

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija doświadczalna.

324. ONIMUS. **Badania fizjologiczne i patologiczne nad elektryzacyjną i kurczliwością macicy.** (*Arch. gén. de Med. Juin 1883*).

Przy badaniu kurczliwości macicy pod wpływem elektryczności, pamiętać należy, że macica składa się z włókien gładkich, które inaczej się kurczą niż włókna prążkowane.

Każdy mięsień prążkowany jakiegokolwiek okolicy ciała, oddziaływa jednakowo, gdy tymczasem mięśnie gładkie kurczą się inaczej, stosownie do czynności narządu, w którym są zawarte.

Za pomocą metody graficznej można wykazać, iż narządy rurkowate, jak np.: kiszki, kurczą się szybko, przeciwnie zaś jamiste (pęcherz, macica) powoli, przy czem okres kurczenia trwa dłużej, niż okres powrotu do spoczynku. Kurczliwość narządów o gładkich włóknach mięśniowych bywa silniejszą, gdy takowe są napełnione jakąkolwiek zawartością; natomiast próżny pęcherz lub kiszkę, bardzo trudno do skurczu pobudzić.

Dembo, który robił doświadczenia na królikach, a więc na zwierzętach, żyjących w zupełnie odmiennych, niż człowiek warunkach, znalazł, iż macica kurczy się łatwiej przy działaniu bezpośrednio na zwoje nerwowe; że wreszcie królik posiada w przednim sklepieniu pochwowem zwoje, których drażnienie prądem wywołuje mocne skurcze macicy.

Różnice kurczliwości odpowiednio do stanu fizjologicznego macicy. Prądy indukcyjne działają silniej na włókna prążkowane, prądy stałe na gładkie. Stwierdził

to już dr. Helot; zauważył on mianowicie u pewnej chorób z przewlekłym zapaleniem macicy i powiększeniem jej objętości, że czopek, zatykający ujście maciczne, wysuwał się w chwili zamykania prądu; prąd indukcyjny dawał skurcze daleko mniej wyraźne. Po 6 tygodniach galwanizowania (co drugi dzień), owrzodzenie na szyjce zagoiło się, śluz przestał się wydzielać, objętość macicy się zmniejszyła, a bóle prawie w zupełności ustąpiły.

W doświadczeniu na suce robionem, autor przekonał się, że: prąd zstępujący rozszerza i rozluźnia natychmiast szyjkę, a powstrzymuje skurcze ciała macicy; przeciwnie zaś, wstawiwszy biegun ujemny do pyska, a dodatni do pochwy, otrzymał skurcz ciała macicy. Takie same różnice przy zmianie kierunku prądu dają wszystkie te narządy, które pomiędzy gładkimi włóknami mięśniowemi, posiadają zwoje nerwowe, a zatem kiszki i t. p.

Poród. Już w początkach naszego wieku Berthelon i Herder stosowali elektryczność celem wywoływania lub wzmacniania porodowych skurczów macicy.— W roku 1852 Radford, porównyując działanie elektryczności i sporyszu, oddaje pierwszeństwo pierwszej. Taką wartość dodatnią przypisują elektryczności Saint-Germain, Thorens i inni.

Akuszerowie bardzo mało posilkują się elektrycznością, a to:

- 1) z powodu uzasadnionej dążności, aby o ile można najmniej przeszkadzać macicy w wykonywaniu jej pracy naturalnej przy porodzie.
- 2) z powodu małej wartości praktycznej lub też niebezpieczeństwa, wynika-

jącego z nieumiejętnego stosowania pewnych rękoczynów.

Nie małą rolę gra kształt elektrodów, na co już zwrócono uwagę w siódmym wydaniu akuszeryi Coseaux. Niezupełnie celowi odpowiadają przyrządy Duchenne'a de Boulogne, oraz Apostoli'ego, po bliższy opis których odsyłamy czytelnika do oryginału.

Do prądów indukcyjnych używać można jakichkolwiek reoforów, tylko należy co pół minuty przerywać prąd na kilka sekund.

Ponieważ strumień stały działa przede wszystkim na układ zwojowy, nie trzeba nigdy obu razem elektrodów umieszczać wewnątrz macicy, nawet gdy takowa jest próżna. Rosental radzi postępować przeciwnie, t. j.: jedną elektrodę, dłuższą wprowadzić do wnętrza macicy, drugą pomieścić na miejscu zewnętrznym szyjki.

W samej rzeczy w celu wywoływania odczynu miejscowego rękoczyn taki ma pewną zasadę; jednakże, gdy działamy wprost [na ośrodek nerwowy, otrzymujemy działanie bardziej rozległe i silniejsze.

Dla przyspieszenia skurczu Radford stawia jedną elektrodę na szyjce, drugą na brzuchu na wysokości dna macicy.— Barnes stawia jedną na kręgosłup, drugą na okolicy żołądka; Mackenzie obiedwie elektrody umieszcza na górnej części kręgosłupa.

Autor w przypadkach powolnego lub nieprawidłowo postępującego porodu, radzi zastosować na okolicę lędźwiową kręgosłupa, strumień stały o 30—40 elementach w przeciągu 10—15 minut.

Poród przedwczesny. Dotychczas wartość elektryczności celem wywołania sztucznego porodu nie była jeszcze dostatecznie ocenioną. Większość nowszych badaczy nie wierzy w skuteczność takowej, autor jednak przypisuje prądom zwłaszcza stałym wielkie znaczenie. Jakkolwiek autor nie ma własnych spostrzeżeń, sądzi

on jednak, że w razie gdy ujście maciczne jest już nieco rozwartem sztucznie, należy biegun ujemny doń wprowadzić, biegun zaś dodatni na ostatnie kręgi grzbietowe postawić. Użyć można 35—50 elementów. Posiedzenie ma trwać 5—6 minut, z przerywaniem strumienia, a galwanizację powtarzać należy 3—4 razy dziennie.— W przestankach między jednym a drugim posiedzeniem autor umieszcza obadwa reofory na lędźwiach, a to w celu podrażnienia ośrodka nerwowego.

Zboczenia i zapalenia macicy. Odnosne spostrzeżenia są niezmiernie rzadkie. Tyler Smith'owi udało się wydalić za pomocą strumienia elektrycznego z macicy i następnie podwiązać polip, którego innym sposobem nie był w stanie pochwytać. W drugim przypadku zdołał wydalić z macicy hydantidy.

Przy *skrzywieniach macicy* autor dodatknych wyników nie otrzymał. Mimo to Tripier podnosi tu korzystny wpływ faradyzacji; ujemny biegun stawia na szyjce macicznej, dodatni zaś na okolicy przedbrzusznój, w odbytnicy lub pęcherzu przy pochyleniach i zgięciach, — a na okolicy pachwinowej przy opadnięciach lub opuszczeniach macicy. Należy przytem pamiętać o dwóch warunkach:

1) elektryzować macicę stopniowo zaczynając od prądów słabych.

2) macica winna zachować swą ruchliwość i reofor wewnętrzny nie powinien przekraczać po za ujście wewnętrzne szyjki macicznej.

Prąd, który ręka nasza dobrze czuje, może nie być odczuwanym przez macicę; ostatnia znosi łatwo dość mocne prądy.— Mówi się tu tylko o strumieniu przerywanym. Tripier faradyzuje przez 3 minuty codziennie; jedna elektroda na szyjce, druga w odbytnicy przy przodozgięciu i przodopochyleniu, a w pęcherzu przy tyłozgięciach i tyłopochyleniach. Rękoczyn ten jednak połączonym bywa z wieloma przykrościami dla chorój.

Podług autora faradyzacja tam tyl-

ko wpływa na polepszenie, gdzie obok zboczenia macicy istnieje zastoina; ulga ta jednak następuje nie skutkiem miejscowego wpływu elektryczności na włókna mięśniowe macicy, lecz w skutek polepszenia ogólnego stanu choréj, autor bowiem kilkakrotnie już zwracał uwagę, że kurczliwość *próbnéj* macicy, odgrywa rolę bardzo podrzędną.

Co się tyczy przewlekłych zapaleń macicy, to ze względu, iż takowe polegają na zaburzeniach w krążeniu, zwłaszcza w obec obfitości naczyń krwionośnych i limfatycznych, jesteśmy w stanie leczyć jedynie *niektóre* zapalenia.

Przekrwienie jajników, oraz błony śluzowej macicy. W jajniku i błonie śluzowej macicy, istnieją zupełnie inne warunki, niż w włóknach mięśniowych. Przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czy należy działać na macicę przed czy po miesiączce?

Skoro pragniemy wpływać na stany zapalne jajników, lub na nerwobóle maciczo-jajnikowe, trzeba używać strumienia stałego bezpośrednio przed nastąpieniem i podczas trwania miesiączki. Autor zawdzięcza wskazanie to pewnéj choréj z włóknakiem macicy, która, przekonawszy się, iż elektryzacja wpływa u niéj na zmniejszenie obfitości krwawienia miesiączkowego, prosiła, aby ją galwanizowała w czasie trwania regularności.

Wskazanie to dotyczy głównie nerwobólów jajnikowych, oraz zaburzeń miesiączkowych. Galwanizację rozpoczyna się na 4 — 5 dni przed spodziewaną miesiączką i stosuje się ją przez cały czas takowéj. Zazwyczaj autor brał 30—40 elementów; biegun dodatni na kręgosłup, ujemny na brzuch w okolicy jajnikowéj; dodatni zwolna posuwa się od kręgow szyjnych ku dołowi, aż do ostatnich grzbietowych.

Powyższy sposób można i u młodych dziewcząt z łatwością zastosować; bolesność podczas miesiączkowania zmniejsza się, odpływ krwi, będąc w pierwszych

dwóch dniach obfitszym, trwa krócej i nie towarzyszą mu upławy.

Włóknaki macicy. Prąd stały w ostatnich czasach często był używanym dla wydalenia włóknaków.

Dr. Brachet, oraz autor w trzech przypadkach nowotworów macicy obserwowali, jeśli nie miejscową, to niewątpliwie ogólną poprawę po kilkoletniem galwanizowaniu.

Częste parcie na mocz zmniejszało się; chore doznawały znakomitéj ulgi w brzuchu, pomimo, iż objętość włóknaka pozostawała też sama.

Strumień stały zmniejsza utratę krwi; na dowód autor przytacza opis pewnej choréj u której miesiączka zawsze trwała przez 15 dni, po galwanizacji nastąpiła redukcja do czterech tylko. Przeciwnie u kobiet, skąpo miesiączkujących, ilość krwi się powiększa.

Gollard i Pegond nie otrzymali tak pomyslnych wyników, gdyż używali zazwyczaj 5—9, a najwyżej 15 elementów tylko. Autor brał z dobrym skutkiem i bez żadnéj szkody dla ustroju do 62 elementów! Dodatni biegun stawia na okolicy łądzwiowéj, a ujemny po nad spojeniem łonowem. Galwanizację rozpoczyna z chwilą pojawienia się miesiączki i stosuje takową przez czas jej trwania i jeszcze 3—4 dni później. Ilość elementów może być jak największą, byleby ich działanie chemiczne było słabem; można więc brać do 60 elementów Daniela. *Pacanowski.*

II. Medycyna wewnętrzna.

325. Prof. POFICK. **Haemoglobine-mia i jej skutki.** (*Berl. kl. Woch.* 1883 r. Nr. 26).

Istnieją pewne jady (kwas pyrogalloy, arsenowodór, chlorek potasowy),—wpływające na rozkład morfologiczny krwi,—w ten mianowicie sposób, iż wydzielają barwnik krwi (haemoglobinę) z krążków. Z chwilą jak barwnik ten mięsza się z surowicą, przybiera on wła-

sności trujące dla ustroju. Stan taki P. nazywa „Haemoglobinaemia”.

Najdokładniej badać można wpływ barwnika, wprowadzając bezpośrednio do żył bądź krew zamrożoną, bądź czysty roztwór haemoglobiny.

Haemoglobina wydziela się z krążków w sposób dwojaki: albo krążki rozpadają się na drobne cząstki, a barwnik swobodnie pływa w osoczu; albo też krążki pozostają nienaruszonymi, tylko są pozbawione barwnika.

Z pomiędzy różnych objawów, następujących po takiej sprawie rozpadowej, pierwsze miejsce zajmuje obecność barwnika krwi w moczu (haemoglobinuria); krążków wcale tu nie znajdujemy. Jednakże zjawisko to wcale nie jest stałym, nie zawsze bowiem barwnik w moczu znajdujemy; tym sposobem rozpatrywać możemy dwie formy: haemoglobinaemii z barwnikiem w moczu i bez takowego.— Postulat ten jest niezmiernie ważnym, ponieważ dotychczas poczytywano haemoglobinurję za oddzielną postać chorobową, tymczasem jest to tylko objaw.

Celem wydalenia jadu na zewnątrz ustrój używa rozmaitych dróg i sposobów. Cząsteczki, z rozpadu krążków powstałe, nagromadzają się w śledzionie, natomiast barwnik, wydany z całych krążków,—w wątrobie. Tym sposobem szybko powstaje obrzmienie śledziony w pierwszym razie; stan taki nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa, a śledziona szybko do stanu prawidłowego powraca.

Daleko gorzej jest w razie, jeśli barwnik rozpuszcza się w surowicy i do wątroby się dostaje.

Wówczas żółć zawiera bardzo znaczną ilość barwnika, co się uwydatnia ciemno brunatnym zabarwieniem stolców. Lecz żółć jest zdolną zatrzymać w sobie tylko pewną maksymalną ilość barwnika krwi $\frac{1}{60}$ ogólnej masy hemoglobiny), nadmiar zaś pojawia się w moczu.

Pod wpływem hemoglobiny mięsz

nerek ulega zmianom chorobowym; kanałki moczowe zostają zatkane osadem, złożonym z komórek i ziarenek, pochodzących bądź z naczyń kłębków, bądź z nabłonka kanalików skręconych. Tym sposobem powstać może bezmocz (anuria) i śmierć zaraz pierwszego dnia.

Z powyższego wynika, iż należy trzy postaci haemoglobinaemii odróżniać:

a) W najłżejszej formie przyjmuje udział tylko śledziona i wątroba.

3) W wyższym stopniu znajdujemy hemoglobinę w moczu, lecz zatkanie kanalików jest bardzo nieznaczne i można takowe usunąć zwykłymi środkami moczopędnymi.

c) W najcięższej formie ciśnienie w kłębkach Malhighi'ego, nie wystarcza do wypchnięcia zatyczek z kanalików, co powoduje zejście śmiertelne.

Pozostaje jeszcze objaśnić *żółtaczkę*, napotykaną często przy haemoglobinaemii. Powstaje wtedy, gdy dany jad wydzielił z krążków zbyt wiele barwnika, t. j.: więcej niż go mogą w danej chwili wydalic ze krwi wzmiankowane trzy narządy (śledziona, wątroba, nerki). Hemoglobina natenczas przechodzi w Methaemoglobinę, a następnie w barwnik żółciowy. Wydalenie owego barwnika ze krwi jest tembardziej utrudnionem, że nerki są w znacznym stopniu niedrożne. Ztąd wynika, iż żółtaczka stanowi nader ważne powikłanie wyżej wzmiankowanego cierpienia.

Pacanowski.

326. ZIEMSSSEN. **Sztuczne wzdęcie кишки grubiej, jako środek rozpoznawczy i leczniczy.** (*Die künstliche Gasauflähmung des Dickdarms zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.* (D. Arch. f. klin. med. T. 33 Z. 3 i 4—1883.

Sztuczne wzdęcie кишки grubiej wywołuje się przez wprowadzenie do odbytnicy roztworu sody i kwasu winnego za pomocą lejka Hegara.

W tym celu dla dorosłego wystarcza 20,0 natri bicarbonici i 18,0 acidi tartarici. Ziemssen radzi nie wlewać odrazu

całej ilości roztworów, lecz po trochu co kilka minut, gdyż w przeciwnym razie wskutek szybkiego wywiązywania się kwasu węglowego rozszerzenie kiszki jest tak gwałtowne, iż sprawia choremu nieznośne bóle.

W celach rozpoznawczych, sztuczne wzdęcie kiszki grubej, ma bardzo ważne znaczenie, ponieważ pozwala nam za pomocą opukiwania, obmacywania, a nawet i za pomocą wzroku określić położenie, postać i wielkość okrężnicy. Służy więc ono do rozpoznawania wrodzonych i nabytych zmian w położeniu okrężnicy, jej zwężeń, chorobowych połączeń z innymi narządami (z żołądkiem z pęcherzem), jakoteż do rozpoznania zrostów otrzewnowych, (po zapaleniu otrzewnej) i zmian w postaci kiszki.

Za pomocą tej metody nie tylko możemy rozpoznać zwężenie okrężnicy, ale co ważniejsze, jesteśmy w możności dokładnie określić stopień, miejsce i rozciągłość zwężenia. Chorobowe połączenia okrężnicy z innymi narządami rozpoznaje się w ten sposób, że wprowadziwszy roztwory burzących proszków do odbytnicy, bardzo mało się wzdyma okrężnica, lecz za to zaczyna się gaz wydobywać przez jamę ustną (połączenie z żołądkiem), lub zbiera się on w pęcherzu (przy istnieniu przetoki okrężniczo-pęcherzowej), rozciągając go do kolosalnych rozmiarów.

Autor chciał też zastosować sztuczne wzdęcie do rozpoznawania chorób kiszek cienkich, ale to okazało się dotychczas przynajmniej, niemożliwym. Tak na trupach, jak i na żywych ludziach, Z. przekonał się, że przez zastawkę Bauhin'a albo wcale z kiszki grubej gaz nie przechodzi, albo jeżeli przechodzi (przy nadzwyczajnym rozumie się ciśnieniu) to w bardzo małej ilości. Dla osłabienia zastawki Bauhin'a, autor posiłkował się też usypianiem chorych za pomocą chloroformu. Tego rodzaju doświadczeń wykonał bardzo wielką ilość i przekonał się, że wprawdzie po zachloroformowaniu zasta wka

Bauhin'a nieco więcej gazu przepuszcza, lecz w każdym razie nie taką ilość, jaka jest potrzebna do dostatecznego wzdęcia kiszki cienkiej.

Z. jednak zachęca do dalszych w tym kierunku poszukiwań z powodu ważnego znaczenia tej metody pod względem rozpoznawczym i leczniczym.

Co do znaczenia leczniczego, to sztuczne wzdęcie kiszki grubej, znajduje zastosowanie:

1) przy silnych zaparciach stolca, zwykłych, lub wskutek zwężeń.

2) przy zmianach w położeniu kiszki, przy zgięciach, skręceniach, uwięzieniach.

Kwas węglany pobudza ruch robaczkowy kiszek silniej, niż jakiegokolwiek do odbytnicy wprowadzone płyny. Nadto gaz może łatwiej przejść przez miejsce zwężone, niż płyn, skutkiem tego łatwiej może pobudzić do skurczenia część kiszki leżącą nad zwężeniem. Dla pobudzenia ruchu robaczkowego nie należy używać wielkich ilości proszków burzących, 10—12 grm. sody i trochę mniej kwasu winnego najzupełniej w tym celu wystarcza.

Przy zgięciach, skręceniach i t. p., nagle i w wielkiej ilości wywiązujący się gaz wyprostowuje kiszki i nadaje jej właściwe położenie.

Przeciwwskazania do zastosowania tej metody rozpoznawczej i leczniczej, są według autora bardzo nieliczne. Takiemi mianowicie są tyfusowe i gruźlicze wrzody kiszek. Inne owrzodzenia, mianowicie rakowe i t. zw. kałowe—przeciwwskazania, według spostrzeżeń Z., nie stanowią. Tembardziej u zdrowego nie należy się obawiać pęknięcia kiszki, gdyż okrężnica może być rozdęta do kolosalnych rozmiarów, bez najmniejszego dla zdrowia uszczerbku. *M. Rejchman.*

327 Dr. L. LEWIN. **Badania nad chemicznym i farmakologicznym działaniem liści mącznicy lekarskiej.** (Folia Uvae Ursi) oraz arbutyny. (*Virchow's Archiv B. 92—H. 3.*)

Jakkolwiek liście mącznicy lekarskiej przeszło od stu lat znajdują zastosowanie w terapii, jednakże działanie ich na ustrój zwierzęcy i zmiany jakim ulegają w samym organizmie, mało były dotąd zbadane.

Przypisywano im szczególną własność rozpuszczania kamieni moczowych, oraz leczenia spowodowanych przez te ostatnie zaburzeń.

Wkrótce jednak przekonano się, że mącznica takiej specyficznej własności nie posiada, stwierdzono jednak że skutecznie oddziałują na pewne zmiany patologiczne w drogach moczowych zwłaszcza nieżytywej natury.

Z tego powodu liście mącznicy lekarskiej od początku niniejszego stulecia były i są używane przy nieżycie nerek, pęcherza, cewki moczowej i pochwy.

Prócz tego używano ich z dobrym skutkiem dla wstrzymania krwotoków z dróg moczowych (J. Frank).

Bright zalecał je jako środek moczopędny w chorobie swego imienia w celu oddalenia skrzepów zatykających kanały moczowe, jako też zapobieżenia tworzeniu się nowych. Następnie miały one zmniejszać ilość kwasu moczowego i moczanów w moczu. Nawet na oddalone, nieżytem zajęte organy, jakoto na płuca miały oddziaływać, zmniejszając wydzielinę.

Harris znów podaje, że użył z pomyślnym skutkiem odwaru mącznicy dla wywołania silnych bólów porodowych w celu wypędzenia dziecka i łożyska.

Oprócz tych doświadczeń terapeutycznych, robiono też liczne poszukiwania chemiczne, dzięki którym części składowe mącznicy, dokładnie zostały zbadane.

Liście mącznicy zawierają *garbnik* (Tannin)—według Meissnera $\frac{1}{3}$ swój wagi—*kwas gallusowy*, *Urson* ciało krystaliczne w postaci bezbarwnych błyszczących igiełek i glukosid *arbutyne*.

Tę ostatnią uważa autor za najważniejszą część składową liści mącznicy. Arbutyna przedstawia się pod postacią bez-

barwnych słupeków -- łatwo rozpuszczalnych w wodzie, trudniej w wysoku i nierozpuszczalnych w eterze. Smak jej jest gorzki.

Przy gotowaniu jej roztworu z rozcieńczonemi kwasami, arbutyna rozpada się na cukier, methylhydrochinon i hydrochinon ¹⁾.

Autor zaznacza niektóre dotychczas nieznanne własności arbutyny, jako to:

1) Wodny roztwór tej substancji, nie redukuje alkalicznego roztworu miedzi, ani amoniakalnego roztworu srebra. Ta własność występuje dopiero wtedy, gdy arbutyna rozszczepia się na cukier i hydrochinon. Oba te ciała posiadają własność tworzenia tlenku miedzi z tlenku miedzi.

2) Arbutyna nie fermentuje, gdy roztwory jej rozcierane z drożdżami, wystawić na temperaturę sprzyjającą fermentacji.

3) Posiada, jak autor skonstatował, *własność odchylenia płaszczyzny polaryzacji na lewo*; własnością tą posiłkował się Lewin, dla wykrycia arbutyny.

4) *Hydrochinon pod względem optycznym nie okazuje żadnego działania.*

5) *Węgiel z kości lub roślin ogrzewany, lub kłócony z roztworami arbutyny, nie zatrzymuje tej ostatniej.*

Obznajmienie się z temi własnościami arbutyny pobudziło autora do baczniejszego zajęcia się działaniem tego leku.

Dzięki doświadczeniom, wykonanym przez kandydata medycyny Behrenda już to na zwierzętach, już to na własnej osobie, autor zbadał:

¹⁾ Autor otrzymał hydrochinon wprost z liści *Uvae Ursi* w sposób następujący: odwar z liści strącił zasadową solą octanu ołowiu, następnie przesączynę za pomocą siarkowodoru uwolnił od nadmiaru ołowiu, a powstałą zgęszczoną przesączynę gotował przez dłuższy czas z rozcieńczonym kwasem siarczanym. Z powstałego w ten sposób ciemnobrunatnego roztworu za pomocą eteru wyciągnął hydrochinon, który po oddaleniu eteru, wystąpił w formie pięknych kryształów.

1) działanie i los arbutyny w ustroju zwierzęcym.

2) zachowanie się liści *Uvae Ursi* w organizmie zwierzęcym i 3) zdołał określić najdogodniejszy sposób przepisywania liści mącznicy oraz arbutyny.

Działanie arbutyny.

Działanie jej badał po raz pierwszy na samym sobie JABŁONOWSKI. Zażywszy około 18 grm. w ciągu 48 godzin, nie zauważył żadnej zmiany w ogólnym stanie zdrowia. Mocz, wkrótce po zażyciu oddawany, był z początku normalnej barwy, po pewnym czasie wszakże stawał się zielonawym. Półtorachlorek żelaza dawał niebieskawy osad, przy gotowaniu stawał się ciemnobrunatnym. Hydrochinonu jednak Jabłonowski tam nie wykazał.

HUGHES przepisał wewnątrz 0,069 i obserwowował tylko zwiększoną diurezę.

SCHROFF nie widział żadnego działania po zażyciu 0,1—0,5 g.

W nowszych czasach v. Mehring, przekonał się, że hydrochinon *resp.* methyhydrochinon występuje w moczu, w formie parzystego połączenia (*Hydrohinon schwefelsäure*).

Autor w kwestyi arbutyny postawił sobie 2 pytania:

1) Czy przy wstrzykiwaniu podskórnem, lub wewnętrznem użyciu wszystka arbutyna się rozszczepia, czy też tylko część jęj?

2) Od czego zależy pociemnienie moczu oddawanego po zażyciu arbutyny i czy mocz ten żadnych innych zmian nie przedstawia oprócz zmiany barwy?

Doświadczenia, robione były na królikach, którym wstrzykiwano pod skórę wodny roztwór arbutyny i badano ogólny stan zwierzęcia, jak i stan oddawanego przezeń moczu.

Po wstrzyknięciu 0,5 grm. wodnego roztworu nie zauważono żadnej zmiany w ogólnym stanie; oddany po 12 godzinach mocz, przyjmował barwę zielonawą tylko w powierzchownych warstwach,

znajdujących się w bezpośrednim z powietrzem zetknięciu, podczas gdy reszta pozostała żółtą. Kryształów hydrochinonu wykazano bardzo tylko nieznaczną ilość.

Po zastrzyknięciu temuż królikowi 1,0 grm. arbutyny, mocz po upływie 24 godzin, przyjmował również w górnych warstwach oliwkowozielonawą barwę i odchyłał płaszczyznę polaryzacji na lewo kryształy hydrochinonu udało się doskonale otrzymać za pomocą eteru. Po zastrzyknięciu innemu królikowi 2,0 grm. wodnego roztworu arbutyny, nie zauważono również żadnych chorobliwych objawów. Oddany po 8 godzinach nieco mętny mocz odchyłał płaszczyznę polaryzacji na lewo.

Nakoniec, po wprowadzeniu 3 grm. do żołądka za pomocą elastycznego kateteru, zwierzę zdechło po 10 godzinach. Następnego rana znaleziono w pęcherzu 70 ctm. brunatnawozielonego moczu, odczynu alkalicznego i odchyłającego płaszczyznę polaryzacji na lewo. Znaleziono też zjawiska zapalne na błonie śluzowej żołądka. Nerki były normalne.

Drugie doświadczenie, w którym użyto 2,5 gram., dało pod względem moczu podobny rezultat. Odchylenie na lewo wynosiło 2°, zwierzę pozostało przy życiu.

Powyższe doświadczenia przekonały autora, że jak przy podskórnem tak i przy wewnętrznem stosowaniu, arbutyna rozpada się podobnie, jak od gotowania jej z kwasami, lub od działania emulsyny.— W krótkim czasie pojawia się w moczu substancja przyjmująca barwę żółtozielonawą, którą uważać należy za hydrochinon.

Zmiany w moczu spowodowane przez hydrochinon były już dawniej nieraz obserwowane i opisywane.

STEFFEN u dzieci, którym zadawano hydrochinon, spostrzegał na pieluszkach plamy, które przyjmowały z początku kolor niebieskawy, później czerwony, nakoniec brudno-brunatny.

W nowszych czasach Seifert zauważył, że barwa moczu świeżo oddanego zależy od dawki hydrochinonu i ilości moczu. — Po 12—24-godzinnem staniu, mocz ciemnieje i przybiera odcień brunatny.

Analogiczne zabarwienie moczu występuje po wprowadzeniu do ustroju kwasu karbolowego. — Bauman i Preusse, tłumaczące również tworzeniem się hydrochinonu, który jak pokazały badania nad moczeniem karbolowem (carbolharnen), częścią związany jest z kwasem siarczanym (Hydrochinonschwefelsäure), częścią zaś przechodzi w pewne nieokreślone, dalsze produkty utlenienia. Ciemne zabarwienie przy moczeniu karbolowem, następuje w skutek rozszczepienia się powyższego połączenia (Hydrochinonschwefelsäure) i utleniania hydrochinonu.

Utworzony z arbutyny hydrochinon, zachowuje się analogicznie i wydziela się w podobnej formie (Hydrochinonschwefelsäure).

Nie wszystkie jednak wprowadzona do ustroju arbutyna rozpada się na cukier i hydrochinon. Z przytoczonych doświadczeń okazało się, że już po przyjęciu stosunkowo małych ilości arbutyny znajdowano tę ostatnią w moczu, gdzie można ją było wykazać na mocy własności odchylenia płaszczyzny polaryzacji na lewo.

Co się tyczy trującego działania arbutyny, to takowe zależy od ilości wytworzonego hydrochinonu. Zdaniem Briegera, trujące działanie dihydrobenzoleń w ogóle, a zwłaszcza hydrochinonu jest większe u zimnokrwistych niż u ciepłokrwistych.

U człowieka jako objawy otrucia obserwowano: zawrót głowy, szum w uszach, oddech przyśpieszony, puls mały i rzadki; do tego przylączają się czasem ogólne dreszcze i sinica.

Takie skutki jednakże prawie wcale nie następują od arbutyny, gdyż z niej tworzy się nieszkodliwe połączenie (Aetherschwefelsäure). Tylko w tym razie gdyby rozpad odbył się w organizmie (pe-

cherzu), mogłaby rzeczywiście nastąpić rezorbcja hydrochinonu, ale w tak nieznacznej ilości, iż zdaniem autora *arbutynę uważać można za substancję nieszkodliwą*. Pozostałe produkty utleniania (tworzące się obok rzeczonyj „Hydrochinon schwefelsäure”), zostały dotąd bardzo mało zbadane.

Działanie liści Uvae Ursi.

Starając się wyjaśnić terapeutyczne działanie mącznicy, autor musiał rozpatrzyć zawarty w każdym odwarze obficie *kwas garbnikowy*, jako też *arbutynę* resp. tworzące się z niej produkty: hydrochinon lub t. zw. „Hydrochinonschwefelsäure” i wyższe połączenia z tlenem.

Szczególną uwagę przytem musiał zwrócić na mocz dla przekonania się czy zawarta w odwarze arbutyna uległa rozpadowi, o czem mógł wnioskować z własności odchylenia płaszczyzny polaryzacji.

Zwierzęta otrzymywały odwar z 900 gm. fol. Uvae Ursi na 1000 gm. wody. mocz badano przed doświadczeniem i po takowem.

Dużemu królikowi wprowadzono do żołądka za pomocą kateteru 40 ctm. powyższego odwaru—po 4 godzinach mocz oddany był mętnawy—od półtorachlorku żelaza stawał się ciemnoniebieskim i odchyłał płaszczyznę polar. na 5,6°; strąca nieco tlenku miedzi z alkalicznego roztworu miedzi.

Takiż rezultat dało wprowadzenie podobnej ilości odwaru do żołądka innego królika.

Innemu znowu królikowi wprowadzono w podobny sposób 50 ctm. Następnego dnia mocz posiada odczyn alkaliczny, kolor oliwkowozielony, redukuje alkaliczny roztwór soli miedzianej,—z półtorachlorkiem żelaza daje ciemnoniebieski osad (garbnikan żelaza); po strąceniu octanem ołowiu i odfiltrowaniu osadu, przesączyna silnie odchyła płaszczyznę polaryzacji.

Podobne rezultaty dały i inne doświa-

dczenia, z czego okazało się, że po zażyciu odwaru z liści mącznicy zawarty w nim garbnik przechodzi do moczu.

Prócz tego w moczu występuje pewna redukująca substancja, którą ze względu na jej własności, uważać należy za hydrochinon (redukcja następuje i po wstrząsaniu przesączyny z węglem, co wyłącza taninę).

Nakoniec mocz zawiera jeszcze substancję odchylającą płaszczyznę polaryzacji na lewo, to jest nierozszczepioną arbutynę.

Autor zauważył jeszcze, że mocz oddawany po zażyciu mącznicy, bardzo prędko przyjmuje odczyn alkaliczny, zwłaszcza u człowieka. Kandydat Behrend przyjął w dwóch dawkach co pół godz. odwar 60,0 grm. folia Uvae Ursi na 130 wody. Mocz oddany we 4 godziny później miał odczyn alkaliczny, barwę nieco ciemną, — z półtorachlorkiem żelaza dawał ciemnoniebieski osad, zredukował alkaliczny roztwór soli miedzianej i odchylał silnie płaszczyznę polaryzacji na lewo. — W 2 godziny później B. oddawał mocz powtórnie, i ten już miał odczyn kwaśny, nie odchyła płaszczyzny polaryzacji wcale, przy długim staniu ciemniał. Naza jutrz rano mocz był normalny.

Od czego zależy odczyn alkaliczny moczu niewiadomo. Być może że od związania kwasu przez hydrochinon.

Pociemnienie moczu po przyjęciu fol. Uvae Ursi, zależy od hydrochinonu, choć, jak praktyka uczy, nie zawsze występuje.

Fakt pociemnienia moczu zauważył też Betz, i przypisywał go przechodzącemu do uryny garbnikowi, który przy staniu zwłaszcza w roztworze alkalicznym, przyjmuje rozmaite odcienie do ciemnobrunatnego, zdaniem autora ostatnia okoliczność może przyczyniać się do ciemnienia moczu, ale właściwymi barwnikami ciemnymi są produkty utlenienia hydrochinonu, za dowód czego służyć może wi-

doczne pociemnienie moczu, występujące pomimo wstrząśnienia świeżej uryny z węglem, przez co garbnik zupełnie się oddała.

Co się tyczy pytania od czego zależy działanie lecznicze mącznicy, np. przy nieżycie pęcherza, to jakkolwiek autor przyznaje pewne znaczenie ściągającej własności przechodzącego do moczu garbnika, wszelako przypisuje mu drugorzędną rolę, gdyż nawet dość stężone roztwory taniny mało wpływają na nieżyt pęcherza; natomiast autor uważa hydrochinon za substancję, która zjednała liściom mącznicy sławę specyfiku od nieżytku pęcherza, gdyż środek ten posiada przeciwnilne i przeciwgorączkowe własności.

Już 1-procentowy roztwór hydrochinonu wstrzymuje gnicie białka i fermentację wysokową.

Brieger używał z korzyścią i — 2% roztwór hydrochinonu przy rzeżączce (wstrzykiwanie). — Używano go też jako środka przeciwnilnego do opatrunku przy ropnych procesach w rogówce. — Forster również wychwalał przeciwnilne działanie tego środka. Tak więc podług autora:

Działanie lecznicze liści mącznicy polega na antyseptycznej i pobudzającej własności hydrochinonu.

Przepisywanie mącznicy lekarskiej. Zbadawszy działanie arbutyny i liści mącznicy, autor stawia pytanie czy dotychczasowy sposób przepisywania mącznicy w odwarze jest racjonalnym? Na pytanie to zdaniem autora można tylko w części twierdząco odpowiedzieć, gdyż zwykle dawki są zbyt małe. Dlatego autor radzi podawać 30—50—80 grm. na 180 col. (unc. 1—unc. 2½ na unc. 6). Mogą tu wprawdzie nastąpić nudności, wymioty etc., ale to wszystko sprawia zawarta w odwarze tanina, którą można oddalić przez klócenie z węglem. Można przepisać:

Rp. Decoct. fol. Uvae Ursi

30—50: 180

Agita c. carbone vegetab.

q. s. ad. remov. Ac. tannic.

Filtra S.

Jako środka tańszego i wygodniejszego radzi autor używać roztworu samej arbutyny, która znajduje się w handlu i łatwo może być przyrządzoną. Przepisać ją można w proszku lub płynie:

Rp. Arbutini 1,0

Sacchari 0,5

F. pulv.

Rp. Arbutini 5,0

Aq. destill. 100,0

S. zależy od wypadku.

Arbutyna nie może być zastąpiona przez hydrochinon, gdyż owo rozszczepienie się jej, które może odbywać się w samym locus affectus, np.: pęcherzu, jest bardzo ważne.

Podane przez autora rady, co do używania liści mącznicy, wymagają jeszcze rozległych doświadczeń klinicznych.

B. Polikier.

III. Choroby nerwowe.

328. Ernest STADELMANN. **Przyczynek do patologii i anatomii patologicznej cierpienia rdzenia kręgowego.** (*Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Rückenmarkserkrankungen*). *Deutsches Archiv für klinische Medizin* 4 maja 1883.

1) *Przypadek zwyrodnienia pęczków bocznych z zanikiem mięśni.* (*Ein Fall amyotrophischer Seitenstrangdegeneration*).

Kobieta 58-letnia, od dzieciństwa słabowita, chorób nerwowych, ani też innych nie przeżywała.

Cierpienie obecne rozpoczęło się w r. 1878 od zawrotów głowy. W następnym roku, uczucie ściągania w kończynach dolnych, chód utrudniony; osłabienie obu kończyn. Objawy te wzmagaly się stopniowo, a jednocześnie słabnąć zaczęły i

kończyny górne: naprzód lewa potem prawa.

We dwa lata później, słabe kloniczne drgania mięśni łydkowych, następnie sztywność kończyn dolnych.

Od początku choroby uczucie mrówkowania wszędzie, przeważnie w kończynach dolnych; bóle podobno w ostatnich czasach dopiero się pojawiły.

Mowa od początku choroby utrudniona, w końcu wymawianie zupełnie nie możliwe. Łykanie płynów utrudnione.—Wzrok i słuch bez zmiany. Wydzielanie moczu i kału prawidłowe. Płynięcie śliny z ust od pół roku. Wyraz twarzy osłupiały, intelligencyja nienaruszona.

Badanie chorób w klinice wykazało: przykurczenia dolnych i górnych kończyn; dolne obrzmiałe, górne w stanie zaniku, ręce mają postać zwaną „main en griffe”. Osłabienie powieki górnej lewej (niemożność zupełnego zamknięcia oka). Mięśnie ust zcieńczone i w stanie bezwładu. Język prawie zupełnie do ruchów nie zdolny, podlega silnym włókieńkowatym drganiom, jest niekształtny i gruby. Przykurczenia mięśni grzbietowych. Wymawia tylko samogłoskę „e”, na pytanie odpowiada ruchami głowy potakującymi lub przeczącymi. Wszelkie ruchy głowy są swobodne. Połyka z trudnością pokarmy współpłynne.

Czucie i odruchy ścięgien, nie przedstawiają wyraźnych zmian. Oddziaływanie mięśni na prądy stałe i indukowane pojawia się dopiero przy silniejszych strumieniach.

W płucach obustronnie od tyłu i od dołu obfite rżenia. Inne organy w stanie prawidłowym.

Po 10-dniowym pobycie w klinice chora zmarła przy objawach obrzęku płuc.

Badania pośmiertne rdzenia (prof. Neumann): cierpienie bocznych dróg piramidalnych wzdłuż całego ich przebiegu przez rdzeń przedłużony i rdzeń kręgowy;

w części lędźwiowej rdzenia, mniejsze zmiany aniżeli w innych.

Zanik komórek zwojowych w rogach przednich rdzenia. Ośrodkowe jądra nerwów: podjęzykowego i dodatkowego Willisa, przedstawiają znaczny ubytek komórek zwojowych. W części grzbietowej rdzenia, zmiany nieodpowiadają temu zresztą typowemu przypadkowi cierpienia zwanego przez Charcota „sclerose laterale amyotrophique”); mianowicie cierpienie zajmuje tam także i pęczki przednioboczne, jak mniema autor, skutkiem rozprzestrzenia się na te części sprawy chorobowej z rogów przednich.

Wkońcu autor tłumaczy, dla czego przypadek opisany oznaczył nazwą przez Charerta wprowadzoną, nie zaś przez Leydena, dla podobnych wypadków proponowaną: „Progressive amyotrophische Bulbärparalyse”.

Obraz cierpienia, jak je opisuje Charcot i jego uczniowie, jest niezmiernie charakterystyczny i zupełnie zgodny z niniejszym przypadkiem. Cechującym zjawiskiem w chorobie tej jest: że naprzód pojawia się bezwład, później zanik i przykurczenia mięśni.

Ze stanowiska anatomicznego przypadek niniejszy nie odpowiada pojęciom Charcota: nie można dopatrzeć się tu sklerozy — jeżeli pod nazwą tą rozumiemy zmiany polegające na wytwarzaniu tkanki bliznowatej, czyli tkanki łącznej, mniej lub więcej spoiściej, w pośród której znajdują się komórki w mniejszej lub większej obfitości. W przypadku opisanym nie ma śladu sprawy zapalnej: brak komórek, brak nowoutworzonej tkanki łącznej, natomiast bardzo wydatny zanik włókien nerwowych.

O ile więc pod względem klinicznym przypadek autora odpowiada opisom Charcota, o tyle pod względem anatomo-patologicznym przypomina opisy Flechsig'a i Leydena, którzy za pierwotną sprawę uważają chroniczne cierpienie parenchymatyczne samych elementów nerwowych,

przy czem neuroglia podrzędną tylko rolę odgrywa.

Autor w nadpisie użył wyrażenia „degeneratio” nie zaś „sclerosis” (Charcot); mniema on, że w ogóle dzisiejsze sposoby badania drobnowidzowego, pozwalają wprawdzie łatwo poznać umiejscowienie cierpienia, natomiast są zupełnie niewystarczające do ocenienia subtelných histologicznych szczegółów.

II) *Przyczynek do nauki o naruszeniu równowagi ciała. (Zur Lehre von den Gleichgewichtsstörungen).*

Mężczyzna 55 letni, silnej budowy ciała i dobrze odżywiony, cierpi od półtora roku na utrudnienie chodu. Ważniejszych chorób nie przebywał, przypisuje swe cierpienie uszkodzeniu stopy prawej, zaśłemu skutkiem upadku, obecnie najmniejszy wysiłek sprowadza znużenie. Od pewnego czasu doznaje bólów opasujących w okolicy podżebrzy.

Kończyny dolne nie przedstawiają na pierwsze wejrzenie szczególnych nieprawidłowości, prócz bezustannego drgania mięśni na obu udach; podlegają takowemu drganiu najróżnorodniejsze grupy mięśniowe, przeważnie jednakże zginacze. Wszelkie ruchy kończynami wykonywa chorey w sposób prawidłowy; stwierdzić wszelako można niezmiernie osłabienie siły ruchowej: chorey nie jest w stanie przewyciężyć choćby najmniejszego oporu przeciwstawionego jego ruchom.— Ruchy prawej stopy i palców zniesione. Wszelkie ruchy bierne bez przeszkody dadzą się wykonać. Ruchy kończyn górnych prawidłowe, siła ruchowa nie naruszona.

Czucie dotyku i bólu prawidłowe.— Brak wszelkich zboczeń bądź to w sferze zmysłów bądź też w innych narządach.

Jeżeli chorey próbuje stać lub chodzić, uderza brak pewności jego ruchów. Stanie przy zwartych stopach jest zupełnie niemożliwym, chorey chwyta mimowiednie za przedmiot mogący mu służyć za podporę, a w braku takowego, chwianie staje

się coraz silniejszym; wówczas dla utrzymania równowagi ciała musi bezustannie drobnymi krokami poruszać się już to naprzód już w tył lub w bok.

Brak równowagi ciała staje się wydatniejszym jeszcze, gdy chory przy zamkniętych oczach usiłuje stać lub chodzić.

Podczas jednomiesięcznego pobytu w klinice, nie zaszły żadne zmiany w opisanym stanie chorego. Leczenie przez czas ten było następujące: 1) kal. jodatum 2,5: 200,0, co 2 godz. łyżka. 2) Strychnini nitric. w podskórnych zastrzykiwaniach począwszy od 0,002 pro die et dosi.— 3) Strumień stały. Później argent. nitr. w pigułkach à 0,01—3 razy dziennie 1-na pigułka.

Po raz wtóry chory badany był około 11 miesięcy później. Skarżył się, że do poprzednich przypadłości przyłączyły się silne bóle w krzyżu, w ostatnich czasach uczucie ciśnienia w piersi i utrudnienie oddychania.

Tym razem uderza szczególnie nieregularny i przyśpieszony oddech (24—90). Częstość uderzeń tętna dochodzi od 80 do 112 na minutę. Zaburzenia w sferze nerwów czaszkowych, są wprawdzie niewydatne, wszelako stwierdzić się daje nieznaczny zanik mięśni ust. Język lekko drżący—chory skarży się na utrudnione połykanie, właściwego zachłyśnięcia lub powrotu pokarmów nigdy nie zauważono.

Obecnie wydatnie występuje zanik niektórych grup mięśni. Skóra na rękach wiotka, mocno sfałdowana, zanik daleko posunięty mięśni rąk: międzykostnych, glistowatych, opuszek palucha. Na mięśniach przedramienia i ramion nie ma widocznego zaniku; uścisk ręki jest niezmiernie słaby. Na dolnych kończynach wydatnia się zanik mięśni na obu udach, przeważnie mięśni ksobnych i czworogłowego. Na goleniach nie ma wyraźnego zaniku. Czucie prawidłowe, również odruchy skórne. Odruch kolanowy bardzo mało wydatny, wszelako zachowany.—

Żadnych objawów bezładu ruchowego (ataxia).

Chory doznaje halucynacyj przeważnie w nocy, niekiedy i we dnie. Widzi wyraźnie przed sobą postacie, ludzi, zwierzęta i tylko z wielkim wysiłkiem uwagi, przekonywa się o błędności swoich spostrzeżeń. Zresztą, inteligencyja nie naruszona. W nocy sen niespokojny, we dnie stan półseny. W tydzień po przybyciu do kliniki chory umarł nagle.

Badanie pośmiertne było niezupełne. Rozpatrywano tylko mózg i rdzeń.

Ośłony mózgowe mocno nastrzyknięte, również i samo mózgowie. Innych zmian w mózgu nie ma. Jądro zębate oliwek, u obwołu nieco zatarte. W najwyższej części rdzenia szyjowego na nieznacznej przestrzeni od tyłu i na prawo w istocie białej, zagłębienie wielkości soczewicy z odmiennem nieco, bardziej szarawem zabarwieniem; badanie drobnowidzowe nie wykazuje tu wszelako zmian żadnych.

W najniższej części rdzenia szyjowego, na granicy rdzenia grzbietowego, jamka, przez którą drut średniej grubości dozwala się przeprowadzić, długości półtora cmt. Badanie drobnowidzowe wykazuje cierpienie umiejscowione wyłącznie prawie w rogu przednim, nieznacznie tylko sprawa chorobowa rozprzestrzeniła się ku zewnątrz na istotę białą i ku tyłowi na róg tylny.

W skrawkach stwardnionych obraz drobnowidzowy przedstawia się jednostajnie. W jamce wspomnianej sterczą kawałki włókien nerwowych; są one w części zupełnie prawidłowej budowy, w części zaś dotknięte rozpadem; widoczne są tu także cząstki prawie niezmienniej tkanki istoty szarej, naczynia krwionośne mocno wypełnione, zawierające ciała krwi dobrze zachowane; błona zewnętrzna naczyń (adventitia), nie przedstawia nigdzie żadnych zgrubień, ani też mas ziarninowych. Wśród tych szczątków mieszczą się w obfitej ilości wolne

ciałka krwi znacznie zmienione, oraz komórki zwojowe mało zmienione nieco napęczniałe. Tkanka otaczająca jamkę na małej przestrzeni nieco zmętniała; nigdzie nie ma zgrubień neuroglii i mas ziarninowych, lub innych oznak ubiegłej sprawy zapalnej.

Skrawki karminem zabarwione z okolic po nad jamką i poniżej jamki brane przedstawiają na pewnej przestrzeni jeszcze w przedłużeniu jamki pasma ciemnoczerwono zabarwione. Przy słabszym powiększeniu przedstawiają się one jako złożone z masy jednolitej, która jednakże przy mocnym powiększeniu przedstawia gdzieś niegdzie budowę drobno-ziarnistą. Takie masy ciemnoczerwono zabarwione wykryć się dają także i w pośród tkanki prawidłowej w pobliżu jamki. Nic dokładniejszego odnośnie budowy i składu mas tych, nawet przy systemie immersyjnym wykryć nie można, w każdym razie nie ma w nich ciałek krwi.

Natomiast w pośród tkanki rozmiękczonej, znajdują się gdzieś niegdzie kryształki prawdopodobnie haematoidinowe.—Innych nieprawidłowości przy ścisłym badaniu całego rdzenia nie wykryto.

Przypadek opisany przedstawia wiele stron zajmujących. Naprzód co do natury samej sprawy chorobowej, chodzi tu o wylew krwawy do rogu przedniego lewego. Powyżej opisane ciemnoczerwono zabarwione masy stanowią niewątpliwie wysięk, jakkolwiek ich pochodzenie ze skrzepu krwi, bezpośrednio dowodami uzasadnić się tu nie da. W każdym razie brak ciałek krwi w tych masach, nie stanowi dowodu przeczącego, ponieważ podczas długo trwającego cierpienia, mogły one uleść rozpadowi. Powtórnie, zasługuje pod względem anatomo-patologicznym na uwagę zupełny brak odczynu zapalnego w tkance wylew otaczającej, która uległa tu sprawie tylko bierniej—rozpadowi.

Ze stanowiska klinicznego zastanowić się należy nad przyczyną, jaka tutaj wy-

wołała naruszenie równowagi ciała przy staniu i chodzeniu:

Chory dotknięty bezwładem niezpełnym kończyn dolnych, mógł wprawdzie wykonywać w sposób zupełnie prawidłowy wszelkie ruchy, wszelako siła ruchów została znacznie ograniczoną.

Nie ulega wątpliwości, że stanie wymaga większego wysiłku mięśni kończyn, aniżeli chodzenie; ponieważ przy staniu potrzeba największego napięcia siły mięśni kończyn, dla powstrzymania wachañ mimowolnych, lub dowolnych górnej części ciała.

Kończyny chorego nie mogły stanowić dostatecznej podpory dla reszty ciała i dla tego musiał on, w miarę wachañ górnej części ciała, wykonywać ciągle owe ruchy drepnące. Przy odwróceniu uwagi (zamkniętych oczach), objaw ten stawał się jeszcze wydatniejszy, ponieważ naówczas chory nie mógł całą siłą woli działać na mięśnie kończyn.

Uderzającym w niniejszym przypadku jest także i ten fakt, że, w obec umiejscowienia cierpienia w górnej części rdzenia (granica części szyjowej i grzbietowej), bezwład wystąpił naprzód w dolnych później zaś dopiero w górnych kończynach. Według Katlera i Picka ośrodek dla mięśni łydki mieści się na wysokości 4-go i 5-go nerwu lędźwiowego. Zdanie to opartem jest na spostrzeżeniu, gdzie w obec zaniku izolowanego mięśni łydkowych, znaleziono ognisko poliomyelityczne na tej właśnie wysokości. Co prawda, w przypadku K. i P., chodzi o zanik, gdy tymczasem niniejsze spostrzeżenie odnosi się do bezwładu.

W patologii ośrodkowego systemu nerwowego należy ściśle odgraniczyć zanik od bezwładu. W opisanym tu przypadku wystąpił naprzód bezwład, zaś zanik pojawił się później i to w pewnych tylko mięśniach.

W każdym jednak razie to spostrzeżenie nie potwierdza bynajmniej wniosków K. i P.

Wkońcu zaznacza autor, że w obec siedliska cierpienia w rogu lewym rdzenia, zarówno bezwład jakotóż i zanik jednostajnie był uwydatniony w obu kończynach, a nawet prawa, o ile się zdawało była mocniej osłabioną.

Fakt ten pozwala wnioskować, że ruchowe włókna nerwowe wszedłszy do odpowiedniego rogu przedniego, w części znowu takowy opuszczają i wkraczą przez przednie spoidło do przedniego rogu strony przeciwnej.

W rdzeniu przedłużonym nie udało się wykryć zmian żadnych, pomimo, że za życia występowały objawy bulbarne. Również i mózg nie przedstawiał zmian żadnych.

III) *Przypadek bezwładu essencyalnego dzieci. (Ein Fall von essentieller Kinderlähmung).*

W obec nieustalonych dotąd jeszcze pojęć o anatomii patologicznej choroby, znanj pod nazwą: „bezwład essencyalny dzieci” zasługuje na uwagę opis tego cierpienia obejmujący zarazem badanie pośmiertne, tak rzadko zresztą dokonywane tu z powodu braku ku temu sposobności. Nowe spostrzeżenia tembardziej są pożądane od czasu, jak Leyden, opierając się na swoich badaniach, wygłosił, że nie zawsze jedna i ta sama sprawa chorobowa stanowi podstawę anatomiczną bezwładu essencyalnego dzieci.

Autor podaje opis następującego wypadku:

Dziewczynka dwuletnia straciła władzę w dolnych kończynach. Cierpienie wystąpiło nagle wśród gorączki krótko trwającej i drgawek. Dziecko pochodziło z rodziców zdrowych i samo było poprzednio zdrowem.

Badanie kliniczne, dokonane w kilka miesięcy po rozpoczęciu choroby, wykazało co następuje: dziecko zbudowane prawidłowo i silnie; dolne kończyny zwiśle jak martwe, zimne i sinawe; mięśnie ich wiotkie, w stanie dosyć znacznego zaniku. Zanik na kończyźnie prawj daleko

znaczniejszy, aniżeli na lewój. Czucie zachowane. Zupełny brak odruchów: Badanie elektrycznością wykazuje t. zw. oddziaływanie zwyrodnienia. Oddawanie moczu i kału prawidłowe. Kręgosłup nie przedstawia żadnych nieprawidłowości.

Dalszy przebieg był dosyć jednostajny. Mięśnie czworogłowy i ksobne uda, wyprostne stopy zachowały oddziaływanie na mocne strumienie galwaniczne.— Wśród leczenia polegającego na stosowaniu strumienia galwanicznego i na strzykiwaniach podskórnych strychniny, następowała powoli pewna poprawa, tak, że dziecko opierając się rękami o krzesło mogło chodzić. W późniejszym czasie stan znacznie się jeszcze poprawił. We dwa lata po powstaniu choroby, dziecko uległo błonicy i zmarło dnia 25 paźdz. 1880 r.

Badanie pośmiertne: Rdzeń kręgowy ma kształt prawidłowy, tylko zgrubienie lędźwiowe jest mało wyraziste i prawie chrząstkowate. Tkanka łączna otaczająca błonę twardą mocno nastrzyknięta, zarówno i sama błona twarda.

Na granicy rdzenia przedłużonego żadne zmiany, ani gołem okiem, ani drobnowidzem wykryć się nie dają. Poniżej, jeszcze po nad zgrubieniem szyjowem, na przecięciu, mnóstwo dziur i szczelin umiejscowionych przeważnie po ubu stronach środkowego kanału, a w mniejszej ilości znachodzących się w rogach przednich i tylnych. Drobnowidz wykazuje, że są to przecięcia mocno rozszerzonych naczyń.

Szczeliny stają się ku dołowi coraz mniejsze i giną prawie zupełnie w części grzbietowej mlecza.

W tej części rozpoczynają się właściwe zmiany patologiczne. W lewym rogu przednim znaczny ubytek komórek zwojowych, największy w pośrodku rogu, podczas gdy grupa komórek przednia i tylnoboczna (Erb) zawiera dosyć znaczną jeszcze ilość komórek.

Pozostałe komórki są jednakże wszystkie bądźto maczugowato rozszerzone (kolbenförmig), bądź też małe i pomarszczone bez wypustek, pigmentalne, niekiedy bez jądra i jąderka. Brak grubszych włókien nerwowych.

Komórki Deitersa wykryć się nie da; również brak znaczniejszej ilości ciałek skrobiowych, które tak obficie znajdują się w drugim rogu przednim i w rogach tylnych na wysokości tej części mlecza, jak również w obrzmiałości szyjowej. Na wysokości 5 i 6 nerwu grzbietowego zmiany w lewym rogu są jeszcze znaczniejsze, podczas, gdy po stronie prawej sprawa chorobowa nie bardzo jest uwydatnioną. Dopiero na wysokości 8 i 9 nerwu grzbietowego, cierpienie wyraźnie występuje i po stronie prawej, jakkolwiek mniej jest rozwinięte aniżeli po stronie lewej. Na wysokości 10 i 11 nerwu grzbietowego zmiany te same, bardziej tylko uwydatnione po stronie prawej.

W górnej części lędźwiowej mlecza, po obu stronach bardzo mała tylko ilość komórek się znajduje; oba rogi są w stanie zaniku, zmiany po stronie prawej wydatniejsze aniżeli po lewej. Podobnie i niżej w części środkowej i dolnej lędźwiowej.

Nigdzie nie ma ognisk sklerotycznych. Zanik korzeni przednich nigdzie nie daje się stwierdzić.

Kolumny Clarka wszędzie nienaruszone. Prawie wzdłuż całego rdzenia, najmniej w części lędźwiowej, dosyć znaczne zgrubienie błony naczyniowej; miejscami u obwodu zwyrodnienia (Randdegeneration).

Prawdopodobnie błona naczyniowa uległa tu sprawie zapalnej, o czym świadczą także znaczne zrosty tej błony z tkanką rdzenia.

Badanie mięśni (Gastrocnemii, adductores). Mięśnie w stanie zaniku; w pośród tkanki łącznej odstępowej, ogromne masy tłuszczu w wielkich kroplach. Nie ma śladów zapalenia tkanki łącznej międzymięśniowej. Włókna mięsne są męt-

ne, bardzo cienkie, prążkowanie poprzeczne wprawdzie wyraźne, jednakże słabsze, aniżeli w stanie prawidłowym. Znaczna ilość włókien mięsnych, mieści w sobie drobnoziarniste masy, oraz kropelki tłuszczu; gdzie niegdzie puste włókno mięśniowe z licznymi jądrami. Po stronie lewej zmiany znaczniejsze aniżeli po prawej. W niektórych preparatach karminem zabarwionych, znajdują się masy bryłowate żółte, niezabarwione, lub też mocno czerwono zabarwione, nieprzedstawiające ani podłużnego, ani poprzecznego prążkowania.

Pnie nerwowe (Crurales, Ischiadici), w stanie znacznego zaniku, szare, ścięczałe.

Włókna nerwowe w części bardzo cienkie, w części bez nitki osiowej; w tkance odstępowej, znaczne ilości tłuszczu.— Nie ma śladu sprawy zapalnej.

W niniejszym przypadku napotykaemy zmiany anatomo-patologiczne, prawie typowo cechujące bezwład essentialny dzieci. Uderzającym jest znaczne nagromadzenie ciałek skrobiowych w rdzeniu, podobnie, jak w wypadkach Leydena, co jednakże autor nie uważa za stan patologiczny.

Ciałka te bowiem nie tylko w rogach przednich się mieszczą, lecz wszędzie, nawet w istocie białej rdzenia.

Nie znaleziono ognisk sklerotycznych, a tem samem wypadek niniejszy nie stwierdza poglądu Erba, jakoby najistotniejszą zmianą anatomiczną przy bezwładzie dziecięcym, stanowiło zapalenie ostre mlecza (myelitis), mniej więcej rozlane, lecz najbardziej uwydatniające się w zgrubieniu lędźwiowym lub szyjowym.

Nie stwierdzono także rozprzestrzenienia sprawy chorobowej na całą istotę szarą, lub na istotę białą, podobnie jak w przypadkach dawniej już badanych.

Najistotniejszą zmianę tu napotkaną stanowił zanik i ubytek wielkich komórek zwojowych rogów przednich. Autor też przyłącza się do zdania Charcot'a, Jo-

froy'a i innych, którzy mniemają, że cierpienie wielkich komórek zwojowych rogów przednich, stanowi sprawę pierwotną, dalsze zmiany w rdzeniu kręgowym powstają dopiero następnie.

IV) *Pierwotne skombinowane zwyrodnienie pęczków z rozlicznymi wylewami krwi wemi.* (Fall von primärer kombinierter Strangsklerose mit multiplen Apoplexien).

Kobieta zamężna, dietna, z rodziny zdrowej (wiek nie podany), zachorowała przed 4 laty, będąc poprzednio zawsze, jak twierdzi, zupełnie zdrową. Cierpienie rozpoczęło się bólami w krzyżu, i zmusiło wówczas chorą do pozostawania w łóżku przez dni 14; podniósłszy się doznawała nieznacznego osłabienia w kończynach dolnych i stan taki trwał i nadal bez zmiany, będąc zresztą dla chorób dosyć znośny. Dopiero przed 4 tygodniami powstał nagle ból przeszywający w krzyżu, oraz bezwład obu kończyn dolnych.— Cierpienie po stronie lewej miało być daleko znaczniejszem aniżeli po prawej. Od tego czasu chora już łoża nie opuszczała. Zaburzenia w czynności pęcherza i kiszek, wstręt do pokarmów.

Nigdy nie miała bólów lub zawrotów głowy, nie doznawała mrówkowania lub uczucia opasania (Gürtelgefühl).

Badanie: kobieta średniego wzrostu, mięśnie i tkanka tłuszczowa podskórna, słabo rozwinięte. Temperatura ciała prawidłowa; puls mały, częstość jego prawidłowa. Żrenice po obu stronach małe i równe. Nie ma zaburzeń w sferze nerwów czaszkowych.

Siła ruchowa kończyn dolnych znacznie zmniejszoua. — Chora zaledwie jest w stanie nieco je zgiąć lub sprostować, prawą także nieco podnieść zdoła w górę. Ruchy w stawie stopowym po obu stronach wykonalne, ruchy palców tylko po stronie prawej.

Na krzyżu świeża powierzchowna odleżyna. Czucie, odruchy skórne i odruchy mięśni, znacznie osłabione.

Czucie na kończynach górnych, raczej

podniesione, siła ruchu zachowana. Badanie cyrklem Webera nie możliwe z powodu sprzecznych wyjaśnień chorób. Granice płuc nieco obniżone. U wierzchołka serca głośny szmer systoliczny; drugi ton tętnicy płucnej znacznie wzmocniony; nie ma wydatnego rozszerzenia granic serca. Ucisk na wyrostki cierniste kręgosłupa w ogóle bolesny, szczególnie zaś od 3 do 7 kręgu grzbietowego. Chora skarży się na dotkliwe bóle w kończynach i doznaje uczucia zimna w całym ciele.

W czasie kilkotygodniowego pobytu w szpitalu, stan chorób w głównych zarysach pozostał bez zmian. Odleżyna na krzyżu znacznie się rozprzestrzeniła, na kończynach przy kostkach również powstały odleżyny. Wśród objawów upadku sił (callapsus), nastąpiło zejście śmiertelne.

Badanie pośmiertne wykazało cierpienie rdzenia kręgowego, a w szczególności, zwyrodnienie pęczków tylnych i torów mózdkowych pęczków bocznych (Kleinhirseitenstrangbahn), oraz w części torów piramidalnych pęczków bocznych (Piramidenseitenstrangbahn). Zmiany anatomiczne rozciągają się wzdłuż całego rdzenia. W części szyjowej są one najmniej rozprzestrzenione (rdzeń przedłużony nie badany), obejmują tylko tylne części skrajne pęczków Golla i tory mózdkowe pęczków bocznych. Ku dołowi zmiany stają się wydatniejsze i bardziej rozprzestrzenione, obejmują pęczki klinowe, tylne korzenie nerwów, części tylne rogów tylnych; w dolnej części grzbietowej, zmiany najbardziej są rozprzestrzenione i powikłane *rozlicznymi w części miliarnymi wylewami krwi wemi.*

W części lędźwiowej rdzenia, zmiany są mniej znaczne, wylewów krwawych tu nie ma. Zaznaczyć należy, że kolumny Clarka dotknięte są cierpieniem na całym swym przebiegu.

Autor, idąc za przykładem Kahlera i Picka i Westphala, przyjmuje przez nich

do nauki wprowadzone pojęcie o skombinowanym cierpieniu systematycznym mleczka i tą nazwą określa swój przypadek.— Wątpliwość mogłaby tu zachodzić tylko ta, czy cierpienie pęczków za pierwotne uważać należy, czyli też za wtórne, powstałe skutkiem wylewów krwawych resp. ostrego zapalenia mleczka.

Przypuszczenie to jednakże traci na prawdopodobieństwie, ponieważ badanie drobnowidzowe nigdzie śladów przebytego zapalenia nie wykazuje.

Wkońcu autor objawia swoje zdanie o dzisiejszych metodach badania drobnowidzowego: O ile właściwe dla umiejscowienia cierpienia, o tyle są one niedostateczne dla poznania subtelniejszych zmian patologicznych w cierpieniach mleczka zachodzących. Preparaty niezabarwione glicerynowe mające dziś tak małe uznanie, jeszcze najczęściej prowadzą do pomyślnych stosunkowo wyników.

Adam Bauerertz.

IV. Chirurgija i Oftalmologija.

329. Tlenek azotu jako środek znieczulający. (Ciąg dalszy referatu 315 z Nr. 13).

IV. Niebezpieczeństwo przy znieczulaniu tlenkiem azotu.

ANDREWS, chcąc wykazać nieszkodliwość tlenku azotu, zestawił porównawczą tablicę wypadków śmierci zaszłych podczas znieczulania różnymi środkami. Tablica ta przedstawia się tak:

1 wypadek śmierci na 2,723 znieczuleń czystym chloroformem.

1 wypadek śmierci na 5,588 znieczuleń chloroformem z eterem.

1 wypadek śmierci na 7,000 znieczuleń Bichloryd i Methylen.

1 wypadek śmierci na 23,200 znieczuleń eterem siarczanym.

żaden wypadek śmierci na 75,000 znieczuleń tlenkiem azotu.

Na podstawie tej tablicy tlenek azotu możnaby uważać za znakomity środek anestetyczny, nie przedstawiający żad-

nych niebezpieczeństw, za taki też rzeczywiście przez wielu jest uważany.

W rzeczywistości jednak, gaz ten jest nieoszacowanym anestetycznym środkiem lecz tylko w rękach ludzi działających poważnie, mających zawsze na pamięci, że mają do czynienia ze środkiem silnie działającym, przy którym mogą zejść niepomysłne powikłania. W nieumiejętnych zaś rękach nielekarzy, przy pomocy co najwyżej służącego—jak to ma miejsce u wielu dentystów zagranicznych—środek ten zadawany każdemu z życzących sobie nie odczuwać bólu przy operacji — bez zbadania stanu zdrowia, może pociągnąć za sobą złe następstwa. Szczęściem tylko, podobnie złe następstwa na ogromną liczbę anestezyj tym gazem dokonywanych zagranicą, po większej części przy zaniedbaniu wszelkich ostrożności, zdarzają się bardzo rzadko. Ten to względnie pomyślny rezultat, ośmiela ludzi niekompetentnych do obszernego stosowania wdechań tlenku azotu i twierdzenia, że może on być zadawanym bezkarnie w każdym stanie zdrowia, nawet przy widocznych wadach serca i płuc.

Twierdzenie takie stanowczo jest błędne, przy wyraźnych objawach daleko posuniętych chorób serca i płuc znieczulanie tlenkiem azotu, jako też i innymi środkami, jest bezwarunkowo przeciwwskazane.

Wypadków śmierci wynikłych jakoby od użycia tlenku azotu z których niektóre są zbyt silnie naciągnięte do dziś dnia literatura zanotowała 7. Wypadki te w streszczeniu tutaj, podaję, aby je każdy mógł sam ocenić.

Pierwszy wypadek śmierci zdarzył się w Stanach Zjednoczonych u R. Brunet'a (Dental Times zeszyt I str. 157). 14-go stycznia 1864 r. Jakiś pacjent zgłosił się do Bruneta o usunięcie dwóch zębów trzonowych większych w szczęce górnej i prosił, aby go przy tej operacji uspieno tlenkiem azotu. Ponieważ chory dobrze wyglądał, to też nie wdając się w głębsze

badanie, Brunet przystąpił do anestezji, a po dokonanej operacji udał się do drugiego gabinetu, aby oczekującą tam damę również uspić tlenkiem azotu. Kiedy wrócił Brunet do pierwszego pacjenta, zastał go znacznie zmienionym i z trudnym oddechem. Zawezwany zaraz lekarz zdjągnozował silne przekrwienie płuc.

Pacjent zmarł w krótkim czasie.

Na drugi dzień dokonana sekcyjja, wykazała oba płuca bardzo silnie zrośnięte z opłucną żebrową, prawa połowa więcej jak lewa, tylko dolny płat prawego płuca był normalny, wreszcie zaś rozsiane gniazda gruźlicze i kawerny.

W lewym płucu było sześć kawern, z których każda zawierała przecięciowo po półtory uncji płynu.

Część płuca zdatna do oddychania była w wysokim stopniu przekrwioną.— W innych organach nie znaleziono żadnych ważniejszych zmian, wyłączając prawą nerkę w miedniczce której, kropla ropy się znajdowała.

Sam Brunet kończąc opis tego wypadku, dodaje:

„Teraz i ja rekomenduję dokładne badanie każdego pacjenta przed podaniem mu tlenu azotu, ponieważ sądzę, że jego działanie takie same jest, jak każdego anestetycznego środka, w wypadkach jeżeli który z ważnych organów jest cierpiącym.

Drugi wypadek (Dental Cosmos, zeszyt V, str. 491).

H. Colton pisze:

„Dr. Gilman doniósł mi, że panna Bell z Vermontu w piątek po południu 29 stycznia 1864 r., przyjęła wraz z innemi osobami niewielką ilość gazu tlenu azotu, nie w celach anestetycznych, lecz po prostu dla zabawy. Wieczorem tegoż dnia panna Bell była jeszcze na zabawie, gdzie jej wygląd był jak zawsze kwitnym.— Na drugi dzień zachorowała i umarła wśród objawów meningitidis cerebro spinalis.

Trzeci wypadek śmierci zdarzył się u dentysty Neübrough (Dental Cosmos, zeszyt XIV, str. 311). Dotyczy on damy średnich lat, której był zadawany gaz przy ekstrakcyi zębów. Po operacji przytomność nie wróciła—twarz chorój przedstawiała się purpurowo-niebieską. Wezwany lekarz usiłował w ciągu 45 minut pobudzić oddychanie. Usiłowania te jednak spetzły na niczem i pacjentka zmarła.

Ponieważ sprawa ta weszła na drogę sądową, to też różni lekarze wygłosili o niej swe zdanie, najbardziej niezrozumiałem jest to, iż każdy z lekarzy co innego znajdował przy sekcyi i tak: dr. Otis nie znalazł żadnej wady serca, mózg był bezkrwisty, komórki mózgowe nie zawierały wcale płynu, płuca zdrowe, tylko jedno z nich więcej wzdęte jak drugie—Otis o przyczynie śmierci nie dał żadnej opinii. Briton mówi, że cały organizm był zdrowym z wyjątkiem jednego przekrwionego płuca; mózg normalny—śmierć nastąpiła skutkiem zaduszenia. Buchanan znalazł oba płuca przekrwione, po prawej stronie stare zrosty z opłucną przyścienną, przekrwienie objaśnia jako objaw pośmiertny. Opiniuje, że śmierć nastąpiła skutkiem nerwowego wtrząśnienia (shok) spowodowanego ekstrakcją zębów.

Czwarty wypadek był u dentysty Mason'a w Exeter w Anglii (Dental Cosmos zeszyt XV str. 263), z panną lat 23. Inhalacja była trzy razy powtarzana.— Po trzeciej inhalacyi, twarz przybrała cjanotyczny wygląd; puls pełny i zwolniony—aż wreszcie twarz silnie obrzmiała, oczy wysadziło na wierzch, nastąpił szczękościsk i pacjentka zmarła. Sekcyjja nie była dozwoloną.

Po pewnym czasie dopiero spostrzeżono się, że brakuje kawałka klina, który był między zęby wstawiony. Przypuszczają więc, że ów odłamek albo też który z wyrwanych korzeni zębowych, o których usunięciu głównie chodziło podczas operacyi, wpadł do krtani i przyczynił za-

duszenie; zaczem przemawiają wszystkie przedśmiertne zjawiska.

Piąty wypadek. Schneider w Filadelfii słyszał od jednego z tamtejszych profesorów dentystryki, że zdarzył się u któregoś z dentystów wypadek wpadnięcia klina do krtani, podczas anestezji tlenkiem azotu skutkiem czego nastąpiła śmierć, (rozumie się, iż tego przypadku zupełnie na karb tlenku azotu kłaść nie można).

Szesty wypadek wydarzył się na klinice Nussbaum'a. Pacjenta cierpiącego na uremję chloroformowano 54 razy, w celu bezbolesnego wprowadzenia bougies do pęcherza.

W tymże samym celu 55 raz uśpili chorego tlenkiem azotu — i ten podczas anestezji zmarł.

Grohnwald jako przyczynę śmierci w tym wypadku podaje uremję.

Siedmy wypadek śmierci opisany w Dental Cosmos. (Czerwiec 1877), wydarzył się z 30-letnim chirurgiem Morley Harison'em, któremu jeden z dentystów wyrwał ząb pod działaniem gazu. Po następnój głębokój narkozie i ekstrakcy zęba, kiedy ów dentysta spostrzegł, że jego pacjent zbyt długo nie odzyskuje przytomności, wybiegł na miasto, aby sprowadzić lekarza. Powróciwszy zastał już Harison'a nieżywym.

Sekcja wykazała: serce pokryte warstwą tłuszczu, prawa połowa serca krwią przepelniona, a lewa pusta. Płuca przepelnione krwią ciemnego koloru. Inne organa zdrowe.

O ile każdy z tutaj przytoczonych wypadków jest przyczyniony użyciem tlenku azotu, każdy z lekarzy sam na to odpowiedzieć sobie potrafi. Mnie się zdaje że w niektórych z tych przypadków, można było naprzód przepowiedzieć śmiertelne zejście przy zastosowaniu jakiegobądź anestetycznego środka, wzięwszy pod uwagę chorobliwy stan organizmu.

Nie przytaczam tutaj zdań różnych autorów w tej kwestyi, są one bowiem po większej części stronne.

Faktem jest jednak niezaprzeczonym, że tlenek azotu przedstawia o wiele mniej niebezpieczeństwa przy anestezji, aniżeli naprzykład chloroform (rozumie się jeżeli będziemy go zadawali z témiz samymi ostrożnościami jakie zachowujemy przy tym ostatnim), a to na zasadzie fizjologicznych doświadczeń i téj małej liczby wypadków śmierci, jakie tu wymieniłem, a z których niektóre trudno dają się naciągnąć jako rzeczywiście przyczynione wdychaniem tlenku azotu.

VII. Stosowanie tlenku azotu przy wykonywaniu dłuższych operacyj.

W nowszych czasach Paul Bert usiłował wynaleźć sposób umożliwiający stosowanie tlenku azotu przez czas dłuższy, bez obawy wystąpienia sinicy i innych asphykcyjnych objawów.

Bert oparty na teoretycznych danych i experymentach przeprowadzonych nad zwierzętami w lutym 81 r., przed towarzystwem lekarzy szpitala św. Ludwika w Paryżu, wygłosił odczyt o działaniu tlenku azotu przez czas dłuższy, na organizm zwierzęcy bez wywołania objawów zaduszenia.

Bert wyszedł z téj zasady: przypuśćmy, iż dla zupełnego znieczulenia potrzeba, aby krew na 100 części swój objętości, zawierała 45 objętości tlenku azotu, (liczby tu przytoczone są obrane dowolnie, dla lepszego przedstawienia i wyjaśnienia rzeczy).

Jeżeli pozostawimy 100 objętości tlenku azotu zawartych w balonie, pod zwyczajném ciśnieniem atmosfery, to naprężenie tego gazu w balonie będzie równe 100. Jeżeli jednak powiększymy ciśnienie od zewnątrz do wysokości dwóch atmosfer, to te 100 objętości gazu będą wywierały prężność równą 200, — z czego wynika: że 50 objętości tlenku azotu pod ciśnieniem dwóch atmosfer, wywrą naprężenie równe 100, czyli że 50 objętości tego gazu będzie zupełnie dostatecznem dla wywołania anestezji, a drugie 50 objętości w balonie może być zastąpione in-

nym gazem podtrzymującym życie, a mianowicie tlenem. Ilość jednak 50 objętości tlenu na 100 objętości krwi, zbyt gwałtownie pobudzałaby organizm. Z tego powodu, aby ustanowić odpowiedni stosunek mieszaniny tlenu azotu z tlenem, dla wywołania dłuższej anestezji bez obawy asfhykcyi, Bert stawia sobie następujące pytanie. Jeżeli w balonie znajdzie się 85 objętości tlenu azotu i 15 tlenu, to jakie potrzebuje być ciśnienie od zewnątrz, aby 85 objętości tlenu azotu, miało prężność równą 100?

Zrównanie:

85 (N_2O), znajduje się pod ciśnieniem 76 ctm;

to 100 — — — — — X

X: 76 = 100: 85, X = 76×100

$$85 = 89,5.$$

Z czego wynika, że potrzeba użyć ciśnienia atmosferycznego równego 89,5 ctm., ażeby 85 objętości tlenu azotu miało prężność 100, czyli innymi słowy: że potrzeba powiększyć ciśnienie jednej atmosfery o 13,5 ctm.

Na podstawie tych teoretycznych danych, zbudowano aparat, który się składa z dzwonu puenmatycznego, gazometru napełnionego tlenkiem azotu i tlenem w stosunku 85 na 15 objętości i maszyny puenmatycznej.

Cały ten aparat jest umieszczony na kołach i kształtem swym podobny do wagonu o ścianach żelaznych opatrzonych okienkami. Wagon takiej objętości, że z łatwością pomieścić w sobie może stół operacyjny, operowanego, operującego i kilku pomocników. Do wagonu wchodzi się przez drzwi także żelazne i zamykane hermetycznie. Aparat tak jest zbudowany, że może bezpiecznie znieść potrzebne ciśnienie, t. j.: o 13,5 ctm. więcej nad ciśnienie jednej atmosfery.— W aparacie są pomieszczone balony z gazem, mające z jednej strony komunikację z gazometrem na zewnątrz dzwonu umieszczonym, a z drugiej opatrzone rur-

ką, na której przeciwny koniec założony jest mundsztuk, podobny do mundsztuka systemu Teleschow'a.

Podobne aparata znajdują się: jeden u Péan'a w szpitalu paryzkim św. Ludwika, a drugi w Brukseli. Péan przy pomocy tego aparatu dokonywa operacyj nawet bardzo długo trwające i dziś liczy odbytych takim sposobem operacyj do kilku set, a zawsze z pomyślnym rezultatem.

Bert przedstawia korzyści téj metody w następujący sposób; Tlenek azotu nie wywołuje okresu podniecenia pojawiającego się przy chloroformowaniu i eteryzowaniu; daje pewność, że nie wywoła groźnych objawów asfhykcyi.

Chloroform, eter i t. p., będąc wprowadzone w organizm nie zachowują się obojętnie—one rozpuszczają się w substancjach tłuszczowych organów, osobiwie krwi i układu mózgowonerwowego i dla tego téż powrót do przytomności, jest tak powolny po anestezji temi środkami. Tlenek azotu zaś nie łączy się z tkaninami ustroju, zaledwie rozтворя się w plazmie krwi, skąd natychmiast się wydala, skoro tylko uspiiony pochłonie nieco czystego powietrza. Własność ta tlenu azotu pozwala choremu po usunięciu mundsztuka z przed jego ust i po wetchnięciu niewielkiej ilości powietrza, przyjść prawie raptownie do zupełnej przytomności, bez uczucia zawrotu głowy, nudności i t. p. przypadłości, z którymi przy chloroformowaniu tak często się spotykamy.

Oparty na doświadczeniach Bertha Dr Klikowicz ordynator kliniki prof. Botkina, stosował tlenek azotu z tlenem (w stosunku 80—20), dla zmniejszenia bólów porodowych. Klikowicz zadaje taką mieszaninę gazów, bez wywierania wyższego ciśnienia i za pomocą zwyczajnego rurkowego mundsztuka. Rodząca mając przy sobie umieszczony balon z gazem, robi 5—7 inspiracyj z takowego, przed każdym nastąpieniem bólów, expirując przy tem na zewnątrz w otaczającą ją

atmosferę. Przy tym sposobie wdychania tlenu z tlenem, rodząca nie traci przytomności, a tylko ból znacznie się zmniejsza, lub go wcale nie odczuwa.

KLIKOWICZ, kończąc swą pracę, przytacza następujące korzyści z użycia tlenu z tlenem, jako środka znieczulającego:

1) Zupełne bezpieczeństwo dla życia matki i płodu.

2) Nie powstrzymuje aktu porodowego.

3) Wywiera wpływ znieczulający we wszystkich okresach porodu.

4) Brak zupełnej utraty przytomności, z czego wypływa: możność pomagania sobie podczas porodu.

5) Brak wymiotów, a nawet w wielu wypadkach przerwanie takowych, jeśli jnż istnieją.

6) Brak peryjodu excytacji i następujących po anestezji innemi środkami niedomagań: mdłości, bólu głowy, dyspepsji i t. d.

7) Anestezja może być stosowaną podczas całego czasu porodowego, bez jakiegokolwiek wpływu zbiorowego, ponieważ podczas pauzy w zupełności znika efekt poprzedzających inhalacyj.

8) Obecność lekarza przy anestezji nie jest konieczną.

PRZYPISSEK SPRAWOZDAWCY:

Stosując tlenek azotu w anestetycznych celach w ciągu ostatnich kilku lat, próbowałem zadawać go w różny sposób. Z doświadczenia więc orzec mogę, że najracjonalniejszy sposób stosowania tlenu azotu dla krótkotrwałych operacyj jest zadawanie go czystego przez mundsztuk Teleschow'a, z pomocą którego, po użyciu 2 galonów, pacjent wdycha tlenek azotu połączony z expirowanym z płuc powietrzem.

W niektórych jednak razach, ten system zadawania tlenu azotu, nie prędko sprowadza znieczulenie. Wtedy odrzucam mundsztuk, a daję pacjentowi wdychać wprost z rury idącej od gazometru,

odejmując od ust rurę przy każdej expiracji.

Stosowanie 'tlenu azotu według systemu Klikowicza, t. j. w połączeniu z tlenem, długi czas przeprowadzałem w swęj praktyce. Przy tym jednak sposobie za zbyt często słyzałem skargi operowanych, że najmniejszej ulgi w bólu nie mogli zauważyć. W rzadkich znowu wypadkach przy tym systemie pacjenci wpadli w taki stan bezświadości podczas operacji, jak po chloroformie.

Powodując się więc tak różnorodnemi rezultatami przy podawaniu N_2O , systemem Klikowicza, zaprzestałem stosowania N_2O z tlenem.

Nie mogę powiedzieć, aby i stosowanie czystego tlenu azotu, dawało zawsze świetne rezultaty.

Środek ten, jak każdy inny w medycynie używany, różnie na różnych osobnikach oddziaływa. Raz spostrzegamy zupełne znieczulenie z zupełną utratą świadomości po zużyciu bardzo małej ilości gazu, bo zaledwie 2-ch galonów. W innych razach nawet przy bardzo znacznych dawkach, np. 20 galonów, nie następuje znieczulenie. To znowu znieczulenie nie łatwo następuje bez utraty świadomości.

Ta ostatnia forma działania tlenu azotu, najczęściej się spotyka.

Określenie ilości gazu potrzebnego na jedną narkozę, jest niemożliwe nawet przybliżenie, gdyż cyfra ta waha się przeciętnie między 2 a 20 galonami, przy tych samych nawet pozornie warunkach ze strony budowy ciała, płci, wieku i stanu systemu nerwowego osobników.

Czas trwania narkozy bywa dosyć identyczny—od 1—3 minut.

Co do następstw, to rzeczywiście jakichś groźniejszych przypadków, np. zatrzymania oddechu, silnej sinicy, nie zauważyłem w swęj praktyce nigdy. Również nigdy nie spostrzegalem wymiot.

Omdlenia, zawroty głowy, bóle głowy przez czas dłuższy trwające, drgawki, na-

pady epileptyczne, uparcie trwające rozszerzenia źrenic, zatrzymanie stolców, powstrzymanie możliwości urynowania, lub bezprzesłanne wyciekanie moczu — te przypadłości spotykałem po stosowaniu tlenku azotu. Żadna jednak z tych przypadłości zbyt długo nie trwała, a z drugiej strony wiele z tych przypadłości daje się nieraz zauważyć i bez użycia N_2O , a tylko po zwyczajnem obrażeniu, jak to w méj praktyce najczęściej bywa po usunięciu zęba, tembardziej silnie obsadzonego w zębodole. Przypadłości więc te należy policzyć po części i na karb uczynionej traumy.

Dla operującego pod działaniem tlenku azotu przedstawiają się pewne niewygody, a to z przyczyny raz niepewnego działania N_2O , a [powtóre z przyczyny krótkotrwałej narkozy. Pod działaniem więc N_2O , jesteśmy w stanie wykonać operację, której czas trwania może być naprzód jako parominutowy oznaczonym. Tam, gdzie przewidujemy pewne trudności, wymagające dłuższego czasu, lepiej zaniechać stosowania tego środka. Również praktyczniej jest zaniechać zadawania N_2O w razach, jeżeli potrzebujemy upewnić pacjenta, że pod działaniem takiego nie będzie odczuwać żadnego bólu podczas operacji — wiedząc z doświadczenia, że i pod działaniem tak energicznego anestetycznego środka, jakim jest chloroform, nie wszyscy operowani bywają zadowoleni w znaczeniu nieodczuwania bólu.

Kobyliński.

MISCELLANEA.

330. Prof. F. A. KEHRER. O zakażeniu popękanych brodawek piersiowych.

Oprócz nadżarcia (erosio), pęknięcia a i owrzodzenia brodawek piersiowych u kobiet karmiących rozwijają się nieraz procesy zapalne brodawki i przyległych części, jakoto: mamillitis, phlegmone areolaris, Lymphangitis lub erysipelas, albo phlegmone w pokrywającej gruczoł skórce albo przez szerzenie się zapalenia w głąb powstaje mastitis interstitialis często wiodąca do ropienia.

Zastanawiając się nad przyczynami i profilaktyką wymienionych cierpień, autor przychodzi do następujących wniosków:

1) Najczęściej przyczyną zapalenia gruczołów sutkowych (mastitis), jest zakażenie szczelin brodawkowych, które nieraz bywają tak małe, że łatwo mogą być przeoczone. Dla wykrycia ich autor radzi posmarować brodawkę słabym kwasem (np. 3-procentowym kw. octowym), który sprawiając na miejscu pęknięcia uczucie palącego bólu, wykaże obecność szczeliny.

2) Oprócz niezachowywania odpowiednich przepisów czystości (nieumywanie rąk powalanych odchodami przez dozorczyńnię akuszerki i t. d. niezmywanie mleka, które zostając na brodawce rozkłada się) przyczyny infekcyi należy szukać w błonie śluzowej ust ssawca. Niektórzy autorowie (Hausmann, Kalténbach), przypisywali własności infekcyjne błonie śluzowej ust dziecka cierpiącego na pleśniawk (Soor), normalną zaś błonę śluzową ust dziecięcych uważa za względnie czystą i nieszkodliwą. Otóż zdanie to autor uważa za błędne. Badając codziennie błonę śluzową ust 60-iu noworodków, autor zeskrobywał z rozmaitych miejsc małe cząsteczki i zabarwiając za pomocą Anilinblau rozpatrywał pod mikroskopem. Rezultat był następujący:

W pierwszych godzinach po urodzeniu nabłonek błony śluzowej był zupełnie czysty, albo też napotykały się tylko kropelki tłuszczu, lecz nie było bakteryj. Ale jeszcze w ciągu pierwszego dnia, najdalej drugiego pojawiały się mikrokokki i bacille, z których pierwsze występowały już pojedynczo, już to po dwa ułożone w postaci biszkoptu, już to złączone w grupy i wypełniały nieraz zupełnie komórki nabłonkowe, drugie zaś występowały najczęściej pojedynczo i układały się na nabłonku.

Zabarwienie anilinowe nie pozwalało wziąć je za ziarenka tłuszczu lub białka.

3) Jeżeli królikowi zaszczepić pod skórę ucha, lub w okolicy łędźwiowej, małą ilość nabłonka zeskrobanego z języka kilkodniowego dziecka i ranę antyseptycznie opatrzyć, to w krótkim czasie na miejscu zaszczepienia utworzy się guz zapalny, a następnie ropień. W podobny sposób utworzone nie zakaźne rany, na odpowiednich miejscach drugiej strony goją się bez żadnej reakcyi. Ztąd wniosek, że:

Śluz zawarty w jamie ustnej dziecka i nabłonek zawierają bakteryje, które są sprawcami zapalenia brodawki sutkowej, a ztąd i całej sutki.

4) Zadaniem profilaktyki jest: zmniejszenie mechanicznego tarcia przy ssaniu i unikanie wszelkiej infekcyi, szczególnie bezpośredniego zetknięcia się ust dziecka z popękaniem brodawkami.

W tym celu autor zaleca nakładanie na brodawkach gumowych kołpaczek (Gummihütchen),

których zalety poznał w ciągu długoletnich obserwacji klinicznych.

(*Der prakt. Arzt.* Nr. 3, 1883).

331. Dr. GOEDICKE gorąco zaleca **butylchloral** czyli **Crotonchloral**, jako środek znieczulający i załuje, że środek ten nie jest uznany za oficjalny przez farmakopeę. Autor bardzo często używał go i przekonał się że butylchloral już w dawce 0,15 (gr. 2 1/2) działa znieczulająco na nerw trójdzielny i w umiarkowanej dawce nie wywiera żadnego ubocznego działania. Przy bólu zębów bez względu na przyczynę ma działać prawie z absolutną pewnością; toż samo przy bolesnych zapaleniach oka, oraz przy uporczywym bólu głowy. Za największą zaletę tego środka G. uważa to, że można go bez żadnej obawy podawać dzieciom w czasie ząbkowania w odpowiedniej dawce i że nietylko usuwa spowodowany bólem niepokój, ale i zjawiska odruchowe.

U dorosłych autor przepisywał: Butylchlor. 1,50 — 2,00, Spir. vini 6 (ad. sol.), aq. 120, Syr. cort. Aur. 25,0, co 1 — 2 godz. łyżkę stołową. — Albo: 0,15 — 20 pro dos. in caps. amylae. (popić winem) co 1 — 2 godzin kapsułkę. Dla dzieci około roku: Butylchlor. 0,40, Spir. vini 2, Aq. et Syr. aa. 25,0, co 1 — 2 godzin łyżeczkę od kawy; 10-letnie dzieci znoszą 0,15 — 0,20 pro dos., ale najczęściej potem zasypiają. Podczas bólu autor radzi przyjmować co godzinę, po ustaniu zaś bólu (po 3 — 4-jej dawce) co 2 godziny w ciągu całej doby, gdyż w przeciwnym razie skutek jest tylko chwilowym. Dr. v. Kirchbaur, widział również dobre skutki od użycia butylchloralu przy neuralgicznym bólu zębów porażającym zazwyczaj nie jeden, lecz kilka zdrowych zębów.

Sposób przepisania jest następujący: Chloral. butyl. 5,0, Glycer. 30,0, Aq. destill. 100,0 Syr. cort. aurant. 20,0. olei Foeniculi gutt. V. Z tego lekarstwa otrzymywali pacjenci jedną łyżkę stołową, a jeżeli po godzinie uczuwali jeszcze silny ból, brali drugą łyżkę.

Większa część pacjentów doznawała znacznej ulgi już po pierwszej łyżce; ubocznego działania K. nie spostrzegali chyba najwyższej lekką skłonność do snu. Przy bólu od próchnienia zęba i obniżenia miazdry zębowej, K. stosował wewnętrznie crotonchloral lub miejscowo chloroform, ale nie zawsze z pożądanym skutkiem. Skuteczniejszym okazał się następujący sposób: do naczynia szklanego wlewa się w równej ilości Chioralhydrat i kwas karbолоowy aż do rozpuszczenia i do roztworu tego wkłada się wata Bruns, którą się tam wstawia. W razie potrzeby należy kawałek waty odkroić, sformować kulkę i włożyć w chory ząb. (*Der prakt. Arst.*

Nr. 5 — 1883. *Allg. Med. Centralzeitung* Nr. 21, 1883).

332 P. BERT i P. REGNARD przekonali się, że przy działaniu wodą utlenioną na ciała białkowe te ostatnie zaminują się na albuminozę. Autoro-

wie umieszczali w wodzie utlenionej: włóknik, biało z jaj skrzepnięte, mięso pieczone, krew wysuszoną, sernik i pozostawiali te mieszaniny na 24 godziny w cieplecie 40° C. Po upływie tego czasu powstały przezroczyste roztwory, które przedstawiały następujące reakcje:

Tworzył się w nich osad w skutek dodania kwasu garbnikowego, roztworu Brücke'go, wysokoku absolutnego. Nie powstawał zaś osad: przy gotowaniu i przy dodaniu kwasu azotowego. Reakcje te wykazują, iż w roztworze znajduje się albuminoza. (*Comptes Rendus de la société de Biologie* Nr 6 — 1883.)

333 A. LEBLOND. Stosowanie octu przeciwgnilnego Pennes'a, przy vaginitis blenorragica.

Octet przeciwgnilny Pennes'a ma skład następujący:

Kwasu salicylowego	30 grm.
Octanu alunu	— 30 „
Wysokoku skoncentrowanego z eucalyptus globulus	— 100 „
z werbeny	— 900 „
z lawandy	— 100 „
z benzoesu	— 10 „
Kwasu octowego	8 100 „

Autor stosował go u znacznej liczby chorych w czasie, w którym stan ostry w części już przeminał. Leczenie polegało na wprowadzeniu do pochwy tampona z waty, napojonego powyższym płynem, rozcieńczonym, względnie do czułości, do połowy lub 1/4 części wodą. W ciągu kilku dni takiego leczenia, wypływ ropny z pochwy ustawał. — Tampon pozostawał niekiedy w pochwie przez 2 lub 3 dni, a po wyjęciu uigdy przykrego odoru nie wydawał.

Autor poleca ten płyn do stosowania przy wstrzykiwaniach i przemycaniach w przebiegu położu zwłaszcza przy cuchnących odpływach. W tym ostatnim razie używa 4 — 6 łyżek octu na pół litra wody letniej, w zwykłych przypadkach 2 — 3 łyżek na pół litra jest wystarczającym.

(*Annales de Gyn. Czerwiec* 1883).

334 Środek przeciwko ostremu gośćcowi

Mortier Granville z Londynu poleca następujący przepis przeciw ostremu gośćcowi.

Rp. Tinct aconiti m. XII
Ammonii sulphidi m. XVI
Aqua ment. virid. destill. gr. VI.

Ilość tę podzielić na cztery części i co 4, a w cięższych wypadkach co 3 godziny używać czwartą część; zaprzestać zaś gdyby bóle i gorączka ustąpiły. Więcej jak na cztery dawki przepisywać nie należy, z obawy działania tinct. aconit.

(*Brit. med. Journ.* April 1883)

335 **Nowe kleszcze akuszeryjne** przedstawił prof. Łazarewicz. Kleszcze te są proste i bez krzywizny miedniczej; autor przedstawił je poprzednio już na zjeździe lekarskim międzynarodowym w Londynie, obecnie zaś opisuje obszerniej znaczenie ich praktyczne. Kleszcze składają się z dwóch gałęzi, mających 32 cm. długości; największa odległość ramion wynosi 8 cm., a końców 2 i pół cm.; przy tem końce są niezmiernie cienkie, największa szerokość ramion wynosi 4 cm., szerokość okienek—7 milimetrów. Rękojeście przy końcu zgięte są pod kątem prostym. Zamykają się kleszcze bez skrzyżowania, natomiast jedna rękojeść posiada otworek—druga zaś kolec, który zastrubowywa się w otwór ten za pomocą niewielkiej śruby,—w ten sposób rękojeście mogą być zbliżone do siebie lub oddalone (największe oddalenie wynosi 2 i pół cm.)—kleszcze te są również ruchome w kierunku przednio-tylnym. Prof. Łazarewicz w ciągu dwóch ostatnich lat, posługuje się jedynie opisanymi szczypcami i wyniki otrzymuje zadawalniające.

(*Wraccz*, 12/24 maja 1883)

336 **Photophor elektryczny D-ra P. Hélot'a (Trouvé'go).**

Przedstawiony był w dniu 16 kwietnia b. r., akademii umiejętności w Paryżu, dnia zaś następnego demonstrował go Dr. Dujardin-Beaumetz, akademii lekarskiej.

Składa się on z lampki elektrycznej umieszczonej w cylindrze metalowym, między reflektorem a soczewką skupiającą. Światło, którego dostarcza jest bardzo znacznego natężenia, nie zmieniające koloru tkanki. — Źródłem elektryczności jest stos z dwuchromianu potażu.

Aparat jest mały i bardzo lekki i umieszcza się ua czole. Dla ginekologów zwłaszcza posiada wielką wartość, już to przy samem badaniu wziernym, gdy światło dzienne nie jest wystarczającym już to przy operacjach fistułu i na szyjce macicznej. Stos służący do oświetlenia, może również być użytym do małych kauteryzacji, jak również do rozpalenia pętli galwanicznej.

(*Annales de Gyn. Czerwiec* 1883).

337 **Przeciwko ostremu niezytowi kiszek i przeciwko przewlekłej bieguncie krwawej (dysenteryja),** Eschle z dobrym skutkiem stosował podskórne wstrzykiwania ezeryny. W spostrzeżeniach E. dawka wynosiła 0,001—0,0015 grm. = $\frac{1}{60}$ — $\frac{1}{43}$ grm. siarczanu ezeryny (2—3 podziałek, szprycki Pravatza $\frac{1}{2}$ proc. roztworu. Dawki wyższe mianowicie 0,0025 grm. = $\frac{2}{43}$ grm., (5 podziałek powyższego roztworu) działają według doświadczeń E. przeczyszczająco. Autor radzi, dla uniknienia nie-

pożądanych objawów, zastrzykiwać ezerynę tylko raz dziennie i nie dłużej jak 1—3 dni.

(*Neurol. Centrbl.* Nr. 10—1883).

Wiadomości bieżące.

— Docent REIN, mianowany został profesorem akuszery i ginekologii na uniwersytecie kijowskim. (*St.-Pet. Med. Woch.* N. 22—1883).

— Dr. SPINA został mianowany zwyczajnym profesorem patologii ogólnej na czeskim uniwersytecie w Pradze. (*All. Wien. Zeit.* Nr. 24—1883).

— Rozporządzenia higieniczne lorda Wolsleya w Egipcie.

Lord Wolsley przyjmując deputacyę towarzystwa Wstrzemięźliwości z Blackbaru, wygłosił mowę o której wiele pisano w angielskiej prasie lekarskiej. Wolsley jest przeciwnikiem nawet najbardziej umiarkowanego użycia napojów wysokowych i wzbrowił takowy w Egipcie, pomimo, że niekiedy musiał walczyć nawet z opiniją lekarzy wojskowych.

„Medical Times and Gazette”, czyni lordowi zarzut w tym względzie, uważając absolutne wzbrowienie użycia trunków jako przesadę; albowiem w pewnych wyjątkowych przypadkach użycie takowych, może być ze stanowiska higienicznego usprawiedliwionem.

(*Révue d'hygiène et de Police Sanitaire.* Avril)

— Proces wydawcy „Deutsche-Med. Zeitung”

—ogłasza pismo to w N. 23 r. b.

Niejaki pan Brozeit, dr. med. w Berlinie, oskarża wydawcę o obrazę wyrządzoną mu w dwóch odpowiedziach od redakcyi w r. z., w których redakcyja w dość ostrych wyrazach zwraca uwagę p. B., na niewłaściwość reklam o cudownem leczeniu rozmaitych nieuleczalnych cierpień, nazywając takie postępowanie „szacherką anonsową”.

Sąd na podstawie, iż reklamy o leczeniu niezwykłe pomysłnem, którego skutków nadto nie ogłaszano rzetelnie w żadnych organach specjalnych w istocie uważać należy jako szacherkę anonsową, uwolniła redakcyę, skazując ją tylko za wyrażenie w drugim liście, iż autor: „womitował w „Berliner Tagblatt”, uważając takowe za przesadę mającą już cechę obrazę, na trzy marki kary, a „w razie nie zamożności na dzień aresztu”. (*D. M. Z.* 23—1883).

Do dzisiejszego N-ru Kroniki Lekarskiej dołącza się Regulamin **Zakładu leczenia wodą Fürstenhof.**