

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Fizyologija.

146. ORSZAŃSKI. **Ruchy miejscowe, wywołane działaniem prądu przerywanego na czaszkę psa.** (*Comp. rend. de la Soc. de Biol.* 1883).

Autor otrzymał z doświadczeń swych, wykonanych w pracowni VULPIAN'A, następujące wyniki:

1. Aby uniknąć rozpraszania się prądu w częściach miękkich czaszki, należy ją obnażyć.

2. Im grubszą jest czaszka i im suchszą jej powierzchnia, tem silniejszych prądów używać należy.

3. Skostnienie szwów czaszkowych, utrudnia przenikanie strumienia do wnętrza czaszki. Gdy szew wieńcowy uległ skostnieniu, a strzałkowy np. jest niezaruszonym, można wywołać ruchy, umieszczając jedną elektrodę wzdłuż ostatniego szwu. Słabszym strumieniem otrzymuje się te same ruchy, skoro się postawi elektrodę w miejscu skrzyżowania obu szwów. Przy wilgotnej czaszce, otrzymać można ruchy, stawiając elektrodę nawet w pewnym oddaleniu od szwów.

4. Gdy szew wieńcowy uległ skostnieniu, a strzałkowy jest otwartym, to stawiając elektrodę w punkcie skrzyżowania, otrzyma się ruch głowy.

5. Stawiając w tych samych warunkach elektrodę na bocznej dolnej części szwu wieńcowego, spostrzeżemy *skurcz* mięśni w przeciwległej kończynie przedniej.

6. W razie zaś, gdy szew wieńcowy bywa wydatnym, następują wyraźne ruchy tejże kończyny.

7. Stawiając obie elektrody na szwy nie skostniałe, otrzymujemy tylko ból, a

nie ruchy, co zależy niezawodnie od pobudzenia opony twardej, po powierzchni której strumień się rozchodzi nie przenikając do mózgowia.

8. Wszystkie powyższe rezultaty autor otrzymał, stawiając drugą elektrodę zawsze na tylnej ścianie gardzieli. Jeśli zaś jedną postawił na szwie, a drugą na obnażonym mięśniu kończyny tylnej, to występowały także ruchy umiejscowione. Tak więc te ostatnie zależą od pobudzenia mózgu, a nie są odruchowemi z gardzieli.

9. Oględziny pośmiertne wykazywały zawsze przekrwienie mózgu po stronie przez strumień drażnionej, nigdy zaś zapalenia nie było.

10. Punkt umieszczania elektrody na szwie wieńcowym odpowiadał zawsze ośrodkowi psychomotoryjnemu danej kończyny.

11. W warunkach normalnych u człowieka nie możliwem jest takie umiejscowienie prądu, z powodu sieci naczyniowej w częściach miękkich czaszki.

Pomyślniejsze warunki istnieją w pewnych stanach patologicznych, np. w letargu, gdzie czulość bywa zmniejszoną, pobudliwość zaś ruchowa wzmożoną.

12. Przy stosowaniu prądu przerywanego w cierpieniach mózgowych, należy stawiać elektrodę wzdłuż szwu wieńcowego. *Pacanowski.*

147. DEMBO. **Wpływ elektryczności na skurcze macicy.** (*Comp. rend. de la Soc. de Biol.* 20 Janvier 1883).

Mało jest kwestyj, w którychby panowała taka różnica zdań, jak w kwestyi wpływu elektryczności na wywoływanie poronienia, przedwczesnego porodu, przyspieszenia porodu rozpoczętego, lub wre-

szcie odnośnie do wpływu jej na powstrzymanie krwotoków po porodzie,

APOSTOLI przed z laty widział w elektryczności skuteczny środek dla przyśpieszenia poporodowej involucji macicy i skrócenia tym sposobem okresu połogowego. SIMPSON i SCANZONI, odmawiają elektryczności wszelkiego wpływu na uśmierzenie bólu i powstrzymywanie następujących krwotoków.

Autor postawił sobie następujące pytania: czy można przez zastosowanie elektrodów na ściany brzuszne lub inne, przez różnych badaczy wskazane, miejsca, wywołać skurcze ciężarnej macicy? Czy skurcze te wystarczą do wydalenia płodu?

Doświadczenia robił na królikach, których narządy płciowe nader są wrażliwe na działanie prądów elektrycznych. Jedną elektrodę o szerokiej powierzchni, D. umieszczał na ogolonym brzuchu, drugą już to w pochwie lub odbytnicy, już na kręgosłupie; innym razem obie elektrody stawał na brzuchu lub wprowadzał do pochwy.

U żadnej z dwóch samiczek, użytych do doświadczeń, nie udało się autorowi wywołać przedwczesnego porodu; druga z nich zdechła po 3 dniach eksperymentowania (skutkiem rozlanego zapalenia otrzewnej. Otrzymawszy wynik ujemny, D. wprowadzał elektrodę o ile mógł najgłębiej do odbytnicy, w celu podrażnienia spłotu aortalnego lub podbrzusznego, lecz także na próżno; poród nie następował.

Chcąc obserwować zjawiska ze strony macicy podczas elektryzowania, D. uśpiwszy królika chloralem, otwierał jamę brzuszną na linii białej. Po przyłożeniu elektrodów do obu stron przeciętej ściany brzusznej, skurcze macicy wcale nie następowały; jeśli zaś elektrody po jednej stronie brzucha umieszczał, naówczas kurczył się tylko róg przeciwległy, zaś róg odpowiedniej strony zostawał w spokoju.

Gdy autor umieszczał jedną elektrodę w górnej części przedniej ściany pochwy, najsilniej na prąd oddziaływającej, wyni-

ki były też ujemne. U jednej samicy podczas rozpoczętego już porodu (jeden płód był już nawet w pochwie), nie udało się go przyśpieszyć za pomocą drażnienia rogów macicy elektrycznością.

Co się tyczy zdania niektórych autorów, jakoby prąd był w stanie powstrzymać krwotoki połogowe, D. za pomocą doświadczeń przekonał się o błędności tego twierdzenia. Drażnienie macicy elektrycznością powoduje wprawdzie kilka sekund trwającą bladłość tego narządu, lecz niebawem następuje rozszerzenie naczyń. Dalej, D. przecinał kilka naczyń macicznych i natychmiast stosował strumień elektryczny; mimo dość mocnych skurczów macicy krwotok nie zatrzymał się, przeciwnie stawał się nawet obfitszym. Już MOEBIUS spostrzegał to samo u kobiet, u których pod wpływem prądu elektrycznego pojawiły się krwotoki maciczne nawet po za okresem miesięczkowym.

Pacanowski.

II. Anatomija Patologiczna.

148. Dr. W. BALSER. **Zgorzel tłuszczowa.** (*Fettnekrose, eine zuweilen tödtliche Krankheit des Menschen*), *Virch. Arch. Bd. 90, Hft. 3*).

POPFICK w pracy swój: „O sympatycznych cierpieniach szpiku przy chorobach wewnętrznych“, opisuje liczne żółtawe, drobne ogniska tłuszczowe w szpiku, które raz jeden spostrzegał u obrzękłej, wycieńczonej dziewczyny, a które pod drobnowidzem przedstawiły się jako nagromadzenie dużych, drobnoziarnistych komórek, podobnych do tłuszczowych; gdzieś widać było ziarnka rozpadowe. P. poczytuje opisaną sprawę za *rozsiane zwyrodnienie tłuszczowe szpiku, prowadzące do zgorzeli*. Coś podobnego spostrzegał także autor niniejszej pracy w trzustce i otaczającej ją tkance tłuszczowej; pośród zrazików gruczołowych widział mętne, żółtawe punkciki wielkości łepka szpilki. Badając 25 trupów, znalazł powyższe

zmiany u 5, (jeden zmarły na suchoty, jeden na wadę serca, jeden na raka wątroby, 2 na raka żołądka), wszystkie przypadki zdarzyły się już po 30 roku życia; u osobników otyłych zmiany były wybitniejsze. Oprócz tego u czterech indywidualów, B. znalazł podobne zmiany (t. zw. przezeń „zgorzel tłuszczową“), w tłuszczu podosierdziowym, oraz w tkance łącznej krézki. W dwóch przypadkach owa zgorzel tłuszczowa była *prawdopodobnie* przyczyną śmierci, ponieważ żadnej innej przyczyny badanie zwłok nie wykazało.

W owych mętnych punktach zgorzeli nowych, które po długich dopięro uśiłowaniach udało się autorowi uczynić przezroczystými za pomocą odczynników, B. znalazł w około ognisk, obfite bujanie komórek— sądzi, iż właśnie to nadmierne rozmnażanie się komórek, prowadzi do zgorzeli sąsiedniej tkanki. Ponieważ zgorzel B. napotykał po największej części u osobników otyłych, sądzi więc, iż tym ostatnim zagraża nieznane dotąd patologom niebezpieczeństwo. Być może, iż krwotoki trzustkowe, przez ZENKERA i innych opisywane, powstają właśnie skutkiem tej zgorzeli.

Autor streszcza swoje badania w taki sposób: *U wielu ludzi istnieje proces mnożenia się komórek tłuszczowych dokoła trzustki; proces ten dosięga wyjątkowo, zwłaszcza u bardzo otyłych, takich rozmiarów, iż obumierają większe części tkanki tłuszczowej jamy brzusznej, skutkiem czego, a może i skutkiem związanych z tem krwotoków, następuje niekiedy śmiertelne zejście.*

Pacanowski.

III. Medycyna wewnętrzna.

149. DETTWEILER i MEISSEN. **Lasecznik gruźlakowy i przewlekle suchoty płucne.** *Der Tuberkelbacillus und die chronische Lungenschwindsucht.* (Berlin, klin. Wochenschrift Nr. 7 i 8, 1883).

Autorowie podają wyniki badań płwociny u 87-miu suchotników. — Ba-

dania te w 85 przypadkach wykryły mnóstwo laseczników gruźlakowych, ilość których tem była większą, im chorzy bardziej byli wyniszczeni i im zmiany w płucach były większe; nadto płwocina prawie wszystkich chorych, — zawierała włókna sprężyste. Na to ostatnie autorowie główny kładą nacisk.— Druga część pracy jest o wiele ważniejszą, gdyż rozbięra stosunek lasecznika gruźlakowego do przewlekłych suchot płucnych.

Z doświadczeń KOCHA wynika, że gruźlica jest chorobą zaraźliwą; przez zaszczerpienie zwierzętom lasecznika, udaje się u nich otrzymać prosówkową gruźlicę. Ztąd wyprowadzono wkrótce wniosek, że ponieważ u wszystkich suchotników bacillus znajduje się w płwocinie, a zatem suchoty płucne są zaraźliwe. Na takie pojmowanie rzeczy, autorowie ze względu na liczne postacie suchot płucnych nie zgadzają się. Nie sądzą oni, by przedostanie się lasecznika gruźlakowego do płuc ludzi zupełnie zdrowych, miało wywołać u nich suchoty. Ponieważ cierpienie to jest bardzo rozpowszechnione, należy przeto przyjąć, że powietrze, którem oddychamy, zawiera niezliczoną moc tych grzybków, a tęp samęp jesteśmy ciągle wystawieni na ich wpływ. W roku zeszłym już AUFRECHT ostrzegał, by się zbyt prędko nie dać uwieść mniemaniom, że odkrycie KOCHA odrazu rozwiązuje kwestyję suchot. W tym samym duchu przemawiali NAUNYN, SEITZ i RÜHLE.

DETTWEILEN i MEISSEN, znalazłszy grzybki w płwocinie suchotników, stanowczo nie zgadzają się na to, aby początkowe zmiany w płucach przy przewlekłych suchotach powstawały skutkiem dostania się lasecznika do ustroju, a tęp samęp nie wierzą, aby suchoty były chorobą zaraźliwą. Stosunek grzybka do suchot autorowie ci pojmują zupełnie inaczej: Zdaniem ich, lasecznik gruźlakowy w powstawaniu pierwotnych zmian nie przyjmuje żadnego udziału. Przy suchotach płucnych powstaje z początku jakieś za-

palenie wierzchołkowe, którego produkty ulegają następnie, skutkiem rozmaitych przyczyn, zserowaceni. Jeżeli ognisko serowate łączy się z powietrzem za pomocą otwartego oskrzela, wówczas zaczyna ją dopiero przenikać doń laseczniki, które, znalazłszy odpowiedni dla swego rozwoju grunt, szybko zaczynają się rozmnażać i tym sposobem płwocina zawiera te grzybki. Im większe i liczniejsze będą ogniska sérowate, tém większą będzie ilość laseczników w płwocinie. Fakt, że lasecznik gruźelkowy daje się wykryć w płwocinie już we wczesnych okresach suchot, autorowie w ten sposób tłómaczą, — że już w najwcześniejszych okresach mamy ogniska serowate i obecność włókien sprężystych w płwocinie. Jednym słowem D. i M., stosunek lasecznika do suchot, pojmują w ten sposób, że *suchoty po pewnym czasie zostają powikłane bacillozą*, t. j.: że bacillus jest powikłaniem, a nie przyczyną suchot płucnych.

Zkąd lasecznik gruźelkowy się bierze? Z powietrza, w którym żyją niezliczone kolonije najrozmaitszych grzybków.

Pogląd autorów stwierdza już przed wielu laty wypowiedziane przez F. NIEMEYERA zdanie, że suchotnikowi zagraża ciągle niebezpieczeństwo stania się gruźliczym.

D. i M. przytaczają dalej liczne dowody niezaraźliwości suchot płucnych: Nie udało się im nigdy stwierdzić przypadku zarażenia się od suchotników obsługi szpitalnej. Pouczająca statystyka szpitala Brompton w Londynie, pokazuje, że podczas 20-to-letniego leczenia 15,262 suchotników, ani razu nie dowiedziono zarażenia się zdrowej obsługi szpitalnej.

Autorowie wkońcu dodają, że z uwagi, na szybkie mnożenie się lasecznika, należy przy leczeniu suchot stosować metodę przeciwnilną: płwocinę należy dokładnie odwietrzać i szybko usuwać.

(Uwaga. W ostatnim (Nr. 8) „Lancetie“ Dr. WILLIAMS, również dowodzi niezaraźliwości suchot płucnych, pomimo, że

i on u 109 suchotników prawie zawsze stwierdził obecność grzybka w płwocinie. Przyp. sprawozd.) *H. Goldblum.*

150. KOHTS i ASCH. **Papayoty na przy błonicy.** — Z kliniki dziecięcej w Sztrasburgu. (*Zeitschrift für klin. Med. Bd. V, H. 4.*)

Rozporządzając sporym materiałem, dostarczonym przez epidemię błonicy w Sztrasburgu w latach 1877–82, autorzy mieli sposobność sprawdzić skuteczność wielu z tak gorąco polecanych w ostatnich czasach „specyficznych“ środków przeciw tej chorobie.

Z 491 chorych, leczonych w tym czasie, wyzdrowiało 218, umarło 273; u 149 wykonano tracheotomię, która zakończyła się pomyślnie tylko w 27 przypadkach. Wysoka cyfra śmiertelności zależała po części od tego, że chorzy przybywali często w stanie nie dającym już żadnej nadziei, że pochodzili przeważnie z klas najuboższych, po części zaś wpływał fatalny „genius“ epidemii. Wreszcie brak, przynajmniej w pierwszych latach, osobnego oddziału dla tego rodzaju chorych, pomieszczenie wespół z innymi zakaźnymi chorobami, oddziaływało również niepomyślnie.

Tak mało zadawalniające wyniki skłoniły autorów do przyjęcia czysto objawowego sposobu leczenia pozostawiając na stronie wszelkie środki swoiste—przy zachowaniu ścisłej dezynfekcyi i częstem odświeżaniu powietrza.

W salach, gdzie mieściły się chore dzieci, działały bezustannie duże przyrządy inhalacyjne, a oprócz tego każde dziecko miało osobny mały przyrząd. Z najrozmaitszych środków, używanych do wdychania, autor oddaje pierwszeństwo glicerynie z wodą (1: 4). Jako środek dezynfekcyjny zasługuje na uznanie naftalina, którą należy, zwilżywszy poprzednio, w sporę ilość sypać pod łożka. Środek ten chociaż nie wstrzymuje rozwoju samej choroby, jednak stanowczo zapobiega przenoszeniu się jej na sąsiednich cho-

rych. Samo zaś leczenie ograniczało się do okładów lodowych na szyję, płukania co 2 godziny wodą wapienną i dużej ilości wina (206 — 300 grm. dziennie) przytém wdychanie gliceryny od 1000—1500 grm. na dobę.

W marcu 1880 roku autorowie zaczęli używać papayotyiny. BOUCHUT i WURTZ pierwsi zwrócili uwagę na własność soku rośliny *Carica Papaya*, — rozpuszczania wszelkiego rodzaju ciał białkowych. — ROSSBACH zaś pierwszy wykazał, że rozpuszcza on również i błony dławcowe — i pierwszy użył papayotyiny przy błonicy. Według ROSSBACHA papayotyina jest ciałem podobnym nieco do krędy, bez smaku i zapachu, rozpuszcza się w stosunku 1: 20. Pięcioprocentowy roztwór słabo działa na miąższ płucny, a za to mięśnie już po upływie pół godziny mięknią, kruszeją i rozpadają się zupełnie.

Błony dławcowe rozpuszczają się w takim płynie po upływie 2 godzin, słabsze roztwory wywołują tylko nieznaczne zmiany; gorące czy zimne działają jednakowo. Inny preparat, *succus caricae papayae*, rozpuszczający się w stosunku 1: 8 w wodzie, działa daleko słabiej i wolniej.

Autorowie za przykładem ROSSBACH'A użyli papayotyiny w 53 przypadkach (prep. od Gehe w Dreźnie, 1 grm. 1 marka) i mieli 27 przypadków wyzdrowienia a 26 śmierci. Z ostatniej liczby u 22 była robiona tracheotomija, a jak wykazało badanie na zwłokach, 17 razy sprawa chorobowa szerzyła się daleko na błonę śluzową oskrzeli, w pozostałych zaś 5 były powikłania ze strony płuc i serca. Wszędzie jednak można się było przekonać, że pod wpływem papayotyiny, błony w gardle i krtani poznikały. U trzech z pozostałych czterech zmarłych, nieoperowanych — użycie papayotyiny nie było przeprowadzone systematycznie, tak, że tylko jeden przypadek śmierci zaszedł

przy właściwem użyciu wymienionego środka.

Autor przytacza szczegółowy przebieg szeregu przypadków z pomyślnym i niepomyślnym wynikiem.

Do objawowego leczenia, o którym była mowa wyżej, dołączono pędzlowanie pięcioprocentowym roztworem papayotyiny co ćwierć lub co półgodziny; operowanym wpuszczano po kilka kropli płynu dotchawicy, lub też posiłkowano się ku temu celowi miękim pędzelkiem. Błony rozpuszczały się zwykle w ciągu kilkunastu godzin, czasami kilku dni dopiéro, poczem następowało już szybko wyzdrowienie.

Pomyślny wynik autor otrzymywał tylko w błoniastej postaci choroby (*membranose f.*), tam zaś gdzie były nacieczenia nowy środek okazał się tak jak i inne bezskutecznym.

Wkońcu, autor mówi, że chociaż nie przypisuje papayotyinie swoistego działania, to jednak jest przekonany, iż wczesne jej użycie może przez zniszczenie błon powstrzymać dalszy rozwój choroby i tem samem wpłynąć na zmniejszenie wysokiej śmiertelności przy błonicy.

O. Hewelke.

151. TRASTOUR. **Kaszel śledzionowy, Kaszel wątrobowy.** (*Toux splénique. — Toux hépatique. Rev. de Med. 1883 r. Nr. 1.*)

Autor zwraca uwagę, że cierpienia wątroby i śledziony, tak samo, jak cierpienia żołądka, wywołują różne objawy ze strony płuc i serca. Spostrzegal on często u chorych kaszel suchy, przerywany, który nie można było czemu innemu przypisać, jak tylko powiększeniu wątroby lub śledziony.

T. opisuje kilka przypadków, w których z powodu częstego suchego kaszlu, gorączki, wychudnienia, osłabienia, potów nocnych, braku apetytu, możnaby niewłaściwie rozpoznać suchoty płucne, gdy tymczasem bliższe badanie przekonywa-

to, że płuca i opłucna są zupełnie zdrowe, a objawy powyższe zależą od zmian wątroby i śledziony, resp. od choroby (zimnicy), która te zmiany powoduje.

W tego rodzaju przypadkach, ucisk wywarty ręką na wątrobę lub śledzionę, wywołuje natychmiast kaszel.

Najczęstszą przyczyną obrzmień wątroby i śledziony, powodujących kaszel, jest zimnica. W drugim rzędzie stoją zaparcia stolca, wywołujące obrzmienie wątroby.

Kaszel wątrobowy i śledzionowy, bezwątplenia przychodzi do skutku drogą nerwową. Uczucie bolesne w wątrobie, wywołuje jak wiadomo zwężenie naczyń płucnych (MOREL i ARLOING). Inne objawy (gorączka, wychudnienie), jednocześnie u takich chorych występujące, mogą być również objaśnione wpływem na nerwy troficzne i naczynioruchowe.

Ze zmniejszeniem wątroby i śledziony ustępował kaszel, a ogólny stan ulegał znacznemu polepszeniu. Rezultat ten autor osiągał za pomocą chininy, środków rozwalniających, jako też leków miejscowych, mianowicie wezykatoryj, przystawianych na oba lub na jedno podżebrze
M. Rejchman.

IV. Choroby nerwowe.

152. Prof. EULERBURG. O uleczalności i leczeniu władu rdzenia kręgowego.— (*Berl. kl. Woch. Nr. 1 i 2, 1883.*)

Autor cytuje naprzód zdanie dawniejszych lekarzy (ROMBERGA, STEINTHALA), którzy uważali tabes za nieuleczalną chorobę; wspomina o zasługach REMAKA, twórcy galwanoterapii i o pożytecznej działalności jego [na polu terapii tabes; wreszcie nadmienia, że naciąganie nerwów, metoda tak rozgłośna w ostatnich czasach, która dała powód do tylu gorących rozpraw i sporów (na zjeździe londyńskim), dziś już jako metoda leczenia tabes zaniechaną została. Określając własne stanowisko w kwestyi uleczalności ta-

bes, E. powiada, że za podstawę dla rozstrzygnięcia tej kwestyi, nie mogą służyć wyłącznie poglądy anatomo-patologiczne; albowiem punktem wyjścia zarówno klinicznej obserwacji, jakoteż dążeń terapeutycznych, jest tu zawsze grupa objawów objęta nazwą „tabes dorsalis“, nie zaś dane zmiany anatomo-patologiczne, wykryte badaniem pośmiertnym. Oczywiście tam, gdzie chodzi o rozwinięte już zwyrodnienie, części dotknięte do pierwotnego swego stanu powrócić nie mogą; dla pewnej jednakże kategorii przypadków, wyleczenie nawet w znaczeniu anatomo-patologicznem jest możliwem; zdanie to autor opiera na nowszych poszukiwaniach ADAMKIEWICZA (*Die Blutgefäße des menschlichen Rückenmarks. — Wien. Med. Presse 1882 Nr. 29 i 31.*)

Do rozstrzygnięcia kwestyi uleczalności posłużyć mogą tylko te spostrzeżenia, gdzie uleczenie było zupełnem i trwałem. Przypadki takie są niezmiernie rzadkie. Autor przytacza ze swjej praktyki opis trzech przypadków władu rdzenia, gdzie nie brakowało ani jednego objawu do *tyfowego* obrazu tej choroby. Zakończyły się one trwałem wyzdrowieniem; a zasługuje to na uwagę i z tego jeszcze względu, że były leczone trzema różnemi, najbardziej w chorobie tej zalecanemi, metodami: nitras argenti, hydroterapija i galwanoterapija.

W pierwszym przypadku stosowano wyłącznie *nitras argenti* w pigułkach po 0,003 grm.; naprzód po 3 pig. później po 5 dziennie. W ciągu 5½ miesięcy chory wyżył 2⅓ grm. Objawy ustępowały stopniowo. Jako jedyne ślady po chorobie pozostała pewna trudność w oddawaniu moczu i brak wzrodu prącia.

W drugim stosowano galwanizację 4 miesiące, a następnie hydroterapiję przez 2½ miesiąca.

W trzecim codzienna galwanizacja, Chapmana woreczki i letnie kąpiele; po kilku miesiącach także nitras argenti. Trwa-

łość uleczenia autor miał sposobność stwierdzić po 8-miu latach.

Co do środków leczniczych, E. zaznacza, że w ostatnich czasach może zbytnio zaniedbano przy leczeniu „tabes“ użycia środków wewnętrznych; na niektóre z pomiędzy nich pragnie zwrócić uwagę lekarzy. Że w wyjątkowych tylko razach stwierdzić się daje skuteczność azotanu srebra, a najczęściej środek ten na chorobę żadnego wpływu nie wywiera, polegać ma na nietrwałości zadawanych przetworów. Już w lekarstwie, już też na błonie śluzowej żołądka lub kiszek, przechodzą one w postaci nierozpuszczalne.

W obec zaprawy ciałami organicznymi, metaliczne srebro już po pewnym czasie się wydziela; dodanie zaprawy nieorganicznej, co prawda powstrzymuje rozkład, wszelako, jak wykazały doświadczenia JAKOBIEGO, przeważna część przetworu dostaje się do naczyń przewodu pokarmowego, jako już zredukowane srebro, którego cząstki mechanicznie uniesione krążącymi w naczyniach sokami, odkładać się mogą w odleglejszych organach. Powstawanie *argyrosis* przeto, nie może służyć za dowód istotnego wessania rozpuszczalnego związku, lecz przeciwnie, świadczy tylko o mechanicznym uniesieniu wydzielonych cząsteczek srebra. Istotne zaś wessanie rozpuszczalnego związku w wyjątkowych warunkach się zdarza. — Zarówno jak do azotanu, odnosi się to i do innych związków srebra, a mianowicie: do fosforanu, przetworu zalecanego przez lekarzy amerykańskich. Szereg doświadczeń, wykonanych przez autora, doprowadza go do przekonania, że jedyny, celowi odpowiadający sposób, stosowania srebra, stanowią zastrzykiwania podskórne pewnych przetworów. Używa on 1/2% roztworu podsiarkanu, (Rp. arg. chlor. rec. praecip. o,1; — natri subsulphurosi 0,6; aq. destillatae 20,0) i 1% roztworu białkanu (przygotowanego przez aptekarza DREES; *Bentheim, Hannover*). Dawka wynosi 0,5 do 1,0, codziennie lub co dru-

gi dzień. Zastrzykiwania dokonywane były na plecach i w ogólności nie okazały się bolesnymi; czasami tylko powstawał ból w pół godziny po zastrzyknięciu, a ustępował rychło przy stosowaniu zimnych okładów. Autor zwraca uwagę na owe bóle spóźnione; mniema, że przyczyną ich jest wydzielanie *in loco* pewnej części srebra, którego cząsteczki odkładając się w tkance łącznej podskórnej i w skórze, drażnią nerwy czucia. Na odpowiednich preparatach (autor robił doświadczenia na królikach), widzieć można w miejscach gdzie płyn zastrzykiwano, czarne zabarwienie tkanki podskórnej i powierzchownych warstw mięśni, zależne od odkładania się cząsteczek srebra; na uwagę przy tém zasługuje fakt, że [po świeżych zastrzykiwaniach, zabarwienie to jest daleko wydatniejsze aniżeli po dawniejszych. Sądzićby przeto można, że wydzielone srebro z czasem przechodzi znów w związki rozpuszczalne i dostaje się do krwi obiegu.

Po kilku zastrzykiwaniach u królików, obecność srebra daje się wykazać w moczu, a w razie badania pośmiertnego, w nerkach, niekiedy w wątrobie.

Drugim środkiem zalecanym przez autora jest *strychnina*. Dawniej uważaną była za pierwszorzędną lek przy bezwładach wszelkiego rodzaju, później zaś zaniechaną, w miarę, jak elektryczność zyskiwała uznanie.

Niekiedy środek ten w terapii chronicznych choróbrdzenia bywa użyteczny; mianowicie w pewnych postaciach osłabienia ruchowego (*motorische Insufficienz*) zadosyć czyniąc wskazaniu symptomatycznemu; ma on wpływać na podniesienie napięcia (*tonus*) narządów w obec upadku innerwacji rdzeniowej (pęcherza, odbytnicy, także naczyń krwionośnych). W literaturze nowszej mało o strychninie wspomniano. PELTZER stosował ją w zastrzykiwaniach podskórnych przy *tabes incipiens* z dobrym skutkiem na „bóle błyskawiczne“; natomiast bezskuteczną okazała się

w dwóch przypadkach LURZA. Autor sam dostrzegał poprawę widzenia kilkadziesiąt godzin, oraz pomyślny wpływ na zaburzenia czuciowe. Do zastrzykiwań używał zwykle 0,004—0,006, nie przekraczał nigdy 0,007 grm.; prowadząc taką kurację przez całe tygodnie i miesiące, nie dostrzegł nigdy niebezpiecznych objawów otrucia; raz tylko jeden po 5 zastrzykiwaniach, skarżył się chory na uczucie ściągania w kończynach, mrowienie i t. d.—Objawy te po 2 dniach ustąpiły. Że jednakże niekiedy i groźne objawy wystąpić mogą, dowodzi przypadek CORERA-ARAJO: po 0,005 grm. pojawił się tężec mięśni klatki piersiowej i zwolnienie pulsu.

Morfinę, stosowaną dla zwalczania dokuczliwych bólów, radzi autor zastępować od czasu do czasu innymi narkotykami, iżby uniknąć tym sposobem morfinizmu. Zaleca *extract. opii, cannabis, belladonn.*, do wewnątrz, *atropinę* podskórną.

Nie małe także znaczenie przypisuje E. metodzie miejscowego oziębiania resp. ogrzewania. Posługuje się woreczkami CHAPMANA; temperaturę stosuje do indywidualnej wrażliwości. Oblóżnie chorym zaleca zamiast woreczek Chapmana,—przrzędy pozwalające utrzymywać stałą temperaturę (*fabrykanta S. Goldschmidta w Berlinie*). Jaką drogą ta metoda leczenia sprowadza pomyślne skutki autor nie rozstrzyga. Mniema, że najważniejszą tu rolę odgrywa działanie zwrotne na krążenie krwi i ciśnienie w naczyniach. Już dawniej dokonaniem badań sfigmograficznymi stwierdzić zdołał pewne zmiany w krążeniu krwi, zachodzące u tabetyków. Samo nawet badanie ręką dozwala już rozpoznać znaczne zmniejszenie napięcia tętnicy grzbietowej nogi (a. pediae), puls jej bywa niezmiernie małym. Na sfigmografie linija wstępująca jest mocno skośną i niską, wierzchołek nieco płaski, linija zstępująca przedstawia tak zwany typ falisty dwubitny. Zjawisko to jest mniej wydatnym na tętnicy promieniowej, wyjątkowem zaś tylko na szyjowej

(np, przy t. zw. tabes cervico-brachialis). W pewnej kategorii przypadków wiażdżenia, najistotniejszym momentem chorobowym, jak mniema autor, opierając się na poszukiwaniach Adamkiewicza, są zaburzenia cyrkulacyjne (w młeczu resp. pęczkach tylnych).

Pomyślne skutki środków drażniących skórę, pędzelka elektrycznego, pewnych metod galwanizacji i t. d., polegają na działaniu na regulowanie drogą odruchową napięcia tętniczego i krążenia krwi.—Prawdopodobnie w ten sam sposób działają także i środki balneo-terapeutyczne. O wyborze metody leczenia w danym przypadku, rozstrzygnąć powinien ogólny stan ustroju chorego, jego odżywianie, siły, uwydatnienie pojedynczych objawów i t. d.

Autor zaznacza, że nie zamierzał traktować wyczerpująco przedmiotu swjej pracy, lecz tylko pragnął zwrócić uwagę na pozytywne działanie pewnych leków.

Adam Bauerertz.

153. WESTPHAL. Choroba Thomsena. (*Deutsch. Med. Ztg. Nr. 6*),

Na posiedzeniu towarzystwa lekarzy berlińskich, W. mówił o dwóch przypadkach tej choroby, obserwowanych na swjej klinice.

Choroba ta poraz pierwszy opisaną została przez Thomsena, lekarza powiatowego z Kappeln (Schleswig Holstein), który, wraz z całą rodziną, cierpi na nią.—Westphal proponuje dla tej choroby nazwę choroby Thomsena i wkrótkości kreśli jej symptomatologię:

U ludzi zupełnie zdrowych, nie przedstawiających żadnych zbożeń w organach wewnętrznych, wśród pewnych okoliczności *ustają ruchy czynne, wskutek raptownego skurczu mięśniowego*, a to objawia się w sposób następujący:

Gdy chory podnosi się podłuższym sposobem powstaje sztywność w kończynach dolnych, przy niektórych ruchach sztywnieją kończyny górne (wkładanie surduta), czasem sztywnieją nogi przy tańcu, biega-

niu lub chodzeniu; ręce—przy graniu, u niektórych sztywnieje język przy mówieniu, policzki przy śmiechu, żwacze—przy żuciu etc. Przy podobnem zeszywnieniu można zawsze stwierdzić skurcz toniczny jednego lub całej grupy mięśni.

Elektryczność i czynniki mechaniczne wywierają swoiste działanie u tego rodzaju chorych: przy uderzeniu jako też prądzie elektrycznym stałym, następuje skurcz odpowiedniego mięśnia; przy powtarzanych uderzeniach lub prądzie przerwany można wywołać tężec.

O ile skurcz powstaje nagle, o tyle rozkurcz — powoli.

Czucie i odruchy — pozostają bez zmiany.

Jako moment przyczynowy, Thomsen uważa dziedziczność, którą stwierdził u swój rodziny w czwartym pokoleniu i chorobę tę zalicza do nerwic, WESTPHAL zaś uważa ją za wrodzoną nieprawidłowość napięcia mięśniowego.

Co do leczenia, wszelkie środki dotychczas używane okazały się bez skutku.

J. Stiche.

V. Chirurgija i Oftalmologija.

154. DELIGNY. **O szczelinie otworu stolcowego.** (*De la fissure à l'anus, Arch. gén. de Med. Janvier et Fevrier 1883 r.*)

Praca D., która wyszła w dwóch ostatnich zeszytach Arch. gén. de Med., ma na celu zebranie i uporządkowanie pojęć o etiologii, anatomii patologicznej, symptomatologii i sposobie leczenia szczeliny otworu stolcowego. Autor stara się głównie o jasne wyłożenie klinicznego obrazu choroby i podanie racjonalnej terapii, na zasadzie danych zebranych w literaturze i własnych obserwacji. Ponieważ dotąd jeszcze, pomimo licznych prac w tym kierunku, panuje wielka różnica zdań, tak co do powstawania jak i terapii w mowie będącej chorobą, myślimy, że nie będzie zbyt cennym zapoznać czytelników z pracą D., będącą niejako ostatnim wy-

razem chirurgii francuzkiej w tej sprawie ¹⁾.

Nie wdając się w przytaczanie historycznego rozwoju pojęć o tej chorobie, uwzględnianego przez autora, ograniczymy się do streszczenia jego własnego poglądu.

Autor wraz z CHASSAIGNAC'EM odróżnia 3 rodzaje szczelin stolcowych:

1) *Szczelina zwykła* (fissure simple), czysto miejscowe, podłużne, wąskie nadżarcie błony śluzowej.

2) *Szczelina syfilityczna* (fissure syphilitique), jako jeden z objawów ogólnego zakażenia syfilitycznego.

3) *Szczelina z kontrakturą zwieracza* (fissure sphincteralgique), która przyjmuje zupełnie odrębny charakter, w skutek wklajającego ją z początku skurczu, a później organicznej kontraktury m. zwieracza odbytu.

D. dodaje, iż szczeliny syfilityczne bardzo krótki tylko przeciąg czasu przedstawiają się pod postacią szczeliny, wkrótce zamieniają się na mniej lub więcej szerokie owrzodzenie, mające charakterystyczny wygląd. Toż samo stosuje się do odrębnego rodzaju szczelin gruźliczych (Richet).

Autor w pacy swój uwzględnia tylko 2 rodzaje szczelin: zwykłe i powikłane kontrakturą zwieracza, o innych wspomina tylko o tyle, o ile to jest potrzebnem dla rozpoznania różniczkowego.

Etiologija — Szczeliny zdarzają się zwy-

¹⁾ Głos chirurgów francuzkich uważać trzeba za najkompetentniejszy w tej sprawie, oni bowiem pierwsi (Boyer) dokładnie opisali chorobę i podali pierwsze wskazówki racjonalnego leczenia, a oprócz tego, wszystkie prawie późniejsze prace o szczelinie otworu stolcowego, zawdzięczamy chirurgom francuzkim. Dość jest przejrzeć spis literatury umieszczony na wstępie opisu tej choroby w podręczniku ESMARCH'A: „O chorobach kiszki prostej i otworu stolcowego“ (Pitha und Billroth—Handb. der Allg. und Spec. Chirurg. III Theil. II Bd. 5 Heft), aby się przekonać jak mała stosunkowo zasługa w poznaniu tej choroby przypada w udziale chirurgii niemieckiej i angielskiej. (Przyp. spraw.)

kle u dorosłych. Dzieci jednak nie są zupełnie wolne od téj choroby; szczeliny zwykłe i syfilityczne bywają dość częste w tym wieku, szczeliny powikłane kontrakturą zwieracza, zdarzają się daleko rzadziej. Kobiety podlegają częściej téj chorobie niż mężczyźni.

Przyczyną wywołującą powstanie szczeliny może być wszystko co powoduje powierzchowne nadżarcie lub ranę odbytu. Z tego powodu przyczynami będą: *zatwardzenie; guzy hemoroidalne*, zwięzające otwór stolcowy; *choroby skóry lub błony śluzowej otworu stolcowego*, prowadzące do obnażenia z naskórka, jak: erythema, eczema, herpes et prurigo ani; *wszelkie żrące wydzieliny organów płciowych*, szczególnie u kobiet, jak lochia, wydzielina przy fluor albus; *rozwołnienie* jest téż przyczyną usposabiającą, wywołując silne podrażnienie odbytu; *obrażenia z zewnątrz*, jak nieumiejętne wprowadzanie rurki lawatwy, coitus a praepostera venere. Nakoniec autor kładzie szczególny nacisk na mało dotychczas uwzględniony wpływ porodu jako momentu etiologicznego; podczas wyrzynania się główki przedni obwód odbytu, wraz z całą przegrodą odbytniczo-pochwową, podlega silnemu rozciągnięciu w kierunku poprzecznym, błona śluzowa przedniej powierzchni kiszki prostej staje się widoczną, a silnie rozciągnięta może pęknąć, ranka zaś ta pod wpływem żrącej wydzieliny organów płciowych zamieni się w prawdziwą szczelinę.

D. stwierdził obecność szczeliny już na drugi dzień po porodzie.

Szczelinom powstającym z przyczyn wyżej podanych, może towarzyszyć skurcz zwieracza odbytu, przemieniający się z czasem w organiczną kontrakturę tego mięśnia, lub téż objawu tego może zupełnie brakować. Etiologija tego powikłania jest dotąd zupełnie ciemna. D. odrzuca stanowczo twierdzenie niektórych autorów, przyjmujących skurcz zwieracza jako chorobę pierwotną, wywołującą powstanie szczeliny; zaprzecza téż prawdzi-

wości objaśnieniu BLANDIN'A, rozróżniającego wszystkie szczeliny na powstające poniżej zwieracza odbytu w obrębie jego i poniżej tego mięśnia (*fissures sous-sphinctériennes, sphinctériennes et sus-sphinctériennes*), i dowodzącego, iż tylko szczeliny powstające w obrębie zwieracza, bywają powikłane skurczem tego mięśnia. Sam jednak przyznaje, iż nie podobna dotąd dać zadawalniającego wytłumaczenia dla czego powikłanie to występuje nie przy każdej szczelinie, chyba że wraz z CHASSAIGNAC'EM, przyjmiemy wpływ większej lub mniejszej nerwowości chorego.

Anatomija patologiczna tego cierpienia, z powodu braku oględzin pośmiertnych, ogranicza się tylko do cech zauważonych za życia. Długość szczeliny jest zmienna od 1 do 3 ctm., nigdy jednak mniejsza od 1 ctm.

Szczelina zwykła przedstawia podłużne nadżarcie, znajdujące się zwykle w zagłębieniu pomiędzy fałdami odbytu; brzegi z początku miękkie stają się twardymi z biegiem czasu; dno czerwone, drobno ziarniste, nie krwawi, wydzielina bardzo nieznaczna.

Szczelina hemoroidalna, którą D. zalicza do oddziały szczelin zwykłych, a RICHET przyjmuje za osobny rodzaj, różni się od poprzedniej. Odbyt nie przedstawia lejkwatego zagłębienia, przeciwnie jest wypuklony na zewnątrz, fałdy odbytu wzniesione, jakby krwią lub surowicą nacieczone, rozsunąwszy je spostrzegamy owrzodzenie fioletowego koloru, łatwo krwawiące, którego brzegi nigdy nie są twarde. Szczeliny syfilityczne (*rhagades*) odznaczają się obfitą wydzieliną.

Szczelina najczęściej bywa na bocznych stronach obwodu odbytu, RICHET zaś twierdzi, iż z tyłu. Spotykano kilka szczelin jednocześnie.

Objawy. Choroba zapowiada się uczuciem gorąca i pieczenia przy wypróżnieniach, które jednak wkrótce przechodzi, czasem dopiero pod wpływem zimnych

okładów. Wkrótce jednak czas trwania bólów się przedłuża i zaczynają one powstawać nawet przy wydalaniu gazów, kaszlu, śpiewie i siedzeniu, czasami znowu staniu i t. d. U kobiet ból się wzmacnia podczas miesiączkowania. Wino i inne napoje wysokokowe powiększają cierpienia. Skurcz m. zwieracza odbytu z początku występuje przemijająco po każdym wypróżnieniu, wkrótce jednak, w skutek organicznych zmian powstałych w mięśniu (podobnych do tych, jakie obserwujemy np. przy kontrakturach kończyn), następuje stała kontraktura zwieracza;—wtedy szczelina może się zagoić, a jednak kontraktura pozostanie. RICHER nazywa stan taki „*fissura sine fissura*“. Przy badaniu można odróżnić skurcz zwieracza od rozwiniętej już stałej kontraktury t. j., iż w pierwszym razie, po wyczekiwaniu mniej lub więcej długim, śledzący palec wyczuje stopniowe rozluźnianie się i mięknienie mięśnia, gdy tymczasem przy kontrakturze nic podobnego nie ma miejsca.

Ból powstający u osobników cierpiących na szczelinę odbytu powikłaną kontrakturą zwieracza, przedstawia z ściśle odgraniczone okresy.

Pierwszy okres podczas wydalania kału, jest zupełnie podobny do bólu przy szczelinie nie powikłanej kontrakturą zwieracza, czasami nawet bywa mniej silny. Po wypróżnieniu następuje okres przerwy w bólu, trwający 15 minut do 1 godziny. Wtedy występuje nowy okres bólu, jeszcze silniejszego niż przy wypróżnieniu, tak, iż niektórzy pacjenci omdlewiają; ból nie ogranicza się do okolicy odbytnicy lecz rozprzestrzenia się na gałęzie plexus hypogastrici.

Okres ten trwa kilka minut, a czasem kilka godzin i jest charakterystycznym dla tego rodzaju szczelin, które francuzi nazywają: *fissures sphincteralgiques*.

Te miejscowe objawy nie pozostają bez wpływu na cały organizm; występuje zaparcie stolca, które zależy po części od tego, iż chory obawiając się bólu powstrzy-

muje wypróżnienia, częścią zaś iż, w skutek skurczu zwieraczy, masy kałowe nie dochodzą do tej części błony śluzowej, zetknięcie z którą wywołuje uczucie potrzeby wypróżnienia. Następnie pojawiają się zaburzenia w odżywianiu ogólnym, na koniec różne objawy nerwowe, aż do syncope. Dla objaśnienia drugiego okresu bólów D. przyjmuje przypuszczenie AUCLÉRE'A, który twierdzi, iż wznowienie bólów powoduje powolny, stopniowo się zwiększający, przyływ krwi do odbytu, wywołany zetknięciem się mas kałowych z dnem szczeliny.

Rozpoznanie różniczkowe. Zwykle szczeliny można odróżnić od *szczelin hemoroidalnych* na zasadzie cech fizycznych podanych w rozdziale o anatomii patologicznej szczelin odbytu, oprócz tego przy szczelinach hemoroidalnych, zwykle skurcz zwieracza nie jest tak silny, ustępuje pod naciśnięciem palca badającego, a nadto nigdy nie przechodzi w kontrakturę organiczną mięśnia. Bóle u cierpiących na szczelinę hemoroidalną, występują zwykle tylko podczas wypróżnień.

Szczeliny syfilityczne odróżniają się tem od zwykłych, iż są głębsze, wydzielina bywa obfitsza, i nie ma ani bólów tak wielkich, ani skurczu zwieracza.

Wrzód gruzliczy odróżnia się od szczeliny większymi rozmiarami owrzodzenia, rozluźnieniem, a nie zaciśnięciem zwieracza.

Nakoniec od czystej newralgii odbytu (proctalgia), odróżnić można szczelinę powikłaną bolesnym skurczem zwieracza, przedewszystkiem na mocy obecności szczeliny, następnie t. j., iż bóle przy newralgii występują napadowo, w nieprawidłowych przestankach, gdy tymczasem przy szczelinie powstają tylko po wypróżnieniach. Irradyjacja bólów jest zjawiskiem daleko częstszym przy proctalgii, wprowadzenie kateteru do pęcherza może w niektórych razach znakomicie zmniejszyć lub usunąć bóle newralgiczne,

gdy tymczasem przy szczelinie żadnego wpływu mieć nie będzie.

Leczenie. D. uwzględnia głównie leczenie szczeliny powikłanej skurczem zwieracza; należy je rozdzielić na terapeutyczne i chirurgiczne. Leczenie terapeutyczne polega na użyciu zimnych okładów, letnich kąpeli, ławatyw narkotycznych dla uśmierzenia bólów; za przykładem TROUSSEAU, autor używa ławatyw z extractum ratanhae, licząc na jej toniczne działanie, podług następującej formuły:

Rp. Extr. ratanhae 4,0—10,0 grm.

Tincturae ratanhae 4,0 grm.

Aquae destillatae 150,0 grm.

MDS. na jedną ławatywę.

D. sądzi, iż można bez szkody wypuścić z téj formuły T. ratanhae, która wywołuje przykre palenie. Ławatywa powinna być zatrzymana przez 10—15 minut.

Zamiast extr. ratanhae, można z równym pożytkiem używać *extr. monesiae*.—Zalecano téż leczenie zimnemi ławatywami i maścią z azotanem srebra. Dr. CHAPELLE D'ANGOULÉME otrzymał doskonałe rezultaty przy użyciu chloformu rozcieńczonego alkoholem (1: 5), namoczywszy pędzlik w tym płynie wprowadzał go głęboko do odbytu, leczenie jest bardzo bolesne, ale pomocne.

GUBLER zaleca suppositoria cum jodiformo, a RICHEL wytrwale stosowanie okładów lodowych.

Dopiero po wyczerpaniu wszystkich środków wyżej podanych, — powinniśmy przystąpić do leczenia chirurgicznego. D. rozbiera po kolei wszystkie metody operacyjne: *wycięcie szczeliny*, zupełnie dziś zarzucone; *przecięcie zwieracza* (Boyer); *przecięcie zwieracza podskórne* (Demarquay); *ecrasement lineaire* (Chassaingnac); *nakoniec gwałtowne rozciągnięcie*, lepiej *rozerwanie zwieracza* (*massage cadencé du sphincter de l'anus* RECAMIER, *dilatation forcée* MAISONNEUVE). Autor przemawia na korzyść téj ostatniej operacji wykonanej w następujący sposób po-

dany przez RICHEL'A: po zachloroformowaniu chorego, wprowadzamy do odbytu wskazujący, średni i czwarty palec obu rąk, następnie zwracamy dłoniowe powierzchnie palców, znajdujących się w odbycie, do wewnętrznych powierzchni kości siedzeniowych (os ischii), wtedy zgiąwszy palce haczykowato, aby dokładnie uchwycić zwieracz, oddalamy gwałtownie obie ręce od siebie dopóki nie dotkniemy palcami wewnętrznej powierzchni kości siedzeniowych. Po takiem wykonaniu operacji nie powinniśmy się obawiać recydywy którą zarzucano téj metodzie operacyjnej. Operacja powinna mieć na celu nie proste rozszerzenie odbytu, lecz całkowite rozerwanie zwieracza (*dilatatio usque ad rupturam*), dopiero wtedy jest pomocna.

Dla tego téż ważną jest rzeczą mieć wskazówkę, za pomocą której moglibyśmy się upewnić, iż w danym razie włókna zwieracza zostały rozerwane; taką wskazówką jest okoliczność, iż po całkowitem rozerwaniu włókien zwieracza, otwór stolcowy zostaje otwartym przez kilka sekund po dokonaniu operacji. Rezultat jest nadzwyczaj szybki, zwykle bóle ustępują w 5 do 6 godzin po dokonaniu operacji.

Wkońcu autor przytacza kilka własnych obserwacji szczeliny otworu stolcowego.

Wł. Krajewski.

155. JULES GUÉRIN. **O ranach postrzałowych kanałowych.** (*Les plaies par armes à feu dites plaies en sétou.*—*Gaz. des Hopit. Nr. 13, 1883*).

G. czytał na posiedzeniu akademii medycznej paryzkiej, uwagi swoje nad leczeniem ran postrzałowych kanałowych. Przedewszystkiem zaznaczył, iż rany różnią się wielce od ran otwartych i podskórnych tém mianowicie, iż ściany kanału są zawsze zmiążdżone i przyżegniete rozpalonym pociskiem, wskutek czego nigdy nie goją się per primam intentionem. Ra-

ny te, leczone zwykłym sposobem, ¹⁾ szczególnie jeśli są powikłane złamaniem kości, stają się bardzo często powodem ogólnego zakażenia.

Jako sposób uniknięcia zakażenia, autor proponuje następującą metodę leczenia: przez otwór wejścia kuli wprowadza do kanału rany stożkowato zakończoną rurkę, z wulkanizowanego kauczuku, która powinna szczelnie przylegać do ścian kanału na przestrzeni 2—3 ctm. Drugi koniec rurki dłuższej na 30 do 40 ctm., umieszcza w naczyniu napełnionem roztworem kwasu karbolowego lub nadmanganianu potażu (1%). Przez otwór wylotu kuli autor wprowadza do kanału inną rurkę także stożkowato zakończoną, a drugi jej koniec łączy z aspiratorem; wypompowując powietrze tym ostatnim, wypełniamy obie rurki i kanał rany płynem przeciwnilnym, a regulując działanie aspiratora możemy dowolnie przyspieszać lub opóźniać przepływ płynu przez ranę, która będzie w ten sposób dokładnie oczyszczona od zarazków i ciał obcych, które się tam wraz z kulą dostać mogły. Przy takim postępowaniu rana raz dokładnie oczyszczona może się okazać skłoną do zagojenia par primam, lub też powstaje ropienie. W pierwszym razie G., pozostawiając rurki na miejscu, nakłada na cały członek rękaw kauczukowy, z którego wypompowuje powietrze, przez co wywiera jednostajny ucisk na cały członek a więc i na cały kanał rany; z drugiej zaś strony, zacisnąwszy rurkę doprowadzającą, wypompowuje zawartość kanału aspiratorem; w ten sposób w samym kanale rany, rurce odprowadzającej i zbiorniku aspiratora powstaje ujemne ciśnienie, ułatwiające dostanie się do zbior-

nika wszelkiej wydzieliny, jakaby się w kanale rany wytworzyć jeszcze mogła. Jeśli w ranie powstaje ropienie, G. nie nakłada rękawa, a poprzestaje tylko na ciągłym przemywaniu kanału rany płynem przeciwnilnym.

G. przytacza 12 przypadków szczęśliwie wyleczonych, w 6 z nich były otwarte ważniejsze stawy.

(Teoretycznie sposób G., zupełnie odpowiada wymaganiom chirurgii przeciwnilnej, zaje się jednak, iż w praktyce będzie jeszcze trudniejszym do zastosowania niż opatrunek LISTER'A, a kto wie czy lepszym. Przyp. sprawozd.).

W. H. Krajewski.

156. Prof. HIRSCHBERG. **O zaburzeniach wzroku przy bezwładzie postępowym.** (*Neurologisches Centralblatt.*—Nr. 2, 1886).

Autor opisuje przypadek środkowych braków w polu widzenia (scotoma centrale), które wystąpiły w początkach postępowego bezwładu u 44-letniego mężczyzny. W ogólnym stanie chorego początkowo zauważyć można było tylko pewne rozdrażnienie i zaburzenia w mowie. Co się tycze oczu: V (siła wzroku) = $\frac{1}{6}$; rozciągłość pola widzenia w ogóle i pola widzenia głównych barw, (niebieskiej, czerwonej—zielonej), prawidłowa, wyjąwszy barwy czerwonej, która lewym okiem zupełnie nie była rozpoznawana, lub też tylko na niewielkiej przestrzeni i w dolnej części pola widzenia; — w środku pola widzenia w obu oczach scotoma rozciągająca się na 3—10°, w około punktu naośnie widzialnego (Fixirpunkt). Tarcze nerwów w zrozkowych białe i mętne, w prostym obrazie zielonawo białe, ostro odgraniczone; naczynia prawidłowe. Wciągu następnej pięciomiesięcznej obserwacji, rozwinął się wydatny obraz bezwładu postępowego, środkowy brak w polu widzenia cokolwiek się zwiększył, zresztą stan oczu pozostał jak wyżej opisano. Jako przyczynę zaburzenia wzroku w przytoczonym przypadku, autor przyjmuje ognisko

¹⁾ Autor nie wyjaśnia co właściwie nazywa „zwykłym sposobem“, czy naprz. mamy rozumieć pod tą nazwą ściśle opatrunek Listera, który nawiasem mówiąc w paryżkich szpitalach wcale nie jest zwykłym, lub też zwykłym opatrunkiem nazywa obmycie rany roztworem kwasu karbolowego i nałożenie poduszeczki z szarpi lub waty wcale nie aseptycznej. (Przyp. spraw.)

we cierpienie substancji korowej zrazów potylicowych mózgu.

Podług spostrzeżeń autora, zaburzenia wzroku przy postępowym bezwładzie, oprócz wyżej wymienionego, występują jeszcze w formie niedoślepu przechodzącego w ślepotę z zanikiem nerwów wzorkowych (Mendel 4—5%) i połowicznego widzenia.

Jan Przybylski.

VI. Gyniekologia i Pediatria.

157. A. MARTIN (Berlin). **Guz krwawy zaotrzewnowy okołomaciczy.** — (*Das extraperitoneale periuterine Haematom. Zeitschr. für Geburtshülfe u. Gynack. Tom VIII Z. 2.*)

Jakkolwiek autor już dawniej, opierając się na objawach miejscowych i ogólnych, spostrzeganych w kilku przypadkach guzów małej miednicy, — rozpoznawał guz krwawy zaotrzewnowy, to jednak dopiero teraz przystępuje do szczegółowego opisu tego stanu chorobowego. Uboga bowiem literatura i powierzchowne dotąd opracowanie tego przedmiotu, jak również zdanie VIRCHOW'A w dziele „Die krankhaften Geschwülste“, 1863 r. wyrzeczone, że „wyjąwszy przypadki połogowe i urazowe, nigdy nie spostrzegaliśmy na trupie guza krwawego zaotrzewnowego pierwotnie powstałego“, onieśmielały autora do stanowczego orzeczenia, które wówczas mogłoby się jedynie opierać na spostrzeżeniach klinicznych. Teraz dopiero stwierdziwszy w 4 przypadkach i uzupełniwszy swe pojęcia o siedlisku i stosunkach guza, że tak powiem namacalnie, dzięki zabiegowi operacyjnemu (*laparotomia*), przystępuje do opublikowania rezultatów swjej pracy w piśmie zbiorowém, wydaném na pamiątkę otwarcia nowego gmachu kliniki uniwersyteckiej chorób kobiecych w Berlinie.

Ponieważ praca ta stanowi ważny bardzo przyczynek do rozpoznawania guzów w małej miednicy i otwiera jakoby drogę

do badań w nowym dziale patologii, sądzę, że stosowném będzie zapoznać z nią czytelników „Kroniki“ tembardziej, że podręczniki albo wcale nie wspominają o tej formie chorobowej, albo też traktują ją jedynie pobieżnie.

Przytoczywszy w krótkości przypadki BEIGEL'A, KONRAD'A, PASCHKIS'A, KUHN'A, BETSCHLER'A, OTT'A i BAMGÄRTNER'A, — w których rozpoznanie właściwe stwierdzono albo na stole operacyjnym albo też sekcyjnym, autor podaje szczegółowy opis swych 4 przypadków, z których dwa tém większą mają doniosłość, że i na stole sekcyjnym sprawdzone zostały. Oprócz tego na dwu tablicach podaje autor spis przypadków zebranych z literatury, jako też 11 własnych, w których rozpoznanie guza krwawego zaotrzewnowego opierać się mogło jedynie na objawach klinicznych, ponieważ wszystkie zakończyły się pomyślnie przez wessanie wyléwu krwawego.

Pod nazwą *guza krwawego zaotrzewnowego okołomacicznego*, rozumieć należy wyléw krwawy, pomiędzy dwa listki otrzewnej, tworzące *więzy szerokie* (ligamenta lata). Zdwojenie to otrzewnej podzielić można na dwie części: *górną*, wolną, okrywającą jajowody, jajniki, ich przyczepienia i więzy okrągłe — i *dolną* podstawową, stanowiącą pokrycie górnej warstwy dna miednicowego, leżącej po nad mięśniami t. zw. przegrody miednicowej i składającej się z tkanki luźnej, komórkowej i tłuszczowej. Stąd otrzewna rozchodzi się na wydrążenia pęcherzo — i odbyto-maciczne. — Obie te części więzów szerokich obejmują liczne rozgałęzienia naczyń (arteriae uterinae et spermaticae) pod postacią gęstych sieci, przenikających aż do jajników. Bogactwo naczyń i znaczna przesuwalność pokrycia otrzewnowego całych więzów szerokich, wskutek obfitości tkanki łącznej podotrzewnowej, tłumaczą nam możliwość powstawania w tych miejscach wynaczynień i tworzenia się guzów.

Anatomija patologiczna. Wyléw krwa-

wy albo pozostaje na miejscu i rozsuwając dwa listki otrzewnej, tworzy guz krwawy, albo też opuszcza się niżej, rozrywa tkankę luźną, draży między więzami i mięśniami dna miednicy wzdłuż pochwy i kiszki stolcowej i po ich przerwaniu wylewa się na zewnątrz. Innym razem guz krwawy rozprzestrzenia się ku górze i wkracza do miednicy wielkiej, odpychając narządy sąsiednie; to znów rozprzestrzenia się w tkance luźnej, otaczającej szyjkę maciczną, częściej z tyłu niż z przodu, tak, iż w ten sposób przejść może na drugą stronę macicy i rozlać się w drugim więzie szerokim. Wówczas nie zawsze można wykluczyć możliwość jednoczesnego pęknięcia naczyń w obu więzach. Nakoniec wylew krwawy może się także rozlać i na powierzchni dołu biodrowego wewnętrznego pod otrzewną. Rzadko guz krwawy usadawia się po nad tylnym lub przednim sklepieniem.

Krew wylana zwykle prędko krzepnie. — Sprawa wysysania trwa przecięciowo 2 do 3 miesięcy. Zdarza się jednak, że krew wynaczyniona i po kilku nawet miesiącach nie ulega wessaniu. Ściany guza krwawego wykazują zwykle ślady gwałtownego rozdzielania listków otrzewnej, o czym świadczą strzępy tkanek wiszące w jamie guza, a często i nadarte naczynia. Pokryte zaś są grubą warstwą krwi skrzepłej, tworzącej razem ze ścianą guza masę rozpadową. Badanie drobnowidzowe ścian guza pozwala rozpoznać jedynie szczątki włókien mięsnych i łączno-tkankowych wraz z resztkami krwi. Pokrycie otrzewnoweguza okazuje się zawsze prawidłowym, gładkim, błyszczącym, bez śladów sprawy zapalnej. Pęknięcie guza zdarza się zwykle w ciągu pierwszych dwu tygodni. Pęknięcie to do jamy brzusznej kończy się najczęściej zapaleniem otrzewnej. Duży wylew rozprzestrzeniając się, wywołuje również zmiany w narządach sąsiednich, zależne już to od przytrafiającego się nim jednocześnie wynaczynienia do takowych,

(np. do jajników), już też od przesunięcia i ucisku tych narządów. Macica albo odsuniętą zostaje ku stronie przeciwnej wylewowi, rzadziej ku przodowi, albo też zostaje zupełnie przez wylew otoczona i ucisniona, następstwem czego są zaburzenia w krwiobiegu i sprawy od takowych zależące, jak *Endometritis haemorrhagica*, i t. d. Ucisk na pęcherz i kiszkę stolcową wywołuje zaburzenia czynności tych narządów.

Etiologia. Wylewy krwawe, zaotrzewnowe do więzów szerokich i do części przylegających dna miednicy, powstają zwykle nagle u osób dotąd zupełnie zdrowych. Pęknięcie naczynia, prowadzące do wylęwu podobnego przypada zwykle jednocześnie z miesiączką, rzadko zaś w czasie między dwiema miesiączkami, jeszcze rzadziej po zupełnem ustaniu miesiączkowania. Między ostatnim porodem a wylęmem krwawym nie ma zależności bezpośredniej. Być może jedynie, że przebyte porody i sprawy położowe przemiany wstecznej, usposabiają naczynia do pęknięć i rozdarcia. Powstawanie guza zależy zwykle od podziałania urazu na narządy płciowe podczas miesiączki, — naprz. wskutek upadku, przedźwignięcia się, zbyt gwałtownego i nadmiernego spółkowania i t. d.

Co się tyczy częstości tego cierpienia, tu KUHN, opierając się na materyjale FRANKENHAUSER'A, określa ją na 15%. — MARTIN zaś z pomiędzy 8000 własnych przypadków chorób kobiecych, naliczył 10 z guzem krwawym zaotrzewnowym.

Objawy kliniczne. Nagłe, gwałtowne bóle wraz z zależnym od nich silnym osłabieniem, dochodzącym niekiedy do napadów omdlenia — stanowią początek choroby. Bóle te pojawiające się napadami, chore określają jako kurczowe lub porodowe. Najczęściej siedliskiem ich jest jedna lub druga strona brzucha, rzadko cała dolna część jego. Objawy niedokrewności, jak błądność skóry, oziębienie kończyn, częste i znikające tętno już z po-

czątku zauważyć można. Zwykle ani dreszcze, ani gorączka nie towarzyszą tej chorobie. Często pojawia się jednocześnie krwotok obfity z części rodnych, jako wzmożenie lub ponowne pojawienie się dopiero co zakończonej miesiączki. Tylko przy silnym ucisku chore doznają silnego bólu. Przy małych wynaczynieniach niepodobna wyczuć guza przez powłoki brzuszne, przy większych zaś należy głęboko ucisnąć takowe, aby wyczuć w wejściu miednicy *guz o powierzchni gładkiej, elastyczny, nieprzesuwalny, ku górze zakrąglony*. Przy wylewie obustronnym można po obustronach macicy wyczuć guzy, pozornie nie stojące w związku ze sobą.

Badanie przez pochwę, pozwala już na początku choroby rozpoznać wyraźne *przesunięcie macicy*. Przy wylewie jednostronnym macica zostaje przesunięta ku stronie przeciwniej, i ku górze uniesiona. Można ją dokładnie wymacać obok guza, jako ciało bardziej miękie i mniej ruchome niż zazwyczaj, dno zaś jej najczęściej góruje ponad wierzchołkiem guza. Guz wyczuwa się z początku z boku miednicy o kształtach dość wyraźnych, pomimo, iż nie zawsze spycha on nadół i napręża sklepienia pochwowe, ma to miejsce zwykle przy większych wynaczynieniach. Od zewnątrz przytyka do ściany miednicy, ku górze sięga ponad jej wejście od wewnątrz do macicy, a często i za nią, aż do linii środkowej.

Jama DOUGLAS'A przedstawia się wolną. Z początku guz jest dość miękki, przy dotykaniu bolesny. Po stronie zdrowej można zwykle wyczuć jajnik w położeniu prawidłowem. Jeśli wylów jest obustronny, wówczas wyczuć można dwa guzy, odciskające dno miednicy ku dołowi i przodowi aż do spojenia łonowego. Zwykle można wówczas wyczuć po za szyjką maciczną między guzami, *most* mniej lub więcej szeroki, łączący oba guzy.—Przez kışkę zaś stolcową można go dokładnie obejść przyczem łatwo się prze-

konać, że jama DOUGLAS'A pozostała wolną i jedynie ku górze uniesioną. Rzadko bardzo to połączenie guzów, zdarza się na przedniej powierzchni szyjki macicznej, lub też z obu stron jednocześnie; w pierwszym przypadku macica może być zupełnie ku tyłowi odcisnięta, w drugim zaś przedstawia się jakby wmurowaną między guzami.

Zejsście przy guzach krwawych zaotrzewnowych bywa najczęściej pomyślnie, w ogóle zaś zależy głównie od ilości krwi wynaczynionej. Jeżeli chore nie umierają zaraz wskutek ostrej niedokrwoności, to zwykle występuje powoli zwolnienie gwałtownych bólów, które jednak od czasu do czasu powracają. Sprawa wessania wyléwu prędko się rozpoczyna i postępuje bezustannie, guz zaczyna się zmniejszać, uczucie osłabienia, skłonność do zemdleń — powoli ustępują; pozostają jednak na długo jeszcze bladeść i tętno przyspieszone. Obfite krwawienie miesiączkowe ustaje i jedynie znaczna wydzielina śluzowa zachowuje jeszcze na czas długi przymieszkę krwi. Zwykle w ciągu 4 tygodni chore przychodzą do siebie, jakkolwiek wylów krwawy nie uległ wówczas jeszcze zupełnemu wessaniu. Niekiedy następna miesiączka sprowadza pogorszenie mniej lub więcej znaczne, albo też nawet powrót choroby; niekiedy zaś następstwem podobnych pogorszeń bywa pęknięcie naprężonego guza i zejście śmiertelne.

Rzadko bardzo się zdarza, aby już po pierwszym napadzie śmierć następowała wskutek krwotoku wewnętrznego, częściej daleko razem z coraz bardziej wzrastającym pogorszeniem (naprężeniem guza), dopiero w ciągu tygodnia lub później jeszcze następuje pęknięcie worka krwawego.—Od kierunku pęknięcia zależy stopień niebezpieczeństwa. Jeżeli krew wyléwa się nazewnątrz do pęcherza lub odbytnicy, wówczas prędko następuje wyleczenie.—Jeżeli zaś wylów ma miejsce do otrzewnej, wówczas zwykle chore umierają, al-

bo od krwotoku wewnętrznego, albo też od zapalenia otrzewnej.

Do zejść niepomyślnych należą również te przypadki, w których *wessanie wylewu krwawego doznaje przeszkody* wskutek powrotów choroby podczas miesiączki, wskutek urazów na guz działających lub też bez widocznej przyczyny. Następstwem takiego wstrzymania się wessania, bywa albo *zarośnięcie* guza, będące powodem długoletnich cierpień, zmuszających niekiedy nawet do szukania pomocy w zabiegu operacyjnym, albo też *zropienie wylewu krwawego*, powodujące gwałtowną gorączkę chłonną i pęknięcie ropnia do narządów sąsiednich.

Co się tyczy *rozpoznania różniczkowego*, należy przedewszystkiem stwierdzić, czy guz wykryty w małej miednicy, leży w jamie otrzewnej, czy też na zewnątrz niej, t. j.: należy przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe między *krwistekiem zamacicznym* (Haematocoele retrouterina), a *guzem krwawym okołomacicznym* (Haematoma periuterinum). W świeżych przypadkach łatwo się przekonać, że guz krwawy leży na zewnątrz linii środkowej, podczas gdy krwistek leży pośrodku małej miednicy. Na inny ważny znak rozpoznawczy zwraca uwagę FRANKENHÄUSER. Przy zmianie położenia chorób, a zwłaszcza przy położeniu w raczka (*à la vache*), świeży krwistek, nie zupełnie jeszcze otorbiony, musi zniknąć, podczas gdy guz krwawy pozostaje niezmiennym. Guz krwawy już z początku jest ku górze wyraźnie ograniczony, przy krwisteku brak jest górnego ograniczenia. Krwistek od dołu jest równo zakrąglony na podobieństwo jajka, wypełnia bowiem jamę DOUGLAS'A, guz krwawy jest ku dołowi nierówny, garbowaty, gdyż krew wylewa się tu do luźnych przestrzeni łączno-tkankowych. Spójność (consistientia) guza krwawego już z początku przedstawia większą odporność, aniżeli krwisteku. Guz krwawy tylko z początku jest przy ucisku bolesny, ucisk na krwistek przez długi czas

sprawia silne bóle. Przy krwisteku nigdy nie brak objawów zapalenia otrzewnej, przy guzie krwawym zwykle zupełnie ich niema. W dalszym przebiegu sprawy wessania rozpoznanie staje się jeszcze łatwiejszem, należy tylko zwrócić uwagę na stosunek guza do narządów sąsiednich, na własności guza i na zachowanie się jamy DOUGLAS'A.

Po zropieniu i pęknięciu guza, często nie podobna przeprowadzić rozpoznania różniczkowego.

Rozpoznanie różniczkowe między guzem krwawym zaotrzewnowym, a *wysiękami w małej miednicy* da się przeprowadzić jedynie w początkach choroby. *Zapalenie przymaciczne* (parametritis), rzadko kiedy bez dreszczu się rozpoczyna i zawsze powoduje gorączkę, dochodzącą niekiedy do 40° i trwającą przez czas dość długi. Przy guzie krwawym brak dreszczu i gorączki jest prawidłem. Guzy krwawe zwykle prędszej i zupełniej ulegają wessaniu, aniżeli wysięki przymaciczne, które przy tem mają większą skłonność do powrotów.— Charakterystyczne (kurczowe) bóle przy guzach krwawych mogą również niekiedy ułatwić rozpoznanie. W dalszym przebiegu rozpoznanie między zapaleniem przymacicznym a guzem krwawym zaotrzewnowym staje się bardzo trudnem i tylko wywiady (anamnesis), mogą takowe ułatwić.

Zapalenie okołomaciczne (perimetritis) wyklucza się przez swe siedlisko, przebieg i sposób umocowania macicy. Zapalenia okołomaciczne leczą się jeszcze wolniej, aniżeli przymaciczne, mają wielką skłonność do powrotów i powodują zaburzenia tak charakterystyczne (bóle w krzyżu, bóle przy chodzeniu, oddawaniu stolca, spółkowaniu), że już przez nie same rozpoznanie jest zapewnione.

Wielkie trudności przedstawia rozpoznanie różniczkowe między guzem krwawym zaotrzewnowym, a *guzami (resp. torbielami) jajowodów, jajników i samych więzów szerokich i mięśniakami podotrzewnowe-*

mi (*myomata subserosa*). Wszystkie te nowotwory rozwijają się powoli i stopniowo, guzy krwawe zaś, jak wiemy, powstają nagle. Przy guzach jajowodu można prawie zawsze wyczuć koniec macięzny jajowodu, t. j.: związek guza z macicą, oprócz tego i kształt guzów jest charakterystyczny. Rozpoznanie między guzem krwawym a mięśniakami podotrzewnowymi, mogą ułatwić jedynie wywiady.

Leczenie. W przypadkach małego wynaczynienia, leczenie polegać winno na zachowaniu spokoju zupełnego, na stosowaniu zimnych lub lodowych okładów na dolną część brzucha i leków narkotycznych do wewnątrz w celu uśmierzania bólów. Dbać przytém należy o regularne wypróżnienia; krwotoki maciczne zwalczać przez wstrzykiwania ściągające do pochwy. W dalszym przebiegu zalecamy kąpiele solankowe, z odwarem kory dębowej, w celu przyspieszenia wessania. Następną miesiączkę przebyć należy spokojnie w łóżku.

Przy dużych wylewach krwawych, grożących niebezpieczeństwem wskutek ostrój niedokrewności, podajemy prócz tego leki orzeźwiający (analeptica). Jeśli krwotok trwa dalej, niedokrewność się wzmacnia, guz się powiększa i napręża, tak, iż zachodzi obawa pęknięcia ścian jego, wówczas szukać należy pomocy na drodze operacyjnej, a mianowicie przekłuć lub przeciąć ściany guza i zawartość jego na zewnątrz wypuścić. Dokonać zaś tego można, albo przez pochwę lub kiszki, albo też przez jamę brzuszną, robiąc cięcie powłok brzusznych (*laparotomia*). Pierwsza metoda jest łatwiejsza, lecz mniej pewna, bo wrazie krwotoku następczego trudny dostęp do guza uniemożliwia podwiązanie naczynia krwawiącego, a wówczas dla powstrzymania krwotoku, pozostaje użycie środków tak niepewnych i często zawodzących, jak ucisk na guz, wstrzykiwania wody gorącej (40° R.) i wstrzykiwania roztworu półtorachlorku żelaza. Robiąc zaś cięcie powłok brzusznych, ułatwiamy

sobie przystęp do guza, możemy wewnątrz jego starannie obejrzeć i oczyścić, a wrazie krwotoku powstrzymać go przez podwiązanie lub okłucie (*Umstechung*), naczynia krwawiącego. Jamę guza po jej oczyszczeniu należy przedrenować i dren przez pochwę na zewnątrz wyprowadzić, aby ułatwić odpływ wydzieliny i krwi; cięcie zaś górne, po nad drenem się znajdujące, zamknąć napowrót, tak aby jama guza nie komunikowała z jamą brzuszną. Postępowanie takie oddało MARTIN'OWI w dwu przypadkach doskonale usługi.

Leczenie starych guzów, w których wessanie wylewu krwawego postępuje leniwo, polegać winno z początku na stosowaniu leków chłonnych (resorbentia) i ściągających. Skoro zaś bezustanne bóle i krwotoki zaczynają podkopywać zdrowie ogólne, a w guzie pojawia się sprawa rozpadowa, wówczas należy go usunąć na drodze operacyjnej.

M. Zweigbaum.

158. STEFFEN. **O gruźlicy (u dzieci.)** (*Odczytane na posiedzeniu sekcji chorób dziecięcych zjazdu lekarzy i przyrodników w Eisenach 1882 r.*) *Jahrb. f. Kinderhel. Bd. XIX str. 148.*

Opowiedziawszy krótko historję gruźelki, mianowicie najnowsze odkrycia w tym względzie KOCHA (ob. Kron. Lek. r. 1882 str. 448), autor zwraca uwagę, że takowe powinny znaleźć praktyczne uwzględnienie przedewszystkiem w zastosowaniu do higieny dzieci tak w szpitalach jak i w domach prywatnych.

Z wyjątkiem mięśni, chrząstek i wielkich naczyń, gruźelki znajdujemy we wszystkich innych organach u dzieci, rzadziej umiejscawia się on w organach moczopłciowych, ale i tu niejednokrotnie był spostrzegany. Gruźlica u dzieci zdarza się częściej niż u dorosłych. VIRCHOW i DEMME widzieli gruźlicę wrodzoną. Rzadko występuje ona w pierwszym roku życia, daleko częściej między 2-m a 5-ym rokiem

życia, a w latach następnych znów coraz rzadziej się napotyka.

Gruźlica powstaje przez wniknięcie właściwego zarazka—*bacillus tuberculosis*—do ciała. Ponieważ jednak nie rozwija się on na ranach lub wrzodach powierzchni ciała i tą drogą nie wnika do organizmu, pozostają więc dwie jedynie drogi zakażenia: organa oddechowe i organa trawienia; pierwsza jest daleko dostępniejszą i dla tego płuca najczęściej gruźlicy podlegają. Organ trawienia, żołądek i kiszki, pierwotnie dotknięte być mogą przez połknięcie powietrza, pokarmów i napojów zawierających laseczniki, wtórnie zaś przez połykanie płwociny gruźliczej. Możliwym jest, że wydzielina gruczołów żołądkowych do pewnego stopnia tamuje rozwój zarazka i dla tego rzadziej w organach tych gruźlicę pierwotną znajdujemy.

Laseczniki gruźlicze, dostawszy się do organizmu potrzebują dla siebie najodpowiedniejszego gruntu, najchętniej mianowicie rozwijają się w okolicach, w których ilość soków jest najniższa, krążenie krwi osłabione i w skutek tego odżywianie niedostateczne. W podobnym położeniu znajdują się płuca przy wadach prawego serca, podczas gdy przy wadach lewego, gruźlica płuc do wyjątków należy. — W ten sposób również daje się wytłómaczyć częste występowanie gruźlicy przy wrodzonej wężkości aorty, przy małym sercu, a po części i te przypadki, w których gruźlica rozwija się po przebyciu chorób wyniszczających. Drugą kategorię przyczyn, ułatwiających rozwój laseczników, daleko częściej niż poprzednie powodujących gruźlicę u dzieci, stanowi właściwa skłonność organizmu wrodzona lub nabyta, że pod wpływem nieznacznych nawet bodźców łatwiej podlega zaburzeniom, tworząc produkty chorobne skłonniejsze do rozpadu niżeli do twórczej działalności. Skłonność taka jest głównym objawem *skrofulów*. Wrodzone skrofuly nadają ciału właściwy odcień, wygląd suchotniczny (*habitus phthisicus*)

z paralityczną postacią klatki piersiowej i niedostatecznymi ruchami przy oddychaniu—nabyte, zawdzięczają swoje powstanie w ogólności złym warunkom życiowym, mianowicie niehygienicznemu pomieszczeniu dzieci i nieodpowiedniemu pożywieniu. Przybywa tu jeszcze inny moment, ułatwiający rozwój gruźlicy, jestto skłonność dzieci skrofulicznych do katarów dróg oddechowych i pokarmowych. Im częściej takowe się powtarzają, im dłużej trwają, tembardziej sąsiednie gruczoły limfatyczne znajdują się w stanie podrażnienia i zapalenia przewlekłego.

Oto są przyczyny, że po największej części tylko słabe dzieci podlegają gruźlicy, a wyjątkowo dzieci dotąd zdrowe i dobrze zbudowane. Inaczej trudno byłoby zrozumieć, dlaczego, przy znanym łatwości przenoszenia się zarazka, w rodzinie złożonej z kilkorga dzieci tylko jedno podlega gruźlicy, inne zostają zdrowe. Rzadkość rozwoju gruźlicy u dzieci, przebywających w szpitalach wraz z dotkniętymi gruźlicą, również w ten sposób wyjaśnić się daje, że tylko wyniszczone w skutek długotrwałych chorób albo podległe procesom chronicznym ulegają zarażeniu, u dzieci zaś zdrowych zarazek nie znajduje dostatecznego gruntu do dalszego rozwoju.

Pierwotny rozwój gruźlicy ograniczony jest do miejsca, podległego zetknięciu się z zarazkiem, a stosownie do tego, czy proces chorobny danego organu jest mniej lub więcej rozległy i stosownie do ilości i siły rozwoju samych laseczników, proces mniej lub więcej się rozszerza. Mała ilość, zwłaszcza młodych jeszcze nie rozwiniętych, albo też już zamierających laseczników, powoduje zapewne tylko ograniczoną gruźlicę, a w szczęśliwych warunkach, jeżeli laseczniki dalej się nie rozwijają, a ognisko podlegnie otorbieniu i zabliznieniu, może nastąpić zupełne wyleczenie.

Jeżeli błona śluzowa jest pozbawiona nabłonka, a tkanki znajdują się w stanie

zapalenia, temperatura zwiększona, ruch krwi zmniejszony, albo też tkanka podlega rozpadowi, wtedy rozwój gruźlicy jest ułatwiony. Ztąd za pomocą dróg limfatycznych, lub też krwionośnych, nastąpić może ogólny rozwój gruźlicy, a od skłonności danego organu w ogóle i od indywidualnej skłonności osobnika, jakoteż od ilości, rozwoju i żywotności laseczników, zależeć będzie, czy mniejsza lub większa ilość organów gruźlicy podlegnie. Wiadomo, że w pewnych rodzinach istnieje skłonność dziedziczna, czy w skutek jednokowych warunków życia jednostajnie rozwinięta, że pewne organa łatwiej podlegają gruźlicy.

Ponieważ w obec rozwoju laseczników w organizmie, nie posiadamy środków do zniszczenia lub ograniczenia ich działalności, pozostaje nam jedynie staranie się o zapobieganie dostaniu się ich do ciała.

W obec tego, że według wszelkiego prawdopodobieństwa laseczniki u osobników zdrowych nie wywołują gruźlicy, należy zwrócić główną uwagę na organizmy skłonne do tej choroby. Dzieci skrofuliczne i skłonne w skutek dziedziczności do rozwoju skrofulów, powinny być w odpowiedni sposób żywione i pielęgnowane, aby przynajmniej dalszy rozwój choroby powstrzymać. Chorych, dotkniętych chorobami przewlekłymi dróg oddechowych i kanału pokarmowego, oddalać z miejscowości, w których znajdują się chorzy, dotknięci gruźlicą, tak bowiem powietrze, jak pokarmy i napój, w pokoju się znajdujące, mogą zawierać laseczniki gruczołowe.

Zwracać należy uwagę, aby chorzy płwociny nie połykali, ale wypluwali do naczyń zamykanych i często z pokoju chorego wynoszonych. Podobnie chorzy dotknięci gruźlicą kiszek, powinni mieć osobne baseny, przez innych nie używane. Bielizna i pościel tych chorych również dezynfekcyi ulegać winna.

Na wentylację sal, w których chorzy znajdują pomieszczenie należy zwracać baczną uwagę — W Anglii trzymają obecnie podobnych chorych w pokojach zimnych z uwagi, że ciepło sprzyja rozwojowi laseczników.

Nakoniec zwrócić należy uwagę na mleko, służące za pokarm dla dzieci, albowiem gruźlica krów często zajmuje gruczoły mléczne i z łatwością za pośrednictwem mleka może być przeniesioną do kanału pokarmowego dzieci.

Jul. Kramsztyk.

VII. Syfilidologija.

159. MAKSYMILJAN ZEISL. **O leczeniu przymiotu formamidem rtęci.** (*Zur Behandlung der Syphilis mit Quecksilberformamid.* *Wiener med. Presse* Nr. 5-6 1883).

Syn znanego syfilidologa wiedeńskiego, a obecnie jego asystent, stosował sposobem próby, nowy ten preparat wprowadzony i zalecany przez LIEBREICHA; — używał go u 15 chorych, w formie zastrzykiwań podskórnych. Formy chorobne wszystkie były świeże z objawami pierwszo i wtórorzędniemi.

Stwardnienie pierwotne, obrzmienie gruczołów limfatycznych, wysypki skórne (plamy, grudki); jeden tylko chory dotknięty był przymiotem od lat trzech, na skórze wrzody wielkości od jednego krajcara do 4, pokryte strupami; skrzydła nosa, przegroda tegoż, wargę górną, kąt ust, stanowią jeden ogromny wrzód.

Po 5 — 6 zastrzykiwaniach wyrzuty skórne bladły, po 15—20 choroba ustępowała, to jest wykwity skórne nikły, nawet zabarwienie (pigmentacja) ustępowało, stwardnienie pierwotne miękkie, gruczoły się zmniejszały. Miejscowo autor stosował niekiedy plaster rtęciowy. Preparat ten bardzo dobrze nadaje się do zastrzykiwań podskórnych, ból jest mniejszy, jak przy zastrzykiwaniach subli-

matowych; — najlepiej stosować wstrzykiwania pod skórę pleców i pośladków; na ramionach i przedramionach powstają obrzmienia i zaczerwienienia skóry, 4 razy nawet miejsca te przeszły w zgorzel; ślinotok wystąpił 3 razy: po 5-tém, 7-em i 9-em zastrzykaniu, lecz u tych chorych występował zawsze przy każdym użyciu środków rtęciowych. Z 15 więc tych spostrzeżeń, jak nateraz możemy wnioskować, iż formamid rtęci jest bardzo praktyczny przy użyciu z powodu niebolesności i łatwego rozpuszczania się w wodzie, nie przewyższa jednakże w niczém działalności innych preparatów rtęciowych, sprowadza bowiem saliwację, nie zapobiega recydywom, i w wielu razach, mianowicie, gdy chorzy są wrażliwi na ból, ustąpić musi pierwszeństwa wciერიom rtęciowym. *Teofil Belke.*

MISCELLANEA.

160. **Badania nad wścieklizną.** Z powodu relacji słynnego PASTEURA, o wynikach nowych poszukiwań nad wścieklizną, przedstawionych paryzkiej akademii umiejętności, fizjolog Paweł BERT, streścił wkrótce swoje własne badania dokonane jeszcze w roku 1878—1879:

1) Po przetoczeniu krwi z psa wściekłego do zdrowego i odwrótnie, pies zdrowy w przeciągu całego roku nie okazywał żadnych objawów wścieklizny; stan psa wściekłego, który żył jeszcze przez 48 godzin po operacji, znacznie się polepszył.

2) Wydzielina z pyska psa wściekłego, zawiera, ślinę gruczołu przyusznego, podszczękowego, podjęzykowego, śluz jamy ustnej i śluz oskrzelowo płucny. Otóż ślina szczepiona innym zdrowym psem nie wywoływała wścieklizny, natomiast szczepienie śluzu z dróg oddechowych, prawie zawsze spowodowało tę chorobę. Dowodzi to, jak niestałym bywa działanie wydzieliny.

3) Ślina psów wściekłych, jeśli nie wywoływała wścieklizny, bardzo często powodowała śmierć zwierząt, na które ją szczepiono, a to wskutek bardzo ciężkich zaburzeń miejscowych na skórze, t. j.: ropienia z cechami septycznemi. PASTEUR znalazł mikroby w ślinie psów wściekłych.

4) Wydzielina z pyska psa wściekłego, przefiltrowana, staje się obojętną, gdy tymczasem pozostałość na filtrze posiada zdolność zarażenia.

5) Ślina psa wściekłego zamienia mączkę na glukozę, jak ślina zdrowego.

(*Gaz. Med. de Paris Nr. 1, 1883*).

161 **Zaburzenia ruchowe przy uszkodzeniach narządu słuchowego.** Prof. VULPIAN na posiedzeniu akademii umiejętności przedstawił wyniki swych doświadczeń na królikach. Wlewając zwierzęciu w ucho kilka kropli roztworu chloralu (1:4), widział po kilkunastu minutach drżenie całego ciała, wahanie głowy na prawo i lewo, leniwe ruchy kończyn; od czasu do czasu królik utykał na jedną z kończyn, szczególniej stronie operowanej. Nazajutrz zaburzenia te dosięgały szczytu natężenia, ruchy głowy (rotatio) stawały się coraz gwałtowniejszemi, i w podobny sposób jak po obrażeniu środkowych odnóg mózdzku, królik obracał się dokoła osi swego ciała, od strony zdrowej ku chorej, następnie zatrzymywał się; oko po stronie operowanej było zwróconém ku dołowi, po przeciwniej ku górze; obadwa oczy wykonywały ruchy (nystagmus) w kierunku pionowym. Mięśnie twarzy po stronie operowanej bezwładne, mięśnie kończyn nie. Po kilku dniach objawy powyższe ustępowały z wyjątkiem bezwładu twarzowego, Sekcja wykazała u jednego z królików, po kilku dniach w uchu zdrowém — uciążliwe przekrwienie i cokolwiek ropy, lecz tylko w zewnętrznym przewodzie słuchowym; natomiast w operowanym uchu powstało zniszczenie błony bębenkowej, ucho średnie i wewnętrzne były wypełnione ropą. Oprócz zmian w nerwie twarzowym, nie znalazł V. zresztą najlżejszych zaburzeń ani na zewnętrznej stronie czaszki, ani na oponach lub w mózgu.

Te same doświadczenia, powtórzone na psach i świnkach, dały mniej wyraźne objawy.

Autor sądzi, iż chloral przenika szybko błonę bębenkową i przez okienko owalne i okrągłe dostaje się do kanałów półkulistych i ślimaka.

(*Gaz. des Hop. Nr. 17. 1883*).

162 RINDFLEISCH ogłosił pewny i szybki sposób wykazywania bakterji gruźliczych w płwocinie. Cała przedwstępna manipulacja odbywa się wedle zasad podanych przez EHRLICHA. Po włożeniu szkiełek pokrywkowych z p eparatem do fuksyny na szkiełku zegarkowem, ogrzewa się to ostatnie nad lampką spirytusową dopóki płyn nie zacznie parować. Następnie, wyjąwszy preparaty, oplukuje się je wodą i kładzie do zakwaszonego alkoholu, (na szkiełku zegarkowem dolęwa się 2 krople kwasu saletrzanego do alkoholu). Natychmiast wydzielają się z preparatu pary fioletowe, a po 10—15 sekundach preparat jest prawie zupełnie odbarwionym. Po ponownem oplukaniu wodą, wysuszeniu i włożeniu do bal-amu kanadyjskiego preparat już gotów.

(*St-Pet. Med. Woch. Nr. 4, 1883*).

163 Mocznica pochodzenia wątrobowego. Dzięki pracom BROUARDAEL'A, wiadomo, że ilość mocznika w moczu zmniejsza się przy niektórych cierpieniach wątroby, co zależeć może albo od mniejszego wytwarzania się jego lub zmniejszonego wydzielenia przez nerki.

DEBOVE celem rozstrzygnięcia tej kwestyi badał ilość mocznika zawartego we krwi, z czego okazało się, iż przy żółtaczce moczu zawiera mniej, krew zaś więcej mocznika, niż normalnie, zatem istnieje utrudnione wydzielenie tegoż przez nerki. To samo bywa, nawet bez żółtaczki, u osobników dotkniętych przewlekłymi cierpieniami wątroby, naprz. marskością.

Z powodu taki go stosunku mocznika wydzielanego do wytworzonego, D. przyjmuje t. z. mocznicę wątrobową, objaśniając jej powstawanie tem, iż części składowe żółci zawarte we krwi, ograniczają sekrecyję nerek. Odnosi się to również do przypadków, którym nie towarzyszy żółtaczka, z tą tylko różnicą iż wówczas przechodzą w krew inne składniki żółci prócz barwników. (*Gaz. d. hop. Nr. 18, 1883*).

164 W parzykiem tow. Biologicznem, na posiedzeniu z d 27 stycznia 1883 r., Dr. LEVEN wyraził zdanie, iż objawy brzuszne w tyfusie przypisać należy podrażnieniu splotu słońcowego środkami przeciwszczającemi; im w większej ilości środki takie stosowane bywają tem cięższymi są przypadłości ze strony narządów brzusznych.

(*Progrés Méd. N. 5, 1883*).

165 Wpływ tyfusu na przymiot i rzeżączkę. Dr. SINEY przekonano, iż objawy przymiotu znikają w czasie trwania tyfusu, rzeżączka zaś przeciwnie, staje się gwałtowniejszą i odporniejszą w leczeniu.— Co do leczenia rzeżączki, S. otrzymał dotąd najlepsze wyniki przy użyciu wody utlenionej.

(*Gaz. des Hopit. Nr. 18, 1883*).

166 Ciepłota kończyn po naciąganiu nerwów obwodowych. Dr. REDARD stwierdził za pomocą stosu termo-elektrycznego, że u zwierząt po naciąganiu nerwu kulszowego, ciepłota kończyn operowanej obniżyła się dość znacznie, i stan taki trwał przez kilka (2—3) miesięcy. Po stronie zdrowej temperatura także nieco opada, lecz daleko mniej i na krótszy przeciąg czasu.

(*Progrés Méd. Nr. 5, 1883*).

167 Nowa choroba zwierząt. FLEMING inspektor weterynaryi w armii angielskiej, opisał nową chorobę zwierząt domowych, polegającą na powiększaniu się, twardnieniu i owrzodzeniu języka; jednocześnie pojawiają się guzy na kościach twarzy. Choroba bywa prawie zawsze śmiertelną i głównie napastuje młode zwierzęta. Zależy ona od pewnego grzybka drobnowidzowego, przenikającego w tkanki

przez torebki śluzowe; można go przeszczepiać na zdrowe zwierzęta. (*Progr. med. Nr. 7, 1883*).

168 W tow. lek. berl. Dr. MOELI mówił o swych poszukiwaniach nad rozszerzalnością żrenicy pod wpływem drażnienia nerwów czuciowych skóry. Objawu tego brak przy bezwładach. U epileptyków rozszerzenie żrenicy bywa nader wyraźnem; przy znieczuleniu połowicznym u hysteryczek, można wywołać rozszerzenie drażniąc stronę nieczulą.

(*Berl. klin. Woch. Nr. 6, 1883*).

169 Związek mowy z barwami. Zdarzają się rzadkie przypadki, że każde wrażenie słuchowe, a szczególnież dźwięk samogłosek wywołuje pewne określone wrażenie barwy. Do 5 znanych już spostrzeżeń, przybywa obecnie szóste D-ra MEYERHAUSENA. 25-cio-letnia wykształcona kobieta, od lat dziecięcych widzi pewne kolory, przy wymawianiu wyrazów, zwłaszcza imion własnych. Samogłoska *a* wywołuje wrażenie koloru czarnego, *e* — zielonego, *i* — białego, *o* — karminowego, *u* — ciemno-błękitnego.

(*Wien. Med. Woch. Nr. 3, 1883*).

170 BERTHELOT przekonał się na sobie samym i na zwierzętach, że mieszanina 85 części podtlenu azotu i 15 części tlenu z dodaniem na hektolitry powyższej mieszaniny 6—7 gramów chloroformu, bardzo szybko powoduje znieczulenie, usuwając w zupełności niemal okres pobudzenia przy chloroformowaniu i nie drażniąc dróg oddechowych; działanie podtlenu azotu trwa przy tem daleko dłużej.

(*Gaz. med. de Paris Nr. 1, 1883*).

171 Dr. BREWER ogłosił w pewnym hiszpańskim piśmie, opis rośliny *Manoca*, używanej z dobrym skutkiem w Brazylii, przy niestrawności, zależnej od nieżyty żołądka, oraz przy ostrym i przewlekłym reumatyzmie. Przepisuje się ją w postaci nalewki po 5—20 kropel na dawkę, 3 razy dziennie.

(*Progr. Méd. Nr. 6, 1883*).

172 OBERLENDER zaleca jako nader dogodnie w użyciu „mydło rtęciowe“ (sapo mercurialis).— Zdaniem autora nowy ten preparat w zupełności zastępuje masę rtęciową (Szaruchę, ung hydr. ciner). a jest nierównie dogodniejszy i pewniejszy w użyciu. Przygotowuje się z rtęci i mydła Hebry (ol. olivarium provinciale et kali causticum), z dodaniem kilku kropli ol lawendowego.

Rtęć w tej formie rezorbuje się 5 razy prędzej.— Wcierania skutecznie chory nader szybko, roznydla bowiem daną ilość środka, a ponieważ wtarcie następuje nader prędko, nie wywołuje więc nigdy podrażnienia skóry (eczema mercuriale).

(*Vierteljahrsschr. für Dermatol. und Syphilis Nr. 4, 1882*).

173 Dr. CARSTENS stosuje z dobrym skutkiem *propylamin* przy *pląsawicy*, w przypadkach gdzie inne środki (chinina, arszenik, cynk, żelazo, strychnina), nie wywierały działania:

Rp. Propylamini 3,75
Aquae menthae pip. 45,0
Syrupi simpli 15,0

MDS 3 razy dziennie łyżeczkę od kawy.
(*The Brit. med. Journ. Dec. 1883*).

174 Dr. WITTHAUER widział w 4 ch przypadkach „krztuśca“ (*Tussis convulsiva*), bardzo dobry rezultat przy podawaniu *Tinct. eucalypti globuli*.

Rp Tinct. eucalypti globuli 3,0
Glycerini puri
Syrupi sacchari aa 15,0
Aq. destillatae 100,0.

MDS co 3 godziny łyżeczkę od kawy.
(*Memorabil^s/82*) C. Stiche.

175 Dr. LORMEL zachwala bardzo dwa nowe preparaty z tranu D-ra VIVIEN, mianowicie wino i pigułki tranowe. Zawierają one tran stężony, mogą więc w małych dawkach zastąpić wielkie ilości tranu, L. zaleca pigułki i wino tranowe: w skrofulach, w okresie zdrowienia po tyfusie przy małokrwiści, reumatyzmie, przymiocie, blednicy i braku mięsączki u dziewcząt. Dzienna dawka: 10 pigulek lub 3 kieliszki wina. (*Un. med. Nr. 15, 1883*).

176. **Waga mózgu Gambetty** wynoszący podług „*Gazette hebdomadaire de Paris*“, tylko 1160 grm., mniej-ż jest znacznie nie tylko od wagi mózgow rozmaitych wielkich ludzi, ale nawet od wagi przeciętnej mózgow najzwyczajniejszych śmiertelników, średnio bowiem mózgi Niemców ważą 1400 grm.

Prof. KRAUZE z Göttingen, objaśnia tę różnicę w następujący sposób. Zaraz po śmierci Gambetty, w celu zabalsamowania ciała, nastrzyknięto tętnice rozcynem chlorku cynku, przy czem, jak pokazało badanie pośmiertne, wielka ilość płynu dostała się do jamy czaszkowej. Stężony roztwór chlorku cynku odznacza się w wysokim stopniu zdolnością przyciągania wody. Wpływ więc jego na mózg, był taki sam jak bezwodnego wyskoku. Wyżej podana przeto cyfra mniejszą jest o wagę utraconej wody. Gdyby użytym był bezwodny alkohol trzebaby podaną wyżej wagę mózgu Gambetty powiększyć o 28%, a wtedy wynosiła by 1570 grm. Biorąc zaś średnią liczbę otrzymujemy 1370 grm., jako przypuszczalną wagę mózgu Gambetty.

177 **Położenie**, jakie ludzie podczas snu zachowują, a więc w jakim spędzają 1/3 część życia niemal, nie jest pozbawionem znaczenia pod względem etiologicznym. Zmieniając warunki krążenia, położenie

ciała gra zapewne niejaką rolę przy częstszym np. występowaniu spraw zapalnych w prawem płucu, przy przekrwieniu wątroby i t. p. — „*Wracc*“ otrzymał zawiadomienie od D-ra ZAMSZINA z twierdzy modlińskiej (Nowo-Gieorgiewsk), iż w nocy z 15 na 16-ty i z 23 na 24-ty stycznia 1883 (v. s.) zanotowano, jak żołnierze spali w koszarach. Na wznak spało 452, na prawym boku 330, na lewym 274, twarzą na dół 15. Pożądaniem byłoby — powiada rzeczono pismo — obszerniejsze i liczniejsze obserwacje nie tylko na różnych, lecz i na tych samych osobnikach
(*Wracc Nr. 5, 1883*).

178 Dr. BERKHAM, ogłosił (*The Dublin Med. Journal 1882*), kilka ciekawych danych odnośnie płodności idyotów. — Pewien idyota, ożeniony z zupełnie zdrową kobietą, przez wiele lat dzieci nie miał; natomiast z trojga dzieci, urodzonych z idyotki i zdrowego mężczyzny, dwoje było również idyotami. Przykłady powyższe stwierdzają zdanie VOGTA, iż idyotki są w stanie rodzic, idyotki zaś nie mogą zapładniać. Dzieci, pochodzące od zdrowych mężczyzn i idyotek, nigdy nie dochodzą wieku dojrzałego, lecz umierają w dzieciństwie.

Wiadomości bieżące.

— **Towarz. lekarskie warsz.** Na posiedzeniu *klinicznem* dnia 20 b. m. sekretarz stały Dr. SZOKAŁSKI, podniósł kwestyję restauracyi domu Towarzystwa. Następnie kol. REJCHMAN odczytał rzecz p. t. „*Dyspepsia nervosa*“; obszerna ta praca, której czytanie zajęło całe posiedzenie, ma być drukowaną w *Gaz. Lek.*

— W dniu 11 lutego r. b. zmarł w Radomiu Dr Walenty RONTAL, członek honorowy warszawskiego towarzystwa lekarskiego, były sztablekarz b. wojsk polskich.

— W „*Gońcu urzędowym*“ ogłoszono odezwę od Zarządu miejskiego, gubernii Włodimirskiej, wyznaczającą 200 rs. nagrody za napisanie przystępnój dla ogółu broszurki, p. t.: „*Przymiot i środki zaradcze*“. Termin 1 stycznia 1884 r.

(*Med. Wiestn. Nr. 6, 1883*).

— „*Wracc*“ dowiadyuje się, iż prof. MIERZEJEWSKI zamierza wydawać czasopismo w języku rosyjskim: „*Archiw psychiatrii i nejropatologii*“; pierwszy zeszyt ma wyjść w kwietniu.

— W szpitalu Miasnickim w Moskwie, wprowadzono dla rozrywki chorych wykłady popularne z nikinącemi obrazami. (*Wracc Nr. 4, 1883*).

— **Na założenie** domu dla obłąkanych w Irkucku, pp. Bazanow i Niemczynow ofiarowali rubli 150,000. (*Med. Wiestn. Nr. 6, 1883*)

— **Smutny stan** wykładów anatomii w Berlinie opisuje „Deutsche Med Woch“. Zasłużony starszerek prof. REICHERT, wykłada jednocześnie anatomiję opisową, topograficzną, porównawczą, embryologię i histologię, mając jednego tylko pomocnika. Ilość trupów jest niewystarczającą i dla tego co poniedziałek studenci losują między sobą preparaty; losów szczęśliwych jest $\frac{1}{3}$ tylko! Przygotowanych preparatów nikt nie przegląła; studenci pracują bez kierownika. Trupy nie są zabezpieczone od gnicia!..

— **W szpitalach** paryzkich dostrzeżono pod czas ostatniej epidemii tyfusu brzuszego fałszowanie chininy; zawierała ona do 70% obcych przymieszek, jak cynchoniny, salicyny etc.

(*Prager. Med. Woch. Nr. 7, 1883*).

— **W Paryżu** wystosowano odezwę do ministerjum oświaty, w której poruszono myśl wymiany prac i rozpraw lekarskich pomiędzy uniwersytetami francuzkimi a zagranicznymi. Wezwania mają być wysłane do 20 wszechnic: niemieckich, szwajcarskich, belgijskich, szwedzkich, holenderskich, duńskich, oraz do Dorpatu.

(*Gaz. des Hopit. Nr. 14, 1883*).

— **Paryska akademja** umiejętności na wniosek QUATREFRAGES'A, postanowiła otworzyć subskrypcyję na pomnik dla Darwina. Do komitetu oprócz wnioskodawcy weszli: BERT, MILNE-EDWARDS i inni.

— **W Indjach** wschodnich w r. 1881 zmarło skutkiem ukąszenia żmii 18910 osób; rozszarpanych zostało przez dzikie zwierzęta 2757 osób.

(*Lancet*).

— **Nagrodę** PARKES'A 100 f. szterl. otrzymał Dr. POLDEN za pracę: „O wpływie środków higienicznych na rozprzestrzenianie się cholery“.

(*Lancet*)

— **Medycyna w Japonii.** W Tokio istnieje szkoła lekarska, w której wykładowym językiem jest

niemiecki. Dr. REMY opisuje w *Revue scientifique* niektóre osobliwe formy chorobowe, napotykanne w Japonii. Tak np. tyfus przebiega bez odurzenia (stupor); suchoty rozpoczynają się zwykle wysiękowym zapaleniem otrzewnej. Z chorób pasorzytowych napotyka się często „distoma“ wątroby i płuc; kilkunastu studentów medycyny wypluwa codziennie jajka *distomae*, pochodzące z płuc.

„Filaria“ bywa często u psów znajduwaną w sercu i w ścianach aorty, gdzie powoduje tętniaki.

Dzieci ssą pierś matki do 4—6 roku życia; krzywicy w Japonii nigdy nie widziano.

Epidemija cholery dość gwałtowna zeszłego lata, ograniczyła się wyłącznie prawie do krajowców; w ciągu jednego tygodnia chorowało 400 osób. Na cholere umarło przez cały rok tylko 2 europejczyków.

(*Progr. med. Nr. 7, 1883*).

Mianowania.

— **Docentem** kliniki położniczej w Kijowie na miejsce SCHWARTZ'A, został TOŁOCZINOW.

— Prof. M. SCHULLER z Gryfii, znany z prac swych nad chorobami stawów, — otrzymał 27-go z. m. „veniam docendi“ na uniwersytecie berlińskim, wygłosiwszy rzecz: „O powstawaniu zapaleń stawowych.“

(*Berl. klin. Woch. Nr. 6, 1883*).

Nekrologija.

— **W Berlinie** umarł 25 z. m. Prof. Dr. ALBRECHT, zaraziwszy się od chorego przymiotem.

— **Odpowiedzi od Redakeyi.** — *Dr S., w Sandomierzu.* Oleum sesami otrzymuje się z nasienia rośliny *Sesamum orientale*, rosnącej dziko w Chinach, Japonii, Rossyi południowej, Kaukazie i Krymie. Nasiona zawierają 45% tłuszczu, który działa jak inne tłuszcze, a ma nad niemi tę przewagę, iż nie jełczeje; specyficznego działania rozwalniającego nie wywiera.