miesiąca w szpitalu św. Wincentego w Lublinie stosuję, pozwolę sobie przytoczyć w streszczeniu ujemne strony znieczulania ogólnego, odnośnie do chloroformu i eteru, t. j. dwóch typowych i najbardziej rozpowszechnionych w użyciu narkotyków ogólnych.

Quo ad primum t. j. co się tyczy chloroformu, to przedewszystkiem ujemną stronę jego stanowi ta okoliczność, że przy zastosowaniu go niekiedy następuje śmierć przy objawach bądź nagłego zawieszenia ruchów serca, bądź rażącego wstrzymania ruchów oddechowych. Dokładnie po dziś dzień mechanizmu śmierci w tych przypadkach wytłomaczyć nie umiemy. Fakty takie oddawna są znane i w odnośnych monografiach znaleźć można całą statystykę odpowiednich przypadków. Przypadków takich zebrał w literaturze niemieckiej GURLT 45, KAPPELER 101, COMTE (Genewa) 232, DURET (Paryż) 241, SILK 377. Z wykazów tych przypada jedna śmierć przypadkowa średnio na 2000 chloroformowań. W pojedynczych statystykach stosunek ten waha się między 1 : 3000 a 1 : 1050. Lecz pozostawiając nawet na stronie sprawę stosunku ilości tych nieszczęść chirurgicznych do ilości chloroformowanych, pozostaje fakt niezbity, że corocznie ginie podczas operacji pewna ilość ludzi wskutek nie rękoczynu samego a stosowanego celem znieczulenia chorego

środka lekarskiego. Postarajmy się dowiedzieć w przybliżeniu, jaka ilość osobników ulega temu nieszczęsnemu losowi. W ciągu lat 10-iu, t. j. od roku 1881—1890 włącznie, SILK naliczył w Anglii samej 327 przypadków śmierci podczas stosowania chloroformu, a mianowicie:

w roku 1881 — 28	1885 — 25	1889 — 36
1882 — 31	1886 — 28	1890 — 42
1883 — 31	1887 — 39	
1884 — 34	1888 — 33	Razem jak wyżej 327

Tak więc w Anglii samej w ciągu tych lat 10-iu umierało przecięciowo po 32 osoby rocznie wskutek chloroformowania. SILK utrzymuje jednak, że liczba ta jest znacznie niższa od rzeczywistej, że przypadki zebrane są przeważnie z praktyki specjalistów rozgłosnych, a znaczna ilość odnośnych spostrzeżeń wcale do wiadomości publiczności lekarskiej nie dochodzi, tak że średnią ilość roczną śmierci wskutek chloroformowania w Anglii najmniej na 50 przypadków oznaczyć wypada. I to wszystko odnosi się do Anglii, t. j. do ojczyzny najlepszego chloroformu, do jedynego kraju, w którym istnieją całe szeregi lekarzy-specjalistów, zajmujących się wyłącznie stosowaniem środków narkotycznych (chloroformu) podczas operacji. Cóż dopiero za liczby osiągnęlibyśmy z dokładnych statystyk zebranych z innych krajów, w których, jak u nas na przykład, ważna czynność stosowania chloroformu przypada zazwyczaj w udziale najmłodszemu, najmniej doświadczonemu asystentowi. Zresztą u nas przynajmniej zadanie to spoczywa zawsze w ręku lekarza. Tymczasem bawiąc w Paryżu w 1885 r., w ciągu miesiąca października, widziałem trzy razy wykonywaną przez GUYON'a litotrypsyę w prywatnym domu zdrowia, utrzymywanym przez stowarzyszenie zakonne „Maison de Santé des frères de St. Jean d'Acre“. Za każdym razem chloroformował braciszek zakonny żadnego wykształcenia lekarskiego nieposiadający. Czyż jesteśmy w stanie przypuścić, że w tych warunkach nieszczęścia przy użyciu chloroformu przytrafiają się rzadziej niż w Anglii? Z pewnością nie. Przyjmując za podstawę wyliczenia SILK'a odnoszące się do Anglii, będziemy z pewnością niżej rzeczywistej liczby, jeśli przypuścimy, że na całej kuli ziemskiej ginie rocznie wskutek chloroformowania 100 osób. Powtarzam, że liczba ta według wszelkiego prawdopodobieństwa jest zbyt niska, nabierze zaś w oczach naszych tem ważniejszego znaczenia, jeśli weźmiemy pod uwagę, że w żadnym poszczególnym przypadku nie jesteśmy w stanie sumiennie zapewnić chorego, że stosowanie u niego chloroformu żadnego nie przedstawia niebezpieczeństwa. Ktoby o prawdziwości tego twierdzenia powątpiewał, niech przeczyta pracę LEWIN'a: „Nebenwirkungen der Arzneimittel“. Z pracy tej dowiadujemy się między innemi, że z ogólnej liczby zejść nieszczęśliwych wskutek chloroformowania przypada 23,3% na osobniki w wieku od 24-ch do 36-ku lat, przeważnie silnej budowy i dobrego odżywiania, u których badanie pośmiertne ani wady serca, ani innej choroby ustrojowej nie wykazało. Smutne te liczby w ciemniejszym jeszcze przedstawiają się nam światło, jeśli zechcemy rozpatrzyć się w poszczególniej kazuistyce tych nieszczęść chirurgicznych, wynika z niej bowiem, że nieraz pod chloroformem ginęli ludzie, którzy mieli być operowani z powodu cierpień błahych, a przynajmniej wcale życiu nie zagrażających. Tak SCHLEICH cytuje znane mu przypadki śmierci wskutek chloroformu stosowanego przy *discisio hymenis imperforati*, przy *excisio ulceris indurati glandis*, a nawet przy wyjęciu korzenia zębowego. Znajdujemy też w jego dziele opis przypadku dotyczącego kobiety, u której dwukrotnie wykona-

na była laparotomia z powodu ciąży zewnątrzmacicznej w obu jajowodach. W kilka miesięcy po drugiej laparotomii zgłasza się ona do chirurga z przepukliną linii białej, prawdopodobnie wskutek niedokładnego zeszywania ściany brzusznej powstałej. Chirurg proponuje jej „małą dodatkową“ operację celem usunięcia tego kalectwa. Chora zgodziła się, a po rozpoczęciu podawania chloroformu — w kilka minut żyć przestała. To też, jakkolwiek co do poglądu na niebezpieczeństwo ze stosowaniem chloroformu połączone napotykamy zdania rozmaite, tak dalece, że SEDILLOT nie waha się twierdzić, że „le chloroforme pur et bien employé ne tue jamais“, niemniej przeto lepiej wyjdzie na tem i chory i lekarz trzymający flaszkę z chloroformem, gdy przystępując do chloroformowania wspomni raczej słowa wypowiedziane przez BARDELEBEN'a w 1892 r. na jednym z posiedzeń towarzystwa chirurgów niemieckich: „Dokąd używać będziemy chloroformu, śmierci przypadkowej od stosowania go zależnej uniknąć nie jesteśmy w możności“.

Oprócz nagłej śmierci stanowiącej najstraszniejsze powikłanie chloroformowania, przytrafiają się nadto i inne następne przypadłości chorobowe, które albo życiu chorego grożą, albo powodują mniej lub więcej ważne i długotrwałe zaburzenia czynnościowe w ważnych dla ustroju narządach. Któż z nas np. nie ma w pamięci ciężko zakarbowanych swych chwil niepokoju i niepewności, przebytych podczas stosowania sztucznego oddechania i innych środków trzeźwiących u chorych chloroformowanych, podległych ciężkinie zaburzeniom połączonym z czasowem wstrzymaniem ruchów oddechowych, doprowadzającym niekiedy chorych do zupełnego niemal uduszenia. Takie ciężkie „zaduszenia chloroformem“ przytrafiają się według danych statystycznych, przeważnie z wykazów klinik uniwersyteckich zaczerpniętych, raz na 319 chloroformowań. Z pomiędzy powikłań następnych narkozy chloroformowej wspomnieć musimy o białkomoczu występującym bezpośrednio po stosowaniu chloroformu. TERRIER, który jeden z pierwszych zwrócił na to uwagę, badając moczu chorych nazajutrz po uspieniu chloroformem, znalazł białkomocz u $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby chorych chloroformowanych. Według zaś świeższej statystyki LUTHER'a (Magdeburg), stwierdzono białkomocz po chloroformowaniu w 95-iu przypadkach na 100.

Tyle co do chloroformu; *quo ad secundum*, t. j. co się tyczy eteru, to w ostatnich kilku latach użycie jego bardzo się na lądzie europejskim rozpowszechniło i w wielu klinikach uniwersyteckich wyrugował on zupełnie chloroform. To też bawiąc w zeszłym roku latem zagranicą, chciałem korzystać ze sposobności, aby się stosowaniu jego na szerszą skalę przypatrzeć. W tym celu zboczyłem naprzód do Wrocławia. Było to w ostatnich dniach sierpnia roku zeszłego. Ani prof. MIKULICZA, ani d-ra KADER'a we Wrocławiu nie zastałem, zwiedzałem tedy klinikę dzięki łaskawej uprzejmości jednego z młodszych asystentów, d-ra HUFSCMIDT'a, który pomiędzy innemi objaśnieniami poinformował mnie, że jakkolwiek przez dwa lata w klinice prof. MIKULICZA używano niemal wyłącznie do ogólnego znieczulania eteru, w ostatnich jednak czasach zaczynają znowu powracać do chloroformu, gdyż spostrzegano często po wziewaniach eteru silne podrażnienie błony śluzowej oskrzeli i stany zapalne dróg oddechowych, przechodzące niejednokrotnie w zapalenie płuc o przebiegu ciężkim a nieraz i z zejściem niepomysłnem, o czem sam prof. MIKULICZ wzmiankował w Berl. klin. Woch. Bawiąc następnie przez parę tygodni w Berlinie w klinice prof. BERGMANN'a, widziałem podczas operacji stosowany jedynie chloroform. Prof. BERGMANN'a również w Berlinie nie zastałem.

Zastępował go prof. NASSE. Gdy się do niego zwróciłem z zapytaniem, czy i kiedy mianowicie używa się w klinice eteru zamiast chloroformu, odpowiedział mi dość ogólnikowo: „używaliśmy przez czas jakiś eteru, ale zarzuciliśmy go zupełnie i dziś stosujemy jedynie czysty chloroform“. Na szerszą skalę widziałem używanie wzięwania eteru li tylko w szpitalu „am Urban“, w oddziale chirurgicznym d-ra KÖRTE'go. I tam jednak stosują eter częściej wprawdzie niż chloroform, ale nie wyłącznie. Za bezwzględne przeciwwskazania do użycia eteru uważają: rozedmę płuc, zapalenie oskrzeli i wszystkie przypadki, w których można przypuszczać skłonność do łatwego przekrwienia i zapalenia dróg oddechowych. To ostatnie przeciwwskazanie jest bardzo luźne, przytaczam je jednak dosłownie według orzeczenia starszego asystenta oddziału d-ra THANER'a, który mi w wielu względach cennych wskazówek i objaśnień udzielał. Wady serca nie są wogóle uważane za przeciwwskazanie do usypiania eterem, pewną jednak wątpliwość w tym względzie wzbudza przypadek śmierci podczas narkozy eterowej, który wydarzył się w Berlinie w szpitalu „Charité“ w 1894 r. Dotyczy on mężczyzny w sile wieku, który zmarł nagle po bardzo krótkim wzięwaniu eteru. Badanie pośmiertne oprócz wady serca nie wykazało żadnych innych zбоceń chorobowych w narządach wewnętrznych, nie można więc wyłaczyć przypuszczenia, że w danym przypadku zejście śmiertelne mogło pozostawać z wadą serca w związku przyczynowym.

Wogóle śmierć nagła podczas usypiania zapomocą eteru przytrafia się rzadziej, niż podczas chloroformowania. Początkowo podawano 1 śmierć na 26,000 eteryzowań. Według nowszych danych statystycznych stosunek ten się pogorszył, określa się bowiem w przybliżeniu jak 1 : 10,000. Przyjmując nawet tę ostatnią liczbę, wypadaloby jednak, że śmierć przy stosowaniu eteru przytrafia się pięć razy rzadziej, niż przy chloroformowaniu, ale niewiadomo nam, ilu ludzi umiera wskutek następczego po eteryzowaniu zapalenia płuc. Tak więc ta pozornie rozstrzygająca liczba niczego właściwie nie dowodzi. Z drugiej strony groźne zaburzenia oddechowe przy stosowaniu eteru przytrafiają się częściej, niż podczas chloroformowania, kiedy bowiem przy chloroformie wyrażają się stosunkiem 1 : 319, podczas eteryzowania wydarzają się raz na 110 razy, t. j. blisko trzy razy częściej.

Gdybyśmy teraz wobec tych wszystkich danych chcieli postawić pytanie, co właściwie jest dla chorego niebezpieczniejsze chloroformowanie czy eteryzacja, to na stanowczą w tym względzie odpowiedź trudnoby się nam było zdecydować. LUTHER twierdzi, że przy najlżejszym zaburzeniu w czynnościach nerek chloroformowanie powinno być bezwarunkowo wzbronione; GARRÉ uważa za bezwzględne przeciwwskazanie do użycia eteru każde cierpienie dróg oddechowych, w niektórych więc przypadkach mniej należałoby się obawiać stosowania eteru, w innych chloroformu. Lecz tam, gdzie mamy do czynienia z osobnikiem nie przedstawiającym wyraźnych zбоceń, względnie przeciwwskazań ze strony wymienionych narządów, którego z tych środków jąc się należy? Jeżeli chloroform uważać będziemy za szkodliwy przeważnie dla nerek, a eter dla płuc, to naprzód trzeba by rozstrzygnąć, co dla ustroju jest ważniejsze: nerki czy płuca. Że zaś nikt chyba rozstrzygnąć tego nie zdoła, więc pozostaje nam na wyżej postawione pytanie co do wyboru między eterem i chloroformem jedyna odpowiedź: „*ambo... peiores*“.

Jeżeli pozwoliłem sobie dłużej nieco zatrzymać uwagę czytelnika nad znanymi przeważnie ujemnymi stronami znieczulania ogólnego, to zrobiłem to

w tym celu, aby tem dobitniej zaznaczyć, jak olbrzymiej doniosłości byłby wynalazek, któryby nam pozwolił, jeżeli nie wyrugować zupełnie z użycia narkozę ogólną, to przynajmniej ograniczyć jej stosowanie do przypadków wyjątkowych, dając nam zarazem możność bezbolesnego wykonywania rękoczynów. Takie zadanie postawił sobie SCHLEICH (z Berlina), o ile zaś dopiął celu, przekonamy się z opisu podanej przezeń metody znieczulania miejscowego zapomocą zastrzykiwania do tkanek płynów obojętnych. („Schmerzlose Operationen. Oertliche Betäubung mit indifferenten Flüssigkeiten“, von D-r C. L. SCHLEICH, Berlin 1894).

Znieczulenie miejscowe ma za zadanie czasowe zawieszenie na polu operacyjnem czynności nerwów czuciowych. Pierwszy usiłował osiągnąć ten skutek James MOORE zapomocą ucisku pni nerwowych zaopatrujących daną okolicę w gałązki czuciowe. LIÉGAND używał w tym celu opaski w rodzaju uciskadła ESMARCH'a, która oprócz ucisku na nerwy, mogła nadto potęgować znieczulenie, wywołując niedokrwistość czasową uciskanej kończyny. W praktyce okazało się, że oba te sposoby postępowania są niepewne, a w najlepszym razie skutek ich jest zaledwie połowiczny. Usiłowano następnie osiągnąć znieczulenie zapomocą zimna, którego własności znieczulające znane już były LARREY'owi i HUNTER'owi. ARNOLD celem osiągnięcia znieczulenia zapomocą chłodu, używał mieszaniny lodu i soli kuchennej. RICHARDSON udoskonalił tę metodę, stosując na okolicę, którą chciał znieczulić, rozpylony eter. Ten sposób postępowania znalazł dość szerokie rozpowszechnienie. Używano przytem z kolei do rozpylania rozmaitych płynów, jak np. eteru siarczanego, mieszaniny tegoż z eterem naftowym, eteru ARAN'a, eteru hydramylowego, bromku etylu, eteru znieczulającego ROBBINS'a, a w ostatnich czasach chlorku etylu, który z pomiędzy tych środków okazał się najpraktyczniejszy. Wszystkie te płyny stosowane na daną okolicę w drobnutkich cząstkach szybko się ulatniają, a przechodząc ze stanu płynnego w stan lotny, pochłaniają znaczną ilość ciepła, przez co będące z nimi w zetknięciu tkanki najpierw ochładzają, a potem zamrażają. Nie ulega wątpliwości, że w ten sposób znieczulenie osiągnąć można, gdyż tkanki zamrożone bólu nie odczuwają, ale również pewne jest, że zamrożenie to głęboko sięgać nie może, gdyż obieg krwi staje temu na zawadzie. To też w ten sposób możemy znieczulić dokładnie zaledwie powłoki zewnętrzne. Usiłowano także celem wywołania głębszego znieczulenia zapomocą zimna stosować skroplony bezwodnik węglany, ale usiłowania te ograniczyły się na kilku nieudatnych próbach. Zresztą stosowanie zimna jest zawsze bolesne, zwłaszcza na tkankach w stanie nie zapalnym będących. Tak więc znieczulenie osiąga się tu za pośrednictwem bólu, którą to okoliczność LIEBREICH dowcipnym paradoksem „*anaesthesia dolorosa*“ określił.

Pierwsze próby wstrzykiwania podskórnego środków lekarskich celem wywołania znieczulenia miejscowego nie były również pomyślne. Do nich zaliczyć należy stosowanie podskórne saponiny przez PELIKAN'a i erytrofleiny przez LEWIN'a. Saponina nie odpowiedziała w praktyce pokładanym w niej początkowo nadziejom, erytrofleina sprowadzała wprawdzie następce znieczulenie miejscowe, ale przy zastrzykiwaniu wywoływała zrazu bardzo silną bolesność. To też użycia obu tych środków wkrótce zaniechano zupełnie. Pierwsze względnie dobre wyniki osiągnięte przy zastrzykiwaniu podskórnem środków narkotycznych, mianowicie zaś kokainy. O znieczulaniu miejscowem kokainą najwięcej pisali LANDERER, WÖLFLE i RÉCLUS. Dwaj pierwsi uży-

wali zazwyczaj 4—5% jej roztworu, RÉCLUS ograniczał się stosowaniem 1—2% roztworu kokainy. Wyniki otrzymanego na tej drodze miejscowego znieczulania byłyby zupełnie zadawalające, gdyby nie ta okoliczność, że kokaina sama przez się jest silną trucizną. Tak RÉCLUS wspomina o 8-iu znanych mu przypadkach śmierci wskutek stosowania kokainy. To też SCHLEICH uważa zastrzykiwanie podskórne 2—5% roztworu kokainy za niebezpieczniejsze nawet od narkozy chloroformowej.

(D. n.).

ZE SZPITALA ŚW. ŁAZARZA W WARSZAWIE.

10 przypadków owrzodzeń goleni, leczonech z zastosowaniem metody Manngoldt'a „zasiewania naskórka“.

Podał d-r med. ADOLF KOZERSKI, lekarz ambulatorium szpitala św. Łazarza.

(Dokończenie.—Zob. N. 15).

Z opisanych 10 przypadków należy uważać za nieudane przypadek VI. i IX. W pierwszym z nich naskórek dwukrotnie zaszczipiany nie przyjmował się prawdopodobnie z powodu zbyt obfitej wydzieliny, która podmywała go ustawicznie. W przypadku ostatnim ogólny zły stan chorej jak również błada ziarnina i naskórek bez żadnej dążności do rozmnażania się sprowadzały *a priori* szanse powodzenia do zera. Przypadek VIII z powodu leczenia niedokończonego także pomijam.

Pozostałe 7 przypadków uważam za względnie udane. W 5 z nich (I, III, V, VII, X) naskórek przeszczepiony wystąpił odrazu w postaci większych płatów, w 2-ch pozostałych w postaci zrazu drobnych, później odśrodkowo rozrastających się wysp.

Wobec często spostrzeganego zjawiska tworzenia się naskórka przy zabliznianiu się ran nie tylko od brzegów, lecz i z reszek gruczołów skórnych lub ocalałych gniazd naskórka pośród ziarniny, nasuwa się pytanie, czy w wyżej opisanych przypadkach naskórek nowopowstały należy przypisać przeszczepieniu go i czy nie powstał on samodzielnie z materiału znajdującego się na miejscu?

Wątpliwość ta może dotyczyć jedynie tylko przypadków drugiej kategorii, t. j. tych, w których naskórek wystąpił w postaci wysp. Te jednak przypadki, w których naskórek odrazu ukazał się w postaci dużych płatów, jednostajnie na większych przestrzeniach mętniejących, są wolne od podobnego przypuszczenia. Naskórek powstający z pozostałych wśród ziarniny jego reszek występuje najprzód w postaci okrągłych małych wysepek, które mętnieją w środku, ku obwodowi zaś powiększają się, wypuszczając pasek zrazu przezroczystego fioletowego, później mętniejącego białego młodego naskórka.

Właśnie w podobny sposób ukazał się młody naskórek w przypadku II i IV. Nie dowodzi to jednak, że wyspy powstały koniecznie samodzielnie. Jeżeli uwzględnimy okoliczność, że wszystkie nasze przypadki dotyczyły kobiet w wieku podeszłym, że więc naskórek przeszczepiany nie posiadał pra-

wdopodobnie tej żywotności, jaką ma naskórek osób młodych, że wreszcie operując bez znieczulenia, z pewnością nieraz zbyt skąpo zapożyczaliśmy zdrowego naskórka; zważywszy to wszystko, przyjdziemy do przekonania, że z pośród zbyt małej ilości bryłek naskórka wziętego do przeszczepienia, naskórka niezbyt żywotnego, pewna jego część zginęła, nie przyjąwszy się na ziarninie, te zaś po powierzchni rany porozrzucane nieliczne bryłki naskórka, które się przyjęły, dały prawdopodobnie początek kępom w taki sam sposób, w jaki podobne kępy tworzą się np. z resztek gruczołów skóry. Wydaje nam się jednak prawdopodobniejsze, że wyspy młodego naskórka, powstałe niedługo po zaszczepieniu (od 12 do 32 dni), temu ostatniemu zawdzięczają swój początek, aniżeli że właśnie w tym czasie powstały samodzielnie.

Jakiegokolwiek zresztą będzie nasze zapatrywanie na dwa ostatnie przypadki, pierwszych pięć dowodzi nam niezbicie, że sposobem MANNGOLDT'a naskórek, nawet u starych osób, daje się przeszczepiać na powierzchnie czystą ziarniną pokryte. Szczególniej jaskrawo ilustruje to przypadek X, w którym tylko miejsce, gdzie zaszczepienie było dokonane, pokryło się naskórkiem we właściwym czasie i odrazu prawie na całej przestrzeni.

Czas od chwili wykonania przeszczepienia do dnia wyraźnego ukazania się przyjętego naskórka wahał się między 12 a 32 dniami. Za dowód, że naskórek przyjął się w danym miejscu, uważałem zmętnienie błonki ziarninę pokrywającej³⁾, choć już i wcześniej można poznać, gdzie naskórek przyjął się, po braku wydzieliny i braku bujania ziarniny. Gdy zdarzało mi się spostrzegać, że miejsca przezroczystą błonką pokryte traciły ją i zaczynały wydzielać płyn surowiczy, błona raz zmętniała nie odpadła ani razu.

W przypadkach I, II i III w dniu przeszczepiania nie było widać samodzielnego tworzenia się naskórka z brzegów. Mogło więc zdawać się, że warunki nie sprzyjają wogóle ustaleniu się naskórka na tych ranach. Tymczasem przeszczepione komórki przyjęły się trwale. Daje nam to środek do ręki i w tych przypadkach, w których wątpimy, czy naskórek brzegów rany zdoła narosnąć na całą ranę.

W przypadkach IV, V, VII i X stwierdzono wprawdzie samodzielne tworzenie się naskórka z brzegów i przed przeszczepieniem, nie ulega jednak wątpliwości, że przeszczepienie przyczyniło się znacznie do szybszego zagojenia się rany, a to z dwojakich względów: 1) wytworzyło większą liczbę ognisk, z których jednocześnie młody naskórek narastał na ranę, i 2) aseptyczny, utrzymujący wilgość opatrunek cynowy stwarzał najdogodniejsze dla rozmnażania się komórki warunki, nie dopuszczając ani zniszczenia młodych komórek przez ropienie, ani zbyt wczesnego ich wysychania. Dlatego nietylko rozrastający naskórek szybko się rozmnażał, lecz i stwardniały, wyschły brzeg pod wpływem opatrunku miękł na nowo i młody naskórek wypuszczał (przypadek III). Fakt ten miałem sposobność spostrzegać wielokrotnie i w przypadkach, gdzie nie wykonałem przeszczepienia, tylko po oczyszczeniu się rany zastosowałem aseptyczny opatrunek cynowy.

Sumując powyższe fakty, przychodzimy do przekonania, że 1) sposobem MANNGOLDT'a można przeszczepić na powierzchnię czysto - ziarninującą naskórek, pochodzący nawet od osób starszych; 2) że im obficiej zapożyczyć

³⁾ Ta okoliczność jest może powodem, że w przypadkach naszych zabliźnienie zostało ukończone później, niż to MANNGOLDT podaje co do 6 ciu swolch. Zresztą we wspomnianym artykule autor powiada, że po 3 tygodniach rany były pokryte naskórkiem, w innym zaś miejscu, że zupełne wygojenie owrzodzeń gołeni trwało do 6 tygodni.

zdrowego naskórka, tem większe mamy widoki na pokrycie rany odrazu jednym dużym płatem naskórka; 3) że wreszcie w każdym przypadku rozleglejszego owrzodzenia goleni warto uciec się do tej metody. Ostatni punkt wypada umotywować szczegółowiej. Chcąc porównać szybkość gojenia się ran, metodą MANNGOLDT'a leczonych, z szybkością leczonych w inny sposób, starałem się wyrobić sobie zdanie, w przeciągu jakiego czasu naskórek jest w stanie pokryć 1 cm. kwadratowy. W tym celu mierzyłem co kilka dni średnicę krążków nowopowstającego wśród ziarniny naskórka i stąd otrzymywałem dane. O ile jednak szybkość rozrastania się kilku wysepek w każdym poszczególnym przypadku okazała się dla tegoż przypadku jednakowa, o tyle szybkość w różnych przypadkach była bardzo różna tak, że w jednym przypadku pokrywanie się rany naskórkiem odbywało się cztery razy prędzej, niż w innym. Zdarzają się także dnie, w których następuje zatrzymanie się wzrostu, inne znów, kiedy ostatni odbywa się szybciej. Wyprowadzenie więc pewnej normy wydało mi się zbyt mało pouczającym i nie dającym żadnej pewnej podstawy.

Stojąc więc przed pytaniem, czy w danym przypadku rana nie byłaby się zabiłniła szybciej lub jednakowo szybko i bez przeszczepień, nie możemy się oprzeć na jakiejś normie. Nie możemy na pewno powiedzieć, jak prędko dana rana byłaby się zagoiła samodzielnie.

Jednakże niektóre z opisanych przypadków dostarczają nam pewnych danych w tym kierunku.

Tak w przypadku X część wrzodu, na której zaszczerpiono naskórek, zabiłniła się w 25 dni od dnia przeszczepiania, gdy część druga, mniej więcej tej samej rozległości, pozostawiona gojeniu samodzielnemu zabiłniła się dopiero o trzy tygodnie później. W II przypadku miejsca, w których naskórek przyjął się, już 24 dnia po zaszczerpieniu uległy wszystkim okresom aż do zrogowacenia warstw powierzchownych, objawiającego się białem zabarwieniem. Lecz do zagojenia się całej rany trzeba było czekać jeszcze 46 dni. W III przypadku zrogowacenie przeszczepionego naskórka było ukończone już w 19 dniu po przeszczepieniu. Wąski jednak pasek ziarniny, na której nie przeszczepiono naskórka, zabiłnił się dopiero o 21 dni później.

W IV przypadku naskórek przeszczepiony zrogowaciał już w 19 dni po przeszczepieniu. Reszta rany zagoiła się dopiero o 21 dni później. W przypadku V rana na miejscu przeszczepienia zabiłniła się 32 dnia po przeszczepieniu, reszta zaś rany zagoiła się dopiero we dwa miesiące później. Jednem słowem we wszystkich przypadkach przytoczonych najpóźniej zawsze goiły się miejsca, na które albo nie przeszczepiono naskórka, lub na których tenże nie przyjął się.

Dowodzi to, że przy użyciu metody MANNGOLDT'a rana goi się prędzej, niż gdy czekamy na samoistne pokrycie się naskórkiem, a więc użyć jej warto.

Warto jej też użyć ze względu na to, że, jak się zdaje, ma często szanse powodzenia. Przynajmniej wnosząc z przypadków powyżej opisanych, zdanie to wydaje się uzasadnione. Przypadki nasze nie należały do najpomyślniejszych pod względem warunków, jakie zabieg MANNGOLDT'a napotykał. Najmłodsza z leczonych kobiet miała 50 lat; skóra we wszystkich przypadkach miała wejrzenie starej, tracącej swą żywotność skóry (brak elastyczności, suchość powierzchni, łuszczenie się). Należało się więc spodziewać, że i naskórek nie będzie miał wiele żywotności. Przytem, choć staraliśmy się po-

prawić warunki krążenia krwi miejscowego, to jednak prawdopodobnie pozostały one dalekimi od doskonałości. Pomimo to wszystko naskórek przyjął się w 7 przypadkach z 9-ciu, a więc w dużej większości przypadków. Naprowadza to na przypuszczenie, że zabieg MANNGOLDT'a ma w większości przypadków szanse udania się.

Wreszcie, jeżeli zastanowimy się nad przypadkami, w których przeszczepianie nie udało się, to musimy przyznać, że też nic im ono nie zaszkodziło, t. j., że nie stworzyło żadnych warunków opóźniających samodzielne gojenie się owrzodzenia, owszem, stosowane po niem opatrunki stawiały mający samodzielnie tworzyć się naskórek w najlepsze warunki. Metoda więc MANNGOLDT'a samoistnemu tworzeniu się naskórka nie tylko nie przeszkadza, lecz owszem pomaga.

Z tych to więc powodów, mianowicie, że metoda MANNGOLDT'a doprowadza rany prędzej do zagojenia, niż inne metody; że ma prawdopodobnie w większości przypadków szanse powodzenia; że wreszcie nie tylko nie niszczy samodzielnie powstającego naskórka, lecz nawet pomaga jego rozrastaniu się: z tych względów przyszliśmy do przekonania, że w każdym przypadku upartego owrzodzenia goleni warto zabieg ten przedewszystkiem zastosować. Naturalnie, wyłączamy tu przypadki, w których tylko odjęcie kończyny może położyć kres złemu.

W pierwszej pracy MANNGOLDT'a, przytoczonej przez nas na wstępie, podaje autor, że po zasianiu rany na całej prawie powierzchni pokryły się naskórkiem. W zestawieniu naszych 7 przypadków nie należałoby uznać je za zupełnie udane, bo i w tych przypadkach, w których odrazu wystąpiły większe płaty naskórka na powierzchni ziarniny, zawsze pozostawały mniejsze lub większe powierzchnie, które dopiero następnie pokrywał rozrastający się naskórek. Braki te pochodziły z przyczyn następujących.

Przedewszystkiem były to pierwsze przypadki, w których próbowaliśmy metody MANNGOLDT'a. Choć więc MANNGOLDT odrazu radzi brać dużą ilość naskórka zdrowego, trzeba nabrać doświadczenia osobistego, jaką ilość należy uważać za wystarczającą. Braliśmy więc w nie jednym przypadku może ilość zbyt małą.

Przytem były i inne przeszkody, ograniczające ilość zapożyczanego naskórka. Na chloroformowanie „z powodu takiej bagateli“ chore nie chciały przystać. Nie wiedziałem zaś, czy miejscowe znieczulenie, nie wpłynie ujemnie na zdolność przyjmowania się naskórka. Wolałem więc rozpocząć od prób bez znieczulenia. Skrobanie jednak bez znieczulenia należy do zabiegów do tego stopnia bolesnych, że w niejednym przypadku stanowczy protest chorej zmuszał mnie do ograniczenia się na już zeszkrobanej ilości.

Przytem, jakśmy to już wyżej wspomnieli, próby odbywały się na osobnikach starych, o naskórku prawdopodobnie już w żywotności swej upośledzonym. Nie braliśmy zaś naskórka od innych osobników, młodszych, z obawy przeszczepienia domieszek niepożądanych.

Z tych powodów wyniki, jakkolwiek dodatnie, nie dosięgły ideału. Jeżeli więc pomimo to podajemy je do wiadomości, to dlatego, że 1) zdaje się, dowodzą korzyści, jakie nam podany przez MANNGOLDT'a zabieg daje, a 2) nic tak nie uczy, jak właśnie różnica w wykonaniu i wynikach danego zabiegu.

Zastrzegamy się tylko przed traktowaniem niniejszego ogłoszenia jako próby rzucenia światła na zabieg MANNGOLDT'a z ogólnego chirurgicznego pun-

ktu widzenia. Ocenę tej metody jak również krytyczne porównanie jej z dawniej znanymi już sposobami pozostawiamy chirurgom. My zaś, mając do czynienia z pewnym szeregiem opornie poddających się leczeniu owrzodzeń goleni, spróbowaliśmy zastosować nową metodę, której autor obiecuje dobre wyniki nawet wtedy, kiedy do wykonania przystępują ręce mniej biegłe. Wyniki więc tej to tylko przygodnej próby podajemy.

Wracając do zabiegu MANNGOLDT'a, należy wspomnieć o jednym jeszcze szczególe.

Miejsce, skąd zapożyczają się naskórka do przeszczepienia, goi się po 5 do 10 dniach, jednak nie bez pozostawienia śladów, jak to twierdzi MANNGOLDT, jeżeli nie trwałych, to przynajmniej długotrwałych *). Mianowicie nieraz brunatny rąbek barwnika długo wskazuje granice skrobanego miejsca. Należy więc tę okoliczność mieć na uwadze, wybierając miejsce.

W dalszym ciągu nasuwa się pytanie, czy w przypadkach owrzodzeń goleni żyłkowych warto uciekać się do tego, bądź co bądź, nieco kłopotliwego zabiegu, wymagającego tem staranniejszego dalszego pielęgnowania rany.

Odpowiedź na to łączy się z odpowiedzią na pytanie, czy warto wogóle zadawać sobie dużo trudu z leczeniem w mowie będących owrzodzeń. Wobec przypadków owrzodzeń goleni żyłkowych, często stajemy z pewnem zniechęceniem do ich leczenia. Czy słusznie, postaramy się wyjaśnić.

Z pomiędzy 117 przypadków, jakimi miałem sposobność zajmować się podczas ostatnich kilku lat w szpitalu Św. Łazarza i co do których posiadam dosyć szczegółowe notatki, 2 zmarły (z powodu zgorzeli i zakażenia krwi), 67 (czyli 57%) opuściło szpital zupełnie wyleczonych (t. j. z owrzodzeniami zupełnie zagojonemi; wyszło z polepszeniem 35 (t. j. 29%), a tylko 13 zostało wypisanych bez polepszenia. Z tych 13-tu 5 zostało usuniętych za systematyczne przeszkadzanie w leczeniu, 4 zostały przeniesione do oddziałów chirurgicznych, u 4 zaś żadne leczenie nie dawało wyników. Przytem wspomnieć należy, że ze stwierdzeniem „polepszenia“ nie byliśmy zbyt skory i notowaliśmy je tam tylko, gdzie było istotnie. Chore tej kategorii należy bezwarunkowo uważać za takie, które mogłyby należeć do pierwszej kategorii, gdyby się nam udało przetrzymać je wszystkie w szpitalu aż do zupełnego wyleczenia. Dało by to nam 86% wyleczeń. Niestety zbyt często staje lekarzowi na przeszkodzie gorączkowość, z jaką chore wyrwywają się ze szpitala, jak tylko zauważą pewne polepszenie.

Jeśli jednak ograniczymy się do liczb powyższych, to i tak wyniki są dosyć zadawalające, t. j. w większości przypadków możemy liczyć na zagojenie się owrzodzeń. Chodzi o to, czy warto podejmować trud, ażeby po pewnym przeciągu czasu ujrzyć chorą, powracającą do szpitala nieraz w gorszym stanie. Czy można wogóle utrzymać bez pogorszenia osiągnięte przez leczenie wyniki?

Zdaje nam się, że można. Bo dlaczego niektóre z wyleczonych chorych powracają z nawrotem cierpienia? Dlatego, że o ile w szpitalu stworzono im warunki jaknajkorzystniejsze dla leczenia, o tyle z chwilą opuszczenia szpitala wszystkie przyczyny wywołujące cierpienie wchodzą z powrotem

*) MANNGOLDT zapożyczał naskórka z kończyn górnych, ja zaś z dolnych, zawsze skłonniejszych do składania barwnika na miejscu ukończonych zmian patologicznych. Stąd pochodzi prawdopodobnie różnica spostrzeżenia na tym punkcie.

w swoje prawa: znowu nic nie znosi ujemnego działania żyłaków, znowu nic nie chroni gołeni od obrażeń mechanicznych.

Każdy z nas zna przypadki ze sfer zamożniejszych, w których raz wyleczone, nawet rozległe owrzodzenia gołeni przy zachowywaniu pewnych przepisów, długie lata nie mają dążności do odnowienia się. Wystarcza w tym celu zachować pewne zasady higieniczne, zastosowane do cierpienia. Dowodzi to, że można uchronić chorych od nawrotów, a) jeżeli się ich nauczy właściwie obchodzić się z chorą nogą i b) jeśli da się możliwość korzystania z tych wskazówek.

Co do a) nie należy zapominać, że tkanka bliznowata, jaka po zagojeniu wrzodu zastępuje skórę prawidłową, nie posiada, lub posiada w niedostatecznej ilości gruczoły, wydzielające tłuszcz. Choć więc naskórek, i poza gruczołami będący, także przyczynia się do wyrabiania tłuszczu, jak to badania LIEBREICH'a wykazały, naskórek blizn zwykle jest niedostatecznie napojony tłuszczem, łatwo wysycha, łuszczy się, wskutek czego jest mniej odporny względem obrażeń mechanicznych, a skłonniejszy do wyprysków i owrzodzeń.

Ten niedostatek należy przedewszystkiem usunąć: α) przez codzienne dostarczanie sztucznego smarowidła w postaci np. lanoliny z wazeliną z domieszką dobrze wymieszanego kwasu salicylowego lub bornego; β) przez możliwie ostrożne obchodzenie się z blizną przy myciu jej; γ) przez ochronienie blizny przed uderzeniami, obtarciem o twarde przedmioty, przed tarcie o but lub trzewik i t. d.; δ) przez jaknajstaranniejsze leczenie najdrobniejszego nawet pryszczyka; ε) wreszcie należy surowo zabronić zdejmowania pończochy gumowej poza wypoczynkiem nocnym.

Co zaś do wypełnienia tych przepisów, to ta strona sprawy przedstawia się znacznie trudniej. Nie zaradzi jej niezawodnie ani zabieg MANNIGOLDT'a, ani najszczegółowiej wyłożone zasady o właściwym zachowaniu się, jeżeli chora nie będzie w możności do nich się zastosować.

Chore omawianej kategorii, tak liczne wśród klasy, której i później wiek nie uwalnia od pracy fizycznej, nie cieszą się zbyt wielkimi przywilejami w swym niebezpiecznym położeniu.

Gdy z początkiem szóstego krzyżyka darcie i ociężałość w nogach spowodują chorobę do lekarza, słyszy od niego, że należy nosić elastyczną pończochę. Pończocha droga, więc jej nie kupuje. Drobnie przygodne obrażenie skóry przy pracy, na jakie właśnie gołen często bywa wystawiona, nie zwraca z początku bacności, a z biegiem czasu szerzy się na gruncie, niedostatecznie przez krew odżywianym. Chora leczy się jeszcze ambulatoryjnie, bo i robotę rzucać szkoda i z nieznacznym obrażeniem skóry jako „lekko chora“ niełatwo znajdzie miejsce w szpitalu. Że jednak lekarstwo przez doktora zapisane (jak żadne zresztą w tych warunkach) nie pomaga, stosuje chora wszystkie możliwe specyfiki, zaczynając od „bobbkowych“ lub kapuścianych liści, a kończąc na „florkowej wodzie“, chlorku, sosie z fajki, krowiem łajnie, tłuczonej cegle lub zachwalanej, nieraz żrącej maści, nabytej koniecznie po pełni księżyca. Zanieczyszczona, nieraz spalona rana, a raczej już owrzodzenie, nie daje pracować, sprawia dotkliwy ból, zmusza chorobę do wstąpienia do szpitala. Z przepełnionych oddziałów chirurgicznych przybywa chora z odmownym biletem lub kilkoma naraz do naszego szpitala, do którego się dostaje, jeżeli jedno z dwunastu przeznaczonych łóżek, lub łóżko na oddziale skórnym jest wolne. Zanim zdąży przyjść do siebie, rwie się do zajęć domowych i zarobku i opuszcza szpital często przedwcześnie z owrzodzeniem oczyszczonym, lecz

nie zagojonem zupełnie. Opuszcza szpital, nie zatrzymywana bardzo usilnie, bo inne kandydatki czekają na miejsce. Po powrocie do domu dawne szkoldliwości rozpoczynają znowu swą działalność, której wynikiem jest owrzodzenie, od poprzedniego większe, głębsze, czasem z miejscową zgorzelą, często z zapaleniem naczyń chłonnych, niekiedy z różą połączone. Takie owrzodzenie rośnie, przyjmuje rozmiary coraz większe, aż wreszcie pierwszy raz słyszy chora z ust lekarza groźbę odjęcia kończyny; na to się, rzecz prosta, nie zgadza. I tak wlecze się stan ciężki, aż dopóki albo odjęcie kończyny nie ukończy sprawy, lub inna choroba, czy też starość nie przetrnie życia.

Wydaje nam się, że ten zwykły bieg rzeczy dałby się jednak nieco zmienić. Wypadałoby tym celu uznać za normę postępowanie następujące:

1) W razie, gdy zgłasza się chora uboga po poradę z powodu najmniejszego nawet obrażenia skóry goleni, a lekarz stwierdza obecność żylaków, powinien usilnie namawiać chorą do wstąpienia do szpitala.

2) Chore takie powinny koniecznie znaleźć pomieszczenie przedewszystkiem w oddziałach chorób skórnych, bez względu na mało znaczące pozornie objawy chorobowe.

3) Powinno się użyć wszelkich środków dozwolonych, ażeby takie chore zatrzymać w szpitalu aż do zupełnego zagojenia goleni i nauczania się, jak się ma obchodzić z kończyną nadal.

4) Należałoby wyjednać, może przez kolegów lekarzy, pełniących zaszczytną służbę w Warszawskim Towarzystwie Dobroczynności, zapomogę u tegoż Towarzystwa, dać ją do rozporządzenia lekarzom zajęтым w oddziałach, mieszczących chore z owrzodzeniami goleni, z warunkiem, ażeby każda chora, u której stwierdzono żylaki kończyn dolnych, przy opuszczeniu szpitala zostawała zaopatrzona w odpowiednią pończochę gumową.

5) Ażeby przy przyjmowaniu i leczeniu więcej posuniętych przypadków kierować się także zasadami, wyłuszczonemi pod Nr. 2, 3 i 4.

6) Ażeby wreszcie nieliczne przybytki, w których chore ubogie dostają darmo potrzebne lekarstwa, pomnożyły się jako nie mniej potrzebne od bezpłatnych garkuchni.

Na zakończenie niech mi wolno będzie podziękować naczelnemu lekarzowi, d-r med. K. WATRASZEWSKIEMU, za zawsze uprzejme umożliwianie mi korzystania z obfitego materiału szpitala Św. Łazarza.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

43. REMLINGER i SCHNEIDER. **Przyczynę do etyologii duru brzuszego.** KELSCH i VAILLARD zaliczają dur brzuszny ze względu na jego własności epidemiologiczne do kategorii chorób bardzo pospolitych i rozpowszechnionych jak zapalenie płuc, błonica i t. d., których zarazki znajdują się nie tylko w środowisku otaczającym ustrój ludzi, lecz mogą być i w nim samym.

Wykazanie jednak zarazka EBERTH'a w otoczeniu, lub w ustroju człowieka zdrowego do niedawna jeszcze było zbyt trudne ze względu na stale towarzyszącego mu lasecznika okrężnicy, bardzo zbliżonego w swych cechach morfologicznych i biologicznych. Dopiero od czasu pojawienia się pracy ELSNER'a, zaznamiającej nas ze sposobem wydzielania lasecznika EBERTH'a spośród zarazków bardzo do niego

podobnych, sprawa ta posuwa się naprzód. Pożywka ELSNER'a jest to mieszanina nieznacznych ilości kartofli, żelatyny i jodku potasu; odczyn jej powinien być słabo kwaśny.

Na tem podłożu rozwija się według ELSNER'a tylko lasecznik EBERTH'a i okrężnicy. Kolonie laseczniaka duru brzuszego są małe i zaledwie widoczne, gdy drugie są znacznie większe i nieprzezroczyste; pierwsze pojawiają się dopiero 4 dnia, okrężnicy zaś na 2-gi dzień.

Posiłkując się wyżej podanem podłożem, R. i S. pod kierunkiem prof. VAILLARD'a przedsięwzięli szereg badań w celu wykrycia laseczniaka tyfusowego w różnych ośrodkach zewnętrznych i w przewodzie pokarmowym u ludzi, niedotkniętych tą chorobą. Wyniki tych badań nie potwierdzają spostrzeżeń ELSNER'a, ponieważ oprócz kolonii laseczniaka duru brzuszego i okrężnicy rozwijają się na tem podłożu równie dobrze i inne zarazki, a kolonie laseczniaka EBERTH'a i okrężnicy nie są tak charakterystyczne, jak to podaje ELSNER. Pomimo to podłoże ELSNER'a oddaje znaczne usługi, jeżeli, nie przypisując zbytniego znaczenia wyglądowi, badamy wszystkie gatunki, rozwijające się na powierzchni płytki, prócz rozrzedzających.

Rozpoznanie laseczniaka EBERTH'a podług LÖSENER'a, polega na zgodności wielu cech właściwych tylko temu zarazkowi. Cechy te są: 1) wygląd charakterystyczny hodowli na żelatynie i kartoflu; 2) znaczna ruchliwość laseczników; 3) duża ilość rzęsek; 4) niezdolność barwienia się według metody GRAM'a; 5) brak pęcherzyków gazu w podłożach, zawierających cukier gronowy, mleczny lub trzcinowy; 6) wygląd charakterystyczny na mleku (nie ścina go); 7) brak odczynu indolowego w hodowli ch; 8) odczyn kwaśny hodowli na serwatce; 9) powolny rozwój hodowli w rozczywie MAASS'a z dodaniem gliceryny; 10) działanie chorobotwórcze hodowli.

R. i S. dołączają do tych cech jeszcze: 1) niezdolność do rozwijania się na podłożu, na którym był hodowany poprzednio lasecznik EBERTH'a i 2) wpływ na hodowlę laseczniaka EBERTH'a surowicy zwierząt uodpornianych przeciwko zarazkowi duru i surowicy ludzi dotkniętych tą chorobą, polegający na działaniu aglutynacyjnem (sklejanie się w grudki większej lub mniejszej ilości laseczników) i na działaniu ochronnem przeciw temuż zakażeniu. Ponieważ wiele zarazków podlega również działaniu aglutynacyjnemu surowicy przeciwtyfusowej, R. i S. w celu rozpoznawczym posiłkowali się niewielką ilością surowicy, (2 krople na 6 lub 8 ctm. sz. hodowli 24-godzinnej), dostateczną do wywołania aglutynacji jedynie w hodowlach laseczniaka EBERTH'a.

Z zarazków, posiadających wszystkie cechy morfologiczne i biologiczne i obdarzonych własnościami chorobotwórczymi dla zwierząt, R. i S. uważali za identyczne z laseczniakiem EBERTH'a te tylko, których działanie chorobotwórcze zobojętniała surowica z konia, uodpornianego przeciwko zarazkowi duru brzuszego.

Badając wodę, ziemię z różnych miejscowości podczas i po epidemii oraz zawartość przewodu pokarmowego ludzi, nie dotkniętych dudem brzuszным, R. i S. wydzielili zarazki, posiadające wszystkie wyżej wymienione cechy. Niezależnie od tych wykryli oni w tychże ośrodkach zarazki pod względem morfologicznym zupełnie odpowiadające lasecznikom EBERTH'a, lecz nie posiadające własności chorobotwórczych dla zwierząt. Hodowle tych zarazków również nie podlegały działaniu aglutynacyjnemu surowicy przeciwtyfusowej. Zarazki te uważają autorowie nie za identyczne z laseczniakiem EBERTH'a, lecz za stojące z nim w pewnym związku genetycznym. W tem przypuszczeniu utwierdza ich i to, że jadowitość za-

razków jest rzeczą względną; w pewnych warunkach może ona wzrastać, w innych słabnąć.

Co się zaś tyczy braku działania aglutynacyjnego surowicy przeciwyfusowej, nie jest to cecha zasadniczo odróżniająca bakterye. Ta różnorodność w typie zarazka duru brzuszego może według autorów wyjaśniać niestałość samego zakażenia. Spostrzeżenia te nie przeczą dotychczasowym danym w sprawie etyologii duru brzuszego, lecz przeciwnie mogą wyjaśniać fakty, które pozostałyby niezrozumiałymi.

Badania najświeższe wykazały, że najważniejszą rolę w rozwoju i szerzeniu się duru brzuszego odgrywają wody zanieczyszczone. Gdyby woda była wyłączną przyczyną zakażenia, trzeba by, żeby każdy tyfusem dotknięty, poprzednio pił wodę zanieczyszczoną wypróżnieniami chorych. Wielokrotnie choroba pojawiała się u ludzi osłabionych, wycieńczonych pracą, niedostatecznie odżywianych, lub po zjedzeniu pokarmów zepsutych bez możliwości użycia wody zakażonej. A nawet w przypadku, gdzie woda do picia może być przyczyną choroby, niemożliwe jest stwierdzić, w jaki sposób mogłaby ona uleść zanieczyszczeniu wypróżnieniami chorych. Te fakty więcej przemawiają za rozproszeniem zarazka w ośrodkach otaczających nas i w nas samych. W wodzie względnie czystej mogą się one znajdować, wprowadzone z nią do ustroju mogą być nieszkodliwe, dopóki okoliczności sprzyjające lub symbioza (wspólne pożycie) z innymi zarazkami nie pobudzi ich do rozwoju.

To rozpowszechnienie zarazka EBERTH'a, jego obecność w jamach ustroju wzbudzi zajęcie się sprawą wyjaśnienia warunków, sprzyjających rozwojowi chorobotwórczych własności zarazka. Obecnie możemy tylko wypowiadać przypuszczenia. Wobec niezaprzeczonej roli wód zanieczyszczonych w genezie choroby, należy rozstrzygnąć, czy ich działanie nie jest różne; jedno z nich, być może, zawierają zarazki duru brzuszego, inne — różne bakterye sprzyjające rozwojowi tego zarazka znajdującego się w przewodzie pokarmowym człowieka.

Ta myśl nie ujmuje znaczenia wód do picia w etyologii duru brzuszego.

(*Annales de l'Institut Pasteur* Nr. 1. 1897).

Wł. P.

44. BRIEYER. **O zakażeniu ropnicowem powstałem w przebiegu spraw ropnych w uchu.** W obszernej swej pracy zastanawia się autor przede wszystkim nad ropnicą występującą wskutek spraw ropnych w uchu bez udziału zapalenia zatok mózgowych. Powstaje ona albo w skutek zapalenia żył kostnych (*osteophlebitis*), lub też wnikania zarazków do krwiobiegu. Postać ta ropnicy występuje po ostrych sprawach ucha, przebieg jej ma być łagodniejszy, aniżeli ropnicy powstałej w skutek zakrzepów, wreszcie przerzuty przy tej postaci widzimy bardzo rzadko, natomiast częściej występują przerzuty w stawach i w mięśniach. Rzadką postacią ropnicy bez udziału zapalenia zatok jest postać podobna do *dermatomyositis*.

Autor ostrzega przed zbyt szeroką operacją na kości w przypadkach ropnicy powstałej bez udziału zakrzepu zatok, gdyż przez to stwarzamy jeszcze więcej nowych dróg dla wnikania zarazków. Nawet i trepanacja wyrostka nie powinna być dokonywana w braku wskazań miejscowych. Podwiązkiwanie żyły szyjowej w tych przypadkach jest nie tylko bezcelowe, lecz nawet niebezpieczne.

Przeciwnie, w przypadkach *dermatomyositis*, dających niepomyślne rokowanie, należy jaknajwcześniej szeroko otworzyć, wyłżeczować i wytamponować ucho średnie, wpływać zapomocą środków dyetetycznych i leczniczych na podniesienie odporności chorego, a przez obfite wprowadzanie płynów do ustroju należy ułatwiać wydzielanie toksyn. Odnosnie do zakrzepów zapalnych zatoki poprzedniej autor zaznacza, iż pomimo liczego materiału kazuistycznego, opisanego

w ostatnich czasach, rozpoznawanie zakrzepów zatok nie o wiele się posunęło naprzód. Wszystkie objawy miejscowe, uważane za charakterystyczne a mianowicie: zmiany dna oka, obrzęki tylnego brzegu wyrostka sutkowego, okolicy potylicowej i karku, wytwarzanie się twardego sznurka wzdłuż przebiegu żyły szyjowej i zależne od tego zmiany w ruchach szyi nie są dość stałe, aby z istnienia tychże lub też w braku któregoś z nich można wyciągnąć pewne wnioski przy rozpoznaniu.

Tak samo ogólne objawy ropnicowe nie są wyłącznie charakterystyczne dla ropnicy powstałej po zapaleniu zatok prócz tego jednorazowe dreszcze mogą występować przy niepowikłanych ostrych zapaleniach ucha średniego i dlatego nie mogą wogóle być spożytkowane do rozpoznania ropnicy. Lecz i kombinacja obu grup objawów nie zawsze pozwala nam na rozpoznanie zakrzepu zatok, gdyż przy niektórych postaciach ropni wyrostka sutkowego, jak np. przy przedostawaniu się ropy przez dolną powierzchnię wyrostka zarówno istnieją objawy ogólnego zakażenia podobne do ropnicy, jak i miejscowe zmiany zupełnie podobne do obrzęków powstałych wskutek zapalenia małych zatok kostnych (*emissaria*). Pozostaje więc jako względnie najpewniejsza droga prowadząca do rozpoznania, operacyjne obnażenie zatoki poprzecznej, rękoczyn przygotowany już przez zabieg operacyjny dokonywany w celu usunięcia ognisk chorobowych w komórkach wyrostka sutkowego i prowadzący jednocześnie do wykrycia zwykłego powikłania zakrzepu zatoki poprzecznej, a mianowicie ropni okołozatokowych. Sposoby badania zatok nie mają wielkiej doniosłości, obmacywanie niema żadnej wartości, oglądanie zaś zatoki ma tylko wtedy znaczenie, jeżeli istnieje zgorzel ściany naczyń lub też przetoki prowadzące do wnętrza zatoki wypełnionej ropą lub rozpadem zakrzepów. Ruchy oddechowe rzadko spostrzegamy; dowodzą one, iż istnieje swobodna droga pomiędzy prawem sercem i odpowiednim odcinkiem zatoki, zaś ruchy tętniące nie mają znaczenia ani w znaczeniu dodatnim ani też w znaczeniu ujemnym. Dla zbadania zawartości zatoki możemy się posługiwać przekłóciem z następczą aspiracją i nacięciem zatoki. To ostatnie należy zawsze wtedy wykonywać, gdy przekłócie i aspiracja nie daje wyników dodatnich, bądź wtedy, gdy zapomocą strzykawki nic wogóle nie otrzymujemy, a to dlatego, że strzykawka wnika w stały zakrzep, lub też zatoka zawiera krew płynną, co jednakowoż nie zawsze wyłącza istnienia zakrzepu, gdyż ten ostatni już mógł uleść rozpadowi. Dowodem istnienia zapalenia ścian zatoki (*sinus phlebitis*) jest tylko wynik dodatni t. j. wykazanie ropnego rozpadu zakrzepu. Co do leczenia, to należy przedewszystkiem zaznaczyć, że nie ulega już obecnie żadnej wątpliwości, że zakrzepy zatoki można leczyć przez wyłączenie pierwotnego ogniska ropnego i wypuszczenie ropy gromadzącej się około zatoki. Dlatego też przy istnieniu objawów ropnicy nie należy bez jasnych wskazań i dowodów istnienia zakrzepu wykonywać operacji na zatokach lub, jak to niektórzy radzą, w każdym przypadku podwiązywać żyły szyjowej. Gdy zakrzep ściśle zostanie rozpoznany, wtedy należy szeroko zatokę otworzyć, ścianę jego wyciąć i starać się o opróżnienie zawartości. Przedwstępne podwiązanie żyły szyjowej jest zdaniem autora niedozwolone, gdyż nie bacząc na to, iż przez to nie osiągamy zamierzonego celu, t. j. nie zapobiegamy dalszemu wnikaniu mas zatorowych i zakaźnych do krwioobiegu, istnieje przy tem niebezpieczeństwo powstawania zatorów w kierunku przeciwnym i szerzenia się zakrzepów w różnych kierunkach. Podwiązanie żyły szyjowej należy w każdym przypadku czynić zależnem od warunków miejscowych. W przypadkach, w których zakrzep w kierunku dośrodkowym jest ściśle odgraniczony, wystarcza ostrożne opróżnienie zapomocą kleszczyków i szczypczyków i to przeważnie w kierunku

ku obwodowi. Natomiast podwiązanie żyły szyjowej ma rację bytu wtedy, jeżeli przy rozległym obnażeniu zatoki nie można ku dołowi odgraniczyć zakrzepu i naturalnie jeszcze bardziej będzie wskazane, jeżeli rozpad zakrzepu dosięgnął już podczas operacji dolnego odcinka zatoki, tak że nie jest prawdopodobne, iż stały zakrzep miejsce to zamyka w kierunku do serca, lub też wreszcie, jeżeli przebieg pooperacyjny wskazuje na zniknięcie tego zamknięcia a rozszerzenie się zakrzepów w kierunku dośrodkowym staje się prawdopodobne. Już z góry podwiązanie żyły szyjowej staje się niezbędne w przypadkach, w których zakrzep obejmuje i żyłę szyjową. We wszystkich takich przypadkach należy jednak według JANSEN'a w celu uniknięcia tworzenia się zakrzepów w odciętym odcinku i ich następstw przeciąć po podwiązaniu żyłę szyjową aż do podstawy czaszki.

Odosobnione zakrzepy zatoki jamistej autor spostrzegał trzy razy. Zawsze istniały charakterystyczne objawy, a więc *exophthalmus*, porażenie mięśni ocznych, unieruchomienie gałki ocznej, obrzęk powiek, *chemosis* łącznicy, przekrwienie żył siatkówki, znieczulenie nerwu trójdzielnego i raz jeden krwotoki z przekrwionej łącznicy. W dwóch przypadkach zejście było śmiertelne, trzeci chory wyzdrowiał. Zaznaczyć wypada, że w ostatnim przypadku, jak również w jednym z przypadków zakończonych śmiercią po otworzeniu zatoki poprzecznej, nagle ustąpiły objawy zastoinowe w okolicy żyły ocznej. Można sobie wytłumaczyć zjawisko to w ten sposób, iż obfity krwotok występujący z otwartej zatoki poprzecznej unosi zakrzepy słabo tylko przylegające do ścian zatoki jamistej i doprowadza je do zatoki poprzecznej przez zatokę skalistą górną.

Z zatoki poprzecznej zakrzepy mogą się wraz z krwotokiem przedostać na zewnątrz lub też wnikać do krwiobiegu; jeżeli nie są natury zakaźnej, mogą wywoływać klinicznie zaledwie dostrzegalne objawy. Hipoteza ta może służyć za wskazówkę dla skutecznego leczenia zakrzepów zatoki jamistej.

Zalecona przez HESSLER'a operacja bezpośrednio na zatoce jamistej jest zdaniem autora bardzo trudna i ze względu na możliwe zranienie nerwu trójdzielnego i tętnicy szyjowej wewnętrznej niebezpieczna, a prócz tego wynik tej operacji nie jest pewny, gdyż nie możemy dosięgnąć zakrzepów ściennych umiejscowionych w zagłębieniach zatoki i bardzo wczesnie wytwarza się zakrzep po stronie przeciwległej drogą zatoki kolistej.

Gr.

(*Zeitschrift f. Ohrenh. T. XXIX. Z. 1 i 2. 1896. r.*).

45. PETRUSCHKY. W sprawie swoistości paciorkowca róży. Od pewnego czasu nagromadziła się znaczna ilość spostrzeżeń wykazujących, że pomiędzy *streptococcus erysipelatis* FEHLEISEN'a i *streptococcus pyogenes* ROSENBACH'a niema zasadniczych różnic. Swoistości zarazka róży przeczą doświadczenia na zwierzętach; mianowicie udało się wywołać różę na uchu królika zapomocą paciorkowców rozmaitego pochodzenia, a nawet zapomocą innych bakterii. U ludzi ta sama hodowla paciorkowców może wywołać rozmaite postacie kliniczne, co do niedawna objaśniano zakażeniem mieszanem. Ostateczne usunięcie wątpliwości wymagało wywołania róży u człowieka na drodze doświadczalnej zapomocą paciorkowców ropotwórczych. Sposobność ta nadarzyła się PETRUSCHKY'emu przy usuwaniach leczenia nowotworów złośliwych szczepionkami róży.

Doświadczenia te wykazały: 1) że paciorkowce z jednej hodowli działają niejednakowo na rozmaitych ludzi, wywołując u jednych zakażenia ciężkie czasami nawet z zejściem śmiertelnem, na drugich zaś nie wywierają żadnego wpływu; 2) wzmacnianie jadowitości hodowli przeprowadzaniem przez ustrój zwierzęcy wzmacnia ją tylko dla danego gatunku, osłabiając dla innych *resp.* ludzi; 3) hodowla paciorkowców otrzymana z ropy 18-letniej chorej cierpiącej na zapalenie ropne

otrzewny (która nigdy nie przechodziła róży), zaszczepiona dwóm kobietom podległym nawrotowi raka po operacji sutki, wywołała u nich różę o typowym przebiegu.

Na zasadzie tych doświadczeń PETRUSCHKY stanowczo uważa paciorkowca za jednostajną odmianę grzybka rozszczepkowego, który może powodować rozmaite sprawy chorobowe.

Co do ustroju ludzkiego rodzaj cierpienia zależy: 1) od umiejscowienia zarazka — róża skóry powstaje przy zakażeniu w granicach naczyń chłonnych skóry lub zewnętrznych błon śluzowych; 2) osobista odporność bywa rozmaita; 3) zakażenie paciorkowcami jest jednym z najczęstszych zakażeń wtórnych wskutek zmniejszenia odporności; 4) rak i mięsak, zdaje się, również zmniejszają odporność przeciw paciorkowcom.

(*Zeit. für Hyg. XXIII. 1896.*).

L. Koziński.

46. E. ARON. **Leczenie następcze zapaleń opłucnej.** Po przejściu ostrego okresu zapalenia opłucnej (ropne zapalenie opłucnej autor pozostawia na stronie, jako wymagające leczenia specjalnego), chorzy nie przestają się skarżyć na różne dolegliwości, zależące od złogów włókniaka, zrostów, częściowej niedodmy płuc i następczej marskości odpowiedniej części płuca; niekiedy także pozostaje pewna ilość płynnego wysięku, który przy zwykłym leczeniu usunąć się nie daje. Chorzy z takimi niedoleczonymi zapaleniami opłucnej nie tylko są narażeni na powtórne zapalenie ostre, lecz bardzo łatwo podlegają gruźlicy, szczególnie przy zrostach z górnymi płatami płuc, które przy oddechaniu w słabszym stosunkowo stopniu podlegają wentylacji.

W takich przypadkach po przejściu ostrego okresu zapalenia radzi autor przejść do pneumatoterapii na zasadzie następujących danych. Z doświadczeń na królikach wiadomo, że pod wpływem powietrza ściśnionego ciśnienie ujemne wewnątrz opłucnej staje się bardziej ujemne, a więc płuco silniej się rozszerza i znajduje się dłużej w okresie wdechu. Jeżeli więc na opłucnej będziemy mieli jakieś zrosty lub zgrubienia, będą się one rozciągać, a nawet w świeżych przypadkach rozrywać pod wpływem bezwiednie głębszego oddechania powietrzem ściśnionem; pozostałości płynnego wysięku pod mechanicznym wpływem ciśnienia będą łatwiej ulegały wessaniu.

Co się tyczy tych przypadków, w których zapalenia opłucnej pozostawiają ślady na tkance płucnej, a mianowicie sprowadzają marskość płuc, to i tutaj ściśnione powietrze ma zastosowanie racjonalne po przejściu ostrego okresu choroby.

Pneumatoterapia w omówionych przypadkach bywa stosowana w najróżniejszych postaciach. Zwykle wysyła się chorych materialnie uposażonych po przebyciu ostrego zapalenia do klimatycznych miejscowości górzystych. Nie odpowiada to jednak celowi, gdyż miejscowości, do których zwykliśmy w takich razach posyłać chorych, są położone najwyżej na 1000 metrów nad powierzchnią morza, a rozcieńczenie powietrza na takiej wysokości nie ma prawie żadnego wpływu na mechanikę i chemię oddechania. Bardzo być może, powiada autor, że u chorych ma miejsce inny stopień wrażliwości na rozcieńczenie powietrza, niż u zdrowych, w każdym jednak razie mamy w tym sposobie stosowania pneumatoterapii jeszcze nie zupełnie opracowaną metodę leczenia.

Istnieją następnie t. zw. przyrządyprzenośne i dzwony pneumatyczne. Przyrządy przenośne stosować można tylko przez krótki przeciąg czasu raz lub kilka razy dziennie; tymczasem przy dzwonach pneumatycznych można dowolnie zmieniać ciśnienie, przedłużać lub skracać posiedzenia, zwiększać lub zmniejszać szybkość wzrostu lub spadku ciśnienia. Przytem chory przy przyrządach przenośnych musi

umieć odpowiednio wciągać powietrze, jest narażony na odruchowe zaciśnięcie szpary głosowej i wogóle odczuwa, że oddycha sposobem nienaturalnym, przy dzwonach zaś pneumatycznych chory jest postawiony bezwiednie w inne zupełnie warunki oddechania.

CUBE radzi przy stosowaniu powietrza ściśnionego kłaść chorego zdrową stroną klatki piersiowej na poduszkę, aby skierować prąd powietrza ściśnionego głównie na chorą opłucną. WALDENBURG zmienił to w ten sposób, że asystent rękościska zdrowy bok klatki piersiowej. Autor ten kombinuje także wdechanie powietrza ściśnionego z wydechaniem do rozrzedzonego szczególnie u osobników młodych i silnych.

Bezwarunkowo unikać należy przy leczeniu powietrzem ściśnionem przyrządów (np. STEINHOFF'a), które działają wprost na klatkę piersiową, gdyż niezupełnie zdrowa opłucna reaguje ponownem zapaleniem na podrażnienie urazowe które sumując się wywiera działanie kumulacyjne. Przy stosowaniu powietrza ściśnionego w przypadkach marskości płuc niektórzy postępują w ten sposób, że zapomocą rąk, poduszek lub ułożenia chorego na zdrowym boku chronią zdrowe płuco od zbytniego rozdęcia i kierują tym sposobem ściśnione powietrze do płuca chorego. Odrębny przyrząd do stosowania powietrza ściśnionego znamy w wannie pneumatycznej HANKE'go, lecz nie wytrzymuje on bezstronnej krytyki, gdyż w zasadzie jest identyczny z przyrządem STEINHOFF'a.

MOSENGEIL i ROSSBACH stosują przy leczeniu następczem zapaleń opłucnej czynne głębokie wdechania i wydechania powietrza przez chorych; nie daje się to jednak stosować w praktyce, gdyż już u człowieka prawidłowego kilka wykonanych głębokich wdechów wywołuje zmęczenie, a u zdrowiejących po zapaleniach opłucnej ból, który uniemożliwia dalszą czynną gimnastykę chorego płuca.

Co się tyczy kąpeli (morskich i solankowych), jako środka przyspieszającego wessanie pozostałości po wysiękach w opłucnej, to szczególnie te pierwsze winny być wyrzucone z arsenału środków stosowanych po przejściu ostrego okresu zapaleń opłucnej, gdyż umożliwiają ponowny powrót choroby wskutek przeziębień przypadkowych.

Pozostaje jeszcze częste stosowanie *t-rae jodi* w postaci pędzlowań zarówno jak innych *derivantia*—środków powszechnie znanych i niezawsze skutecznych.

A. twierdzi, że stosowanie powietrza ściśnionego w omawianych przypadkach uznać należy za najwięcej racjonalny i skuteczny środek. Winniśmy jednak nie zapominać, że stosować powietrze ściśnione można tylko po przejściu ostrego okresu choroby; zawczesne stosowanie powietrza ściśnionego, przynieść może szkodę choremu, a wprost niebezpieczne może być zalecane przez BURESSI'ego stosowanie powietrza ściśnionego zaraz po dokonanej operacji przekłócia opłucnej i wypuszczenia płynu.

(*Therap. Monatshefte* Nr. 9. 96).

Ant. J. Goldman.

47. KÖSTER. O etyologii i leczeniu *enuresis*. Większa część pracy K. poświęcona jest sprawie leczenia moczenia mimowolnego, a mianowicie leczenia elektrycznym prądem zmiennym, którego autor jest gorącym zwolennikiem. Występuje on przeciwko zdaniu HENOCH'a, iż jedynie skutecznym czynnikiem leczniczym w tem cierpieniu jest suggestya, i przypisuje prądowi elektrycznemu działanie pobudzające i wzmacniające na zwieracz pęcherza i na *m. compressorem urethrae*, od których słabości, zdaniem jego, zależy wymienione cierpienie. Autor stawia anodę (okrągłą, niezbyt dużą) na spojeniu łonowem, katodę wprowadza do cewki moczowej do głębokości 1 — 1½ cm., stopniowo powiększa prąd aż do dość znacznej wysokości (?) i zatrzymuje się przy tej wysokości przez 3 mi-

nuty; następnie zmniejsza prąd do *minimum* i znów powiększa; należy to powtórzyć 3 razy. Całe posiedzenie trwa 7 do 9 minut.

SEELIGMUELLER już w 67 roku opisał 4 przypadki moczenia mimowolnego, wyleczone prądem elektrycznym. Dwa z nich zasługują na powtórzenie. W pierwszym—chłopiec 16-letni, cierpiący na *enuresis diurna* został wyleczony po jednym posiedzeniu i dotychczas jest zdrow.

Drugi dotyczył 22-letniej panny, która od wczesnego dzieciństwa cierpiała na *enuresis diurna* (co $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ godziny) i *nocturna*. Ze wstydu i strachu chora wychudła jak szkielet i pragnęła śmierci. Już po pierwszym posiedzeniu dwa razy tylko w dzień oddała mocz, a w nocy wcale nie oddawała moczu; po 8 posiedzeniach była zupełnie zdrowa, tak iż mogła wypić 2 filiżanki czarnej kawy, lub 4 herbaty bez złych następstw, gdy poprzednio takie nadużycie wywołałoby dotkliwe skutki. Dla próby chora przetańczyła raz pół nocy, co również złych następstw nie wywołało. Od tego czasu (30 lat) jest zupełnie zdrowa. Autor miał w leczeniu 20 przypadków tego cierpienia; chorzy mieli od 4 do 22 lat; 11 z nich było płci męskiej, 9 — płci żeńskiej. Jedenastu (6 chłopców i 5 dziewcząt) cierpiało na *enuresis nocturna et diurna*; u 9 (4 chłopców i 5 dziewcząt) nastąpiło wyleczenie, w jednym przypadku znaczna poprawa, a jeden pozostał bez zmiany. U 9 chorych była *enuresis nocturna*; w 8 (4 chłopców i 4 dziewczęta) nastąpiło wyleczenie, u jednego chorego nie było poprawy. Wogóle więc mamy 17 (85%) przypadków wyleczenia, 1 raz poprawę, 2 razy stan pozostał bez zmiany.

Z tych 20 chorych, 7 tylko było słabo zbudowanych i anemicznych, reszta odznaczała się budową mocną i nawet kwitnącym zdrowiem; w jednym przypadku temu samemu cierpieniu podlegał ojciec do wieku dojrzałości i brat chorego. Cierpienie to może zależeć od skurczu *m. detrusoris vesicae*; bywa to jednak rzadko i jednocześnie istnieje zwykle osłabienie zwieracza.

(*Deut. Medicin. Wochenschrift. R. 96. Nr. 23*). Aleksander Tumpowski

Sprawozdanie roczne

z czynności Cesarskiego Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego

za rok 1896.

Towarzystwo w roku ubiegłym liczyło 247 członków, w tej liczbie: prezesa honorowego, 32 członków honorowych w Cesarstwie, 29 członków honorowych zagranicznych, 107 członków czynnych, 66 członków korespondentów w Cesarstwie, 9 członków korespondentów zagranicą i 3 członków przybranych.

Za rząd Towarzystwa stanowili: przewodniczący kol. K. ERBSTEIN, wice-prezes kol. J. STRZEMIŃSKI, pierwszy sekretarz kol. Wł. ZAHORSKI, drugi sekretarz kol. J. TUR, bibliotekarz kol. P. SAWICKI, podskarbi kol. B. FIN, zarządzający pracownią Towarzystwa kol. A. WOJNICZ, kustosz p. S. SYRWID.

Wydawnictwa Towarzystwa. W roku ubiegłym Towarzystwo drukowało protokoły swych posiedzeń, w których umieszczało sprawozdania naukowe czytane na posiedzeniach, uchwały administracyjne, sprawozdania sekcji sanitarnej, oraz tablice chorób i śmiertelności w Wilnie. Ogółem ogłoszono drukiem 10 protokółów i sprawozdanie roczne pod redakcją pierwszego sekretarza. Prócz tego

Towarzystwo wydało pracę jubileuszową zbiorową, w której zostały pomieszczone: opis uroczystości jubileuszowej 12 grudnia 1895 r., otrzymane depesze i listy, lista nowo obranych członków honorowych, mowa przewodniczącego i następujące prace: J. BALIŃSKIEGO — Pierwsza klinika w Wilnie, Wł. ZAHORSKIEGO — Historia Tow. Lek. Wileńskiego, J. STRZEMIŃSKIEGO — a) Stan zdrowotny Wilna w pierwszym 25-leciu bieżącego stulecia i b) Oftalmologia na Litwie w ciągu pierwszych 25 lat XIX stulecia i P. BAGIEŃSKIEGO — O znaczeniu Towarzystwa Lekarskiego Wileńskiego w sprawie rozpowszechnienia szczepienia ospy ochronnej.

Towarzystwo rozsyłało wydawnictwa swoje 93 towarzystwom, redakcyom i t. d., otrzymując w zamian ich wydawnictwa.

Czynność i Towarzystwa. W roku 1896 w sali Towarzystwa odbyło się 10 posiedzeń zwyczajnych, zwykle 12-go każdego miesiąca, z wyjątkiem lipca i sierpnia, i jedno posiedzenie nadzwyczajne. Prócz tego sekcja sanitarna odbyła dwa posiedzenia. Na posiedzeniach uczestniczyło przecięciowo około 43 członków. Wygłoszono następujące odczyty: CZARKOWSKI — przedstawienie chorego z zanikiem mięśni postępującym; STRZEMIŃSKI — a) *amblyopia hysterica*, b) drugi przypadek *conjunctivitis pseudomembranaceae*, uleczonej zapomocą zastrzykiwań surowicy przeciwbłoniczej BEHRING'a; c) obustronny wrodzony brak częściowy tęczówki wraz z kataraktą gwiazdzistą (z przedstawieniem chorego); d) choroby oczu przyniotowe, dziedziczne w drugim pokoleniu; ZAHORSKI — współczesne poglądy na gorączkę i na jej leczenie; DEMBOWSKI — a) o rozpoznawaniu zapaleń kręgów (*spondylitis*) w rozwoju początkowym i o ich leczeniu, b) przedstawienie kobiety po operacji stopy płaskiej, c) przedstawienie preparatów raka macicy, d) przedstawienie preparatu *tali luxati*, e) przedstawienie torbieli jajnika usuniętej zapomocą operacji, f) o najnowszych wynalazkach i ulepszeniach w stosowaniu promieni ROENTGEN'a z przedstawieniem odnośnych przyrządów, zdjęć fotograficznych i przeświecaniem na ekranie, g) przedstawienie nerwiaka (*neuroma*) ze splotu szyjowego głębokiego; WYGODZKI — a) przypadek *polyneuritis puerperalis*, b) przedstawienie potworka bezgłowego; BAGIEŃSKI — a) sprawozdanie roczne z działalności zakładu szczepienia ospy ochronnej za rok 1895, b) stan obecny szczepienia ospy w Rosyi; BLOCH — *uterus didelphys et vagina septa completa*; A. GERSZUN — o promieniach ROENTGEN'a z demonstracyami; J. GERSZUN — przedstawienie chorego z obrzękiem śluzowym; HEIDENREICH — przedstawienie preparatów laseczników LOEFFLER'a z błony przy *conjunctivitis pseudomembranacea*; ZAMETT — przedstawienie preparatów raka śluzowego pochwy; KAN — a) stosowanie lecznicze pary przy zapaleniu połogowem błony śluzowej macicy, b) przedstawienie chorej po operacji przetoki pęcherzowo pochwowej; LIPSKI — przedstawienie chorego z obrzękiem skóry ograniczonym; LACHOWICZ — obustronne zastoinowe zapalenie nerwu wzrokowego; NONIEWICZ (mag. weterynaryi) — a) przyczynek do leczenia nosaczyny, b) przedstawienie okazu *eustrongylus gigas*; SAWICZ — przypadek zgorzeli nóg wskutek *arteriitis obliterans*; ŚWIEŻYŃSKI — przyczynek do anatomii patologicznej t. zw. polipów krtani; STEMBO — a) choroba LITTLE'a z przedstawieniem chorej, b) kilka uwag w sprawie zapalenia opon mózgowych surowiczego i operacji QUINCKE'go, c) przedstawienie chorego z *macroglossia*, d) o sposobach usunięcia włosów rosnących na miejscach niewłaściwych (z przedstawieniem chorej); TUR — a) przedstawienie chorej z bezwładem wskutek zatrucia, b) przedstawienie preparatu ciąży zamacicznej; SCHABAD — przedstawienie chorego z *ischias scoliotica*.

Biblioteka Towarzystwa posiada dzieł 10,775, tomów 17,256, rękopisów 272. W bibliotece znajduje się wiele cennych i dziś nader rzadkich dzieł z XVI i XVII wieku, największy zaś skarb księgozbioru stanowią bezwątpienia pamiątki Jó-

zefa FRANKA w rękopisie. Składają się one z pięciu dużych tomów i zawierają bogaty materiał do historii uniwersytetu wileńskiego i charakterystyki profesorów.

Archiwum Towarzystwa zawiera 2,521 numerów, w tej liczbie wiele cennych autografów, listów i prac znakomitych uczonych, np. SCARPA'y, MAGENDIE'go, HUMBOLDT'a, GRAEFE'go, PIROGOW'a, wszystkich profesorów wileńskich, dyplomy ŚNIADECKIEGO, FRANKA i innych.

Towarzystwo otrzymywało następujące czasopisma: „Medycynę“, „Gazetę Lekarską“, „Przegląd Lekarski“, „Nowiny Lekarskie“, „Odczyty kliniczne“, „Przegląd Chirurgiczny“, „Schmidt's Jahrbücher“, „Deutsche Medicinische Wochenschrift“, „Prakticzeskaja Medicina“, „Sowremennaja Medicina i Gigiena“, „Wracz“, „Żurnał obszczestwa ochrany narodnawo zdrawia“, „Realnaja encyklopedia Medicinskih nauk“.

Prócz tego autorowie nadsyłają znaczną ilość odbitek ze swych prac naukowych.

Kasa. Dochód w roku 1896 (z opłat członków) wynosił 705 rubli, wydatki 785 rs.

Pracownia Towarzystwa pod kierunkiem kol. A. WOJNICZA i przy współpracownictwie kol. W. ORŁOWSKIEGO dokonała w roku 1896 rozbiórów chemicznych, mikroskopowych i bakteriologicznych 1376.

Zbiory Towarzystwa. Zbiór anatomo-patologiczny posiada preparatów 202, zbiór chemiczny i farmakognostyczny okazów 639, zbiór minerałów i skamieniałości składa się z 2070 okazów, zbiór roślin z 7 zielników w 112 księgach.

Do zarządu Towarzystwa na rok 1897 wybrani zostali: na prezesa kol. Hipolit JUNDZIEL, na wiceprezesa kol. STRZEMIŃSKI, na 1-go sekretarza kol. ZAHORSKI, na 2-go sekretarza kol. TUR, na bibliotekarza kol. SAWICKI, na podskarbiego kol. FIN, na kustosa p. SYRWID, na zarządzającego pracownią kol. WOJNICZ.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= WINTERNITZ przekonał się o moczącym działaniu naparu liści brzozy; ilość moczu już po 24-godzinnym stosowaniu tego środka zwiększa się, obrzęki zarówno u chorych na serce, jak i na nerki znikają; zmniejsza się również ilość wydalanego z moczem białka. Używać należy liści zebranych na wiosnę; na szklankę naparu używa się 25,0 — 35,0 liści suszonych. Dawka dzienna wynosi dwie lub trzy filiżanki. Snak naparu jest gorzkawy, lecz nie przykry. (Semaine méd. N. 5. 1897).

= Hoor radzi zastępować w praktyce ocznej azotan srebra argentiną, środek ten bowiem bardzo mało drażni oko i przenika głębiej do tkanki łącznicy, nie barwiąc jej na czarno. Autor używa w praktyce swej 5-cio procentowego roztworu do przyżegania, które stosuje 1—4 razy dziennie. Przyżeganie nie jest przeciwwskazane nawet

w przypadkach owrzodzenia rogówki. (Semaine méd. Nr. 5. 1897).

= VINAY stwierdził jeszcze w r. 1894, że ciśnienie krwi w tętnicach u kobiet ciężarnych dotkniętych białkomoczem dochodzi do 18—20 ctm. rtęci (na sfigmomanometrze POTAIN'a), u kobiet zaś zdrowych jest normalne aż do chwili rozpoczęcia porodu. Obecnie prace VAQUEZ'a i NOBECOURT'a potwierdziły to zdanie, prócz tego zaś udowodniły, że podczas napadów drgawek ciśnienie to dochodzi do 25 ctm., a w przerwach między napadami zmniejsza się, nie wracając jednak do normy, zwiększa się zaś znowu przed napadem. Dzięki temu można przewidzieć napad drgawek u chorej i zawczasu leczyć go zapobiegawczo. Powrót ciśnienia krwi do stanu prawidłowego po napadzie dowodzi, że choroba już się skończyła. (Soc. méd. des Hopitaux. S. 29. I. 47).

= LEMOINE spostrzegł 23 przypadki płonicy, w których wysypka wystąpiła wyłącznie na twarzy. Przypadki te dotyczyły chorych przyjętych do szpitala z powodu zapalenia gardzieli z gorączką; gorączka zazwyczaj spada, lecz zaczerwienienie twarzy pozostaje i następuje łuszczenie naskórka. U niektórych z tych chorych wystąpił następnie białkomocz, a nawet objawy mocznicowe. Chorych takich należy odosabniać, gdyż mogą bardzo łatwo szerzyć zarazę. (Le Progrès méd. Nr. 6. 1897).

= Ze względu na częste stosowanie podskórnych wstrzykiwań roztworów solnych podaje MAURANGE przepisy ich podług różnych autorów. Zwykły 7,5‰ roztwór soli kuchennej stosowany bywa przy zapaści i posocznicy pooperacyjnej, eklampsji, tyfusie, mocznicy, cholerze i chorobach zaraźliwych. HAYEM zastrzykuje 50—100 ctm. sz. następującego roztworu: *natrui chlor.* 5,0, *natrui sulf.* 10,0, *aq. dest.* 1000,0. LUTAUD przepisuje: *natrui sulfur.* 10,0, *natrui phosphor. crist.* 5,0, *aq. dest.* 100,0. DS. 5—25 ctm. sz. na raz. CANTANI zastrzykuje 30—50 ctm. sz. roztworu: *natrui chl.* 4,0, *natrui carb.* 3,0, *aq. dest.* 1000,0. SCHIESS stosuje przy zapaści u chorych na zapalenie płuc 10 ctm. sz. roztworu: *natrui chl.* 0,75, *natrui bicarb.* 0,5, *aq. dest.* 1000,0. VIGNESI wstrzykuje przy ciężkiej niedokrwistości 20—30 ctm. sz. 5‰ roztworu NaCl. CHÉRON przepisuje: *natrui sulf.* 8,0, *natrui phosph.* 4,0, *natrui chl.* 2,0, *ac. phenyl. glac.* 1,0, *aq. dest.* 100,0. DS. 5—10 ctm. sz. co drugi dzień. HUCHARD wstrzykuje takąż dawkę następującego roztworu: *natrui phosph.* 10,0, *natrui sulf.* 2,5, *nat. chlor.* 5,0, *ac. carbol. glac.* 1,5, *aq. dest.* 100,0. De RENZY zastrzykuje przy gruźlicy płuc 200—300 ctm. sz. roztworu: *jodi puri* 1,0, *kalii jod.* 3,0, *natrui chl.* 5,0, *aq. dest.* 1000,0. (La lancette franc. Nr. 10. 1897).

= LÉPINE i LYONNER otrzymali w jednym przypadku białaczki odczyn krwi BREMER'a, charakterystyczny jakoby dla chorych na cukrzycę (roztwór eozyiny i błękitu metylenowego barwi czerwone ciała krwi na zielono; Med. Nr. 44. 1896). Wobec nieznacznej zasadowości krwi zarówno chorych na cukrzycę jak i białaczkę autorzy sądzą, że odczyn BREMER'a zależny jest jedynie od działania na krew kwasów, a nie od zmian zachodzących jakoby przy cukrzycy w czerwonych ciałkach krwi.

(Lyon méd. Nr. 23. 1896).

= LEICHTENSTERN spostrzegł u czteroletniego chłopca z ostrą gruźlicą płuc w następstwie odry gruźlicę prosówkową skóry. Początkowo na twarzy, następnie na grzbiecie i kończynach wystąpiły małe, nie łączące się, czerwone grudki, które znikaly, lub też przemieniały się na wierzchołku w krosty. Ropa ich zawierała paciorkowce, badania zaś drobnowidzowe wyciętej po śmierci dziecka krosty wykazały w głębi skóry gruzelki, zawierające znaczną ilość laseczników swoistych. (Münch. med. Woch. Nr. 1. 1897).

= MOORE stosuje przy rzeżączce błękit metylenowy wewnątrz w dawce 0,18 trzy razy dziennie. Podawany w okresie ostrym choroby skraca w znacznym stopniu jej przebieg oraz zmniejsza bolesność przy oddawaniu moczu. Działanie to objaśnia M. tem, że błękit metylenowy wydalany wraz z moczem działa odkażająco bezpośrednio na błonę śluzową cewki. (Semaine méd. Nr. 4. 1897).

= WASSERMANN zakomunikował Tow. lek. wied. wyniki otrzymane w klinice SCHROETTER'a przy stosowaniu promieni X w celu rozpoznawania chorób wewnętrznych. Jeden przypadek dotyczył chorego, u którego podejrzewano istnienie jamy oskrzelowej (obfita trzywarstwowa płwocina, brak laseczników gruźliczych), badanie jednak fizyczne nie wykazywało jej. Prześwietlanie wykazało istnienie jamy z prawej strony ponad chrząstką piątego żebra; średnica jamy wynosiła trzy ctm. Przy dokładnem kilkakrotnem badaniu tego miejsca, stwierdzono odgłos bębenny i nawet „bruit du pot fêlé“, nie dające się zauważyć poprzednioprawdopodobnie wskutek wypełnienia jamy płwociną. W drugim przypadku badanie fizyczne wykazywało istnienie tętniaka aorty: w pierwszym lewem międzyżebrow na zewnątrz od mostka stłumienie, jednak bez wyraźnego tętnienia. Na ekranie widać obok kręgosłupa cień tętniący, opuszczający się od tętniaka dosyć daleko na dół. Autor zwraca uwagę na doniosłość roentgenografii w celu rozpoznawania głębokich jam w płucach, nieznacznych tętniaków aorty, nie dających stłumienia odgłosu opukowego, wreszcie różniczkowania między tętniakami i nowotworami. (Posiedzenie 13. I. 1897).

= BAGINSKY twierdzi, że panujące latem podczas upałów biegunki u dzieci są zależne od zwykłych drobnoustro-

jów jelit, mianowicie *b. coli*, *b. lactis* i opisanej przez autora postaci *proteus*; wytwarzane przez nie w większej ilości dzięki upałom wytwory gnicia (najczęściej amoniak i jego połączenia) działają szkodliwie na ściany jelit, z drugiej zaś strony, dostając się zapomocą krwiotoku do innych narządów, powodują rozpad ich tkanek. (Berlin. klin. Woch. Nr. 2. 1897).

M. B.

== HAUSHALTER opisuje zapalenie prawego stawu kolanowego, jakie wystąpi-

ło podczas trwania rzeżączki oka. (La médecine moderne. 1895. Nr. 8).

== BERGER opisuje dwa przypadki rzeżączki oczów, powikłanej ropniami podłącznicowymi. (Journal des maladies cutanées et syph. 1894. Str. 691).

== SEIFFART poddał prześwietleniu 18-letnią pannę, leczoną blisko rok cały na nieżyt pęcherza. W prześwietlanym pęcherzu fotografia wykazała podwójną szpilkę od włosów, którą też S. łatwo wydobyl. (Cntrbl. f. Gynaek. Nr. 1. 1897).

A. Koz.

Wiadomości bieżące.

— Zwracamy uwagę kolegów, iż według wyjaśnienia Pana Ministra finansów do liczby osób uwolnionych w pewnej mierze od podatku mieszkaniowego należą również lekarze, a w szczególności ta część ich mieszkania, która im jest niezbędna do wykonywania czynności zawodowych, mianowicie: gabinet lekarski, poczekalnia, którą wedle powszechnie przyjętego zwyczaju stanowi salon, i przedpokój. Od reszty zajmowanego przez siebie lokalu, lekarz obowiązany jest płacić podatek narówni z innymi. Powołując się na rozporządzenie ministerjalne, należy zwrócić się do inspektora podatkowego, właściwego rewiru z żądaniem oznaczenia wysokości sumy, jaką lekarz od pozostałej części mieszkania ma wnosić. Nie wiadomo, czy to jest jakieś nowe rozporządzenie, czy też wyjaśnienie dawnego. Gdyby było tylko wyjaśnieniem już istniejącego w zasadniczej ustawie przepisu, w takim razie pobranie opłaty od lekarzy za wymienione wyżej części mieszkań w dwóch ubiegłych latach byłoby niewłaściwe i mielibyśmy prawo żądać zwrotu sum nieprawnie od nas pobranych.

Chociaż termin reklamacji oznaczony został do dnia 7. 19 kwietnia, wszelako i po tym terminie zawiadomienia ze strony lekarzy powinny być uwzględniane, gdyż tu nie chodzi o żadną reklamację, lecz o proste wykazanie niewłaściwego stosowania ustawy.

— Lekarzami Baraku Czerwonego Krzyża w Łodzi zostali: KADER, KAUFFMANN, KOLIŃSKI, PILIWER, SZILDKRET, TOCHTERMANN.

— Liczba klinik prywatnych w Niemczech gwałtownie wzrasta. W roku 1879 istniały w Berlinie tylko 3 takie zakłady mieszczące 36 łóżek. W roku 1895 leczono w szpitalach w Berlinie 86,000 osób, z tego przeszło 10,000 w szpitalach prywatnych. Władze rządowe nałożyły na te zakłady podatek zarobkowy. Obecnie przeciw zarządzeniu władz wnoszą lekarze, właściciele klinik prywatnych, z prof. BERGMANN'em na czele odpowiedni protest.

— Akademia lekarska w Paryżu na rok 1898 i 1899 ogłosiła mnóstwo konkursów. Pomiędzy innymi nagrody BUISSON'a i BARDIER'a (2000 franków) mają być przyznane za najlepszą pracę, podającą sposób leczenia spraw dotąd nieuleczalnych (rak, padaczka, cholera), nagroda FALLERIS'a (900 fr.), za pracę o somnambulizmie, nagroda HERPEN'a za pracę o leczeniu poronnem rzeżączki, nagroda LAENNEC'a za pracę o zapaleniu oskrzeli u dzieci. O nagrody te ubiegać się mogą również i cudzoziemcy.

— W Bombaju epidemia dżumy, zdaje się, słabnie; w ostatnim tygodniu (do 12 marca r. b.) zmarło na dżumę 521 osób. W Karachii również się śmiertelność mniejsza. Pomimo to epidemia rozszerza się na inne miejscowości sąsiednie.

— Zmarli. W dniu 7 kwietnia zmarł d-r Stanisław ŁUGOWSKI w 31 roku życia.