

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija doświadczalna.

381. Dr. FEHLEISEN. **Etiologija róży.** *Die Aetiologie des Erysipels.* (Berlin, 1883—str. 38 i 1 tab. litogr.).

Angielscy chirurgowie pierwsi zwrócili uwagę na zaraźliwość róży. Wernher w Niemczech, a Velpeau we Francyi, pierwsi stali się gorącymi zwolennikami téj teorii i przyczynili się wielce do jej rozprzestrzenienia. Volkman opisuje różę jako charakterystyczną chorobę przyrananą, powstałą pod wpływem jakiegoś nieznanego trującego pierwiastka, którego jednak natury bliżej nie określa. Dopiero Hüter pierwszy wypowiada przypuszczenie, iż przy róży mamy do czynienia z ożywionym zarazkiem. Późniejsi badacze jak: Łukomski, Billroth, Tillmans i t. d. wszyscy znajdowali przy róży różne bakteryje.

Przy obecnym stanie nauki, aby dowieść pasożytowej natury jakiejś choroby nie dość jest wykazać obecność bakteryj w każdym przypadku téj choroby, lecz należy przekonać, iż mikroorganizm ten jest rzeczywiście specyficzny i posiada charakterystyczne własności morfologiczne.

Takiego to zadania podjął się autor dla róży.

Pierwszą część swéj pracy, mającą na celu zbadanie, czy w każdym przypadku róży znajdują się w tkankach specyficzne bakteryje, F. ogłosił jeszcze w 1881 r. w 14 tomie Deut. Zeitschr. f. Chir., autor po zbadaniu 11 przypadków róży u człowieka doszedł do następującego rezultatu: w każdym przypadku róży naczynia limfatyczne skóry i tkanki podskórnej, przepełnione są mikrokokkami układającymi

się łańcuszkowato. Mikrokokki te znajdują się téż w kanalikach sokowych skóry, nigdy jednak nie przechodzą do naczyń krwionośnych, jak to utrzymywali poprzedni badacze.

W odcinkach skóry świeżo zajętych nie napotyka się żadnej reakcyi ze strony tkanki; w odcinkach dawniej zajętych spotykamy odczyn zapalny (obrzęk, nacieczenie drobnokomórkowe). W jeszcze dawniej zajętych częściach spotykamy się z nacieczeniem drobnokomórkowem, lecz kokków już tam odróżnić nie możemy.— Na zasadzie tych badań autor już wtedy przypuszczał, iż mikrokokki te są specyficzne dla róży, brakło jednak jeszcze dowodów, które mogło dostarczyć hodowanie i przeszczepianie otrzymanych sztucznie kolonii. Dowodów tych dostarcza obecnie streszczana broszura, która stanowi jakby 2-gą część pierwszej pracy. Autor szczepił kawałeczki skóry, brane od chorych na różę, na odpowiednim gruncie (Fleischinfus-Gelatine), i pozostawiał przy temperaturze +20° C; po 2-ch dniach, na powierzchni pokazały się białe punkciki, które powoli się powiększając, zlały się ze sobą.

Następnie autor przeszczepiał tak otrzymane mikroorganizmy na świeży grunt i w ten sposób otrzymał 14 sztucznych generacyj.

Zwykle po 24 godzinach pojawiały się już małe białe punkciki, które się zwolna powiększały, po 6-ciu dniach rozwój był już zupełnie ukończony. F. utrzymuje, iż sposób rozrastania się mikrokokków róży na sztucznym gruncie jest dla nich charakterystyczny, jest to podług niego jedyny sposób dla łatwego odróżnienia mikroorganizmów róży od mikroków posocz-

nicy, ropnicy i t. d., które się też mogą układać łańcuszkowato, lecz całkiem inaczej rozwijają się na sztucznym gruncie.

Szczepienia autor dokonał na 9-ciu królikach, (na uchu), u jednego tylko róża się nie rozwinęła. Zresztą u wszystkich, w 36—48 godzin (incubatio), po zaszczeniu temperatura podniosła się o 1—1,5° C i występowało ostro odgraniczone zaczerwienienie ucha, rozprzestrzeniające się zwykle w kierunku żył do podstawy ucha, następnie zaś na głowę i kark. Po 6—10 dniach cały proces był ukończony, wszystkie zwierzęta wyzdrowiały. W jednym przypadku, gdy proces doszedł do środka ucha, autor odciął chorą część termokauterem Pacquelina, temperatura natychmiast opadła do normy i zwierzę pozostało zdrowem. Odcięta część zbladła natychmiast, a badanie histologiczne wykazało zmiany zupełnie podobne do napotykanych u człowieka przy róży.

Doświadczenia te niepozostawiają żadnej wątpliwości, iż autor rzeczywiście miał do czynienia ze specyficznym zarazkiem róży, hodowla i próby szczepienia dowodnie to wykazują.

Experymentalna róża autora różni się od dotychczas otrzymywanej Pseudoerysipelas:

1) odgraniczoną, rozprzestrzeniającą się na coraz to nowe odcinki, czerwonością skóry.

2) gojeniem się bezreakcyjnym punktów w których jad szczepiono.

3) brakiem wszelkiego ropienia.

Chcąc wypróbować leczniczy wpływ róży, autor szczepił ją u 7-miu chorych, a mianowicie: w 1 przypadku licznych *fibrosarcomae cutis*, 3 przypadkach *carcinomae mammae inoperabilis*, 1 przypadku *sarcomae prawego oka* (2 szczepienia), 2 przypadkach *lupus*. Rezultat nie był świetny, prawie w każdym przypadku występowało nieznaczne zmniejszenie guza, lecz nie następowało radykalne wyleczenie. Godnem uwagi jest, iż najlepszy rezultat otrzymał autor przy carcinoma

mammae: w 1 przypadku zupełne wyleczenie, w 2 zaś znaczne zmniejszenie nowotworu. Jeden przypadek *lupus* też się skończył wyleczeniem.

Autor przypuszcza iż różne nowotwory, różnie się względem zarazka róży zachowywać będą, naturalnie trudno o tem przesądzać z tak małej liczby doświadczeń.

Rozumie się, iż wskazaniem do szczepienia róży w celu leczniczym, może być tylko zupełna niemożność usunięcia nowotworu na drodze operacyjnej. Róża szczepiona przez autora u chorych była badana przez Bergmanna, i wielu innych lekarzy i jednomyślnie uznano ją za prawdziwą różę przyraną.

Okres wylegania (incubatio) wynosił najmniej 15 godz., a najwięcej 61 godz.—Próby powtórnego szczepienia na tych samych osobnikach wykonane przez autora, dowodzą iż organizm po przebyciu róży zyskuje pewną odporność (immunitas), choć na czas bardzo krótki (w jednym przypadku szczepienie, dokonane w 33 dni po przebyciu róży, pozostało bez skutku).

Tak więc autor odkrył prawdziwy zarazek róży; różni się on od mikroorganizmu opisywanego przez Hüter'a tem, iż nie posiada samodzielnych ruchów, od opisywanych zaś przez Łukomskiego i Billoth'a tem, iż go wcale nie ma w naczyniach krwionośnych. Poprzedni badacze mieli prawdopodobnie do czynienia z różą powikłaną ropnicą, lymphangoitis lub phlegmone. Rozprzestrzenianie się zarazka li tylko w drogach limfatycznych, jest specyficzne dla róży. Wprawdzie i przy lymphangoitis napotykamy mikroorganizmy w naczyniach limfatycznych, lecz takowe morfologicznie bardzo się różnią od zarazków róży, a oprócz tego przy lymphangoitis zwykle daje się wykazać pierwotne ognisko zapalne, z którego zarazki dostały się do naczyń limfatycznych; przy róży tymczasem mikroorganizmy zjawiają się pierwotnie w naczyniach limfatycznych, w nich się rozmnażają i rozprze-

strzeniają na wszystkie strony, niekiedy nawet w kierunku wręcz przeciwnym kierunkowi limfy.

Co się tycze rozprzestrzeniania się róży to nie ulega wątpliwości, że jest ona chorobą kontagijną. Nie jest to jednak jedyny sposób szerzenia się róży, przeciwnie, biorąc na uwagę epidemiczne występowanie róży twarzy, zależność róży od pory roku i t. d., należy przypuścić, iż zarazek może się rozwijać i zewnątrz ludzkiego organizmu.—Z drugiej znowu strony próby szczepienia, robione przed otrzymaniem sztucznych hodowli mikroorganizmu, po większej części nie udawały się, dowodzi to że niebezpieczeństwo zarażenia przez chorych na różę wcale nie jest tak wielkie. Zarazki, dostawszy się do organizmu, giną w nim równie szybko jak się rozmnażały i nie są w stanie wydostać się na jego powierzchnię, aby ztąd zarażać inne osobniki.

Co się tycze zachowania się mikrokoków róży do różnych środków przeciwnilnych to autor przeprowadził doświadczenia z roztworem kwasu karbolowego (3%) i sublimatu (1 pro mille), i przekonał się, że dla zabicia zarazków muszą się one znajdować przez 45 sekund pod wpływem kwasu karbolowego, a tylko przez 15 sekund pod wpływem roztworu sublimatu.

H. W. Krajewski.

II. Medycyna wewnętrzna.

382. Prof. M. J. ROSSBACH. **Działanie fizjologiczne i terapeutyczne papayotyny i papainy.** (*Ztschr. f. klin. Med. Bd. VI H. VI.*)

Carica papaya pochodzi z Ameryki południowej, daje się jednak zaaklimatyzować nawet w Niemczech (w cieplarni Gruson'a w Berlinie). Drzewo, liście i owoce zawierają obficie sok mleczny, wypływający z nacięć i krzepnący na powietrzu. Sok mleczny gnije łatwo, lecz można go zachować przez dodanie doń cukru, gliceryny, eteru i chlórformu.

Skład soku mlecznego. Podług Wurtz'a i Bouchut płyn ten ma odczyn obojętny, krzepnie szybko na powietrzu i dzieli się na dwie części: na trudno rozpuszczalną papayotynę (Peckolt), oraz na bezbarwną, przezroczystą surowicę. Wyskok wydziela z soku trawiący ferment, tak zwaną papainę.

Papayotyna rozpuszcza się w wodzie, przy czem zapewne zamienia się na wodań i daje z wysokiem również papainę. Ostatnia, oczyszczona za pomocą octanu ołowiu, rozpuszcza się łatwo w wodzie, przy gotowaniu mętnieje; kwasy: solny, saletrany, metafosforowy tworzą osady. Papaina tedy pod względem oddziaływania chemicznego jest podobną do ciał białkowych.

Działanie trawiące soku mlecznego, papayotyny i papainy. Już w r. 1750 Griffith Hughes, a za nim później i inni opisywali trawiące działanie soku. W nowszych czasach zajmowali się tem dokładnie: Roy, Wittmack, Wurtz i Stratjewsky. Roy wykazał wpływ soku mlecznego na surowe mięso, skrzepłe białko (gluten); działanie soku jest daleko mocniejszem, niż soku żołądkowego. Wittmack znalazł, iż sok mleczny działa głównie przy niższej ciepłocie, zaś na punkcie wrzenia wpływu nie wywiera. Według Wurtz'a papaina zamienia włóknik na pepton, który nie daje się strącić kwasem saletrzanym; papaina działa na białko podobnie jak sok trzustkowy (tripsyna).

Działanie fizjologiczne. W żołądku papayotyna nie wywołuje żadnych szkodliwych zmian miejscowych, jak to stwierdziły liczne spostrzeżenia autora i innych badaczy. Zwierzęta chętnie spożywają duże ilości owocu papayowego, zachowując przy tem doskonały apetyt. Błona śluzowa przelyku i żołądka pozostają nie naruszone.

Wstrzyknięta bezpośrednio do krwi psów, królików i żab, papayotyna spowodowała śmierć po 5 minutach do pół godziny (w ilości 0,05 — 1 grm.); przyczyną

śmierci bywa bezwład serca. Otrute żaby, którym następnie odcięto głowę, już po upływie 5 minut nie okazywały żadnych odruchów podczas zanurzania jednej z kończyn w kwasach. Skurcze serca były bardzo słabe. U niektórych zwierząt występowały drgawki kloniczne. Zastrzyknięty *podskórnie* słaby roztwór papayotyliny wywołuje po 24 godzinach rodzaj obrzęku w miejscu i dokoła ukłucia; następuje rozmiękczenie części, leżących pod skórą, nie zaś samej skóry. Papayotyna przenika zapewne do naczyń chłonnych i przetrwawia własne ich ścianki oraz otoczenie. Wszystkie włosy w miejscu działania papayotyliny wypadają, lecz po kilku tygodniach odrastają znowu. Tak pomyślne zejście bywa jedynie przy zastrzyknięciu 0,05 grm. płynu, zmieszanego z kwasem karbolowym, lub bornym. Bez tych ostatnich środków nawet małe dawki wywołują ropienie.

Pod wpływem większej ilości skóra i pod nią leżące części ulegają zgorzeli suchej.

Wpływ papayotyliny na rozwój najniższych ustrojów i na sprawy gnilne. Jakiegokolwiek ciała białkowego, strawione w świeżo przygotowanym roztworze papayotyliny, gnieje szybko, wydając zapach gnilny, oraz zawiera niezliczone mnóstwo bakterij. Gdy się owo ciało białkowe podda sterylizacji za pomocą ogrzewania do 65°, lub dodawania środków przeciwnilnych, gdy się dalej usunie wpływ powietrza,—trawienie odbywa się wolniej i bez gnicia.

Zwierzęta, otrute papayotyną, gniją szybciej od zwierząt uduszonych. We krwi pierwszych znaleźć można mnóstwo bakterij, których w ostatnich prawie wcale nie ma. Nawet krew żywego królika, któremu zastrzyknięto papayotynę, zawiera masę mikrokokków.

Zastosowanie lecznicze papayotyliny. Przedewszystkiem zwraca autor uwagę na następujące punkta:

1) Papayotyna, zadana wewnątrznie, wcale nie jest szkodliwą.

2) Do wstrzykiwań podskórnych należy używać tylko płynów sterylizowanych i to w małych dawkach.

3) Wstrzyknięta do krwi papayotyna działa na serce i układ nerwowy paraliżująco.

Papayotynę zalecano dotąd:

a) Przy rozmaitych wysypkach skórnych i piegach.

b) Celem usunięcia guzków rakowatych w skórze. Bouchut zastrzykiwał P. do gruczołów zwyrodniałych w okolicy szyjowej; po upływie 3 dni gruczoły miękły i przechodziły w ropienie.

Autor radzi tam tylko zastrzykiwać papayotynę, gdzie wyłuszczenie nowotworów z jakichbądź względów bywa niemożliwym.

c) Papayotyna wpływa na oddzielenie błon dyferytycznych i dławcowych. Kohtsi Asch, Frentzel, Leyden i inni chwalią bardzo P. przy wzmiankowanych chorobach, Berkholtz jest przeciwnego zdania; ostatni zapewne nie używał czystego przetworu. Z tego względu autor radzi brać *Papyotinum cristallisatum purum* w możliwie stężonym roztworze. W ciężkich przypadkach błonicy, należy co 5 minut pędzlować lub wdmuchiwać w nos i usta papayotynę.

d) Papayotynę zastosowano we Francji dla trawienia mięsa przy niestrawności i innych cierpieniach przewodu pokarmowego. Albrecht dawał syrop P. małym dzieciom. Małe dawki P. szybko usuwają wymioty, jako też złe trawienie.—Autor zaleca P. także w lewatywach.

e) P. prawdopodobnie byłaby korzystną przy niektórych postaciach raka żołądka.

f) Podług Descourtilly i Tussac'a papayotyna zabija wnętrzaki (*entozoa*).

Pacanowski.

333. SATLOW. O leczeniu błonicy olejkim terpentynowym.— (Odczyt miany na posiedzeniu Towarzystwa le-

karskiego w Lipsku.—*Jahrb. f. Kinderheilk. etc. T. XX str. 53—1883).*

Od kilku lat autor doszedł do przekonania, że samo leczenie miejscowe błonicy nie jest wystarczającym. Jako uczeń THOMASA, podziela jego przekonania co do szkodliwości środków żrących. Z miejscowo stosowanych środków używał dotychczas tylko kali chloricum, lub wodę wapienną, lekkie roztwory kwasu karbowego, tanniny lub nadmanganianu potażu. Oprócz tego zalecał do środka kali chloricum, dopóki nie przekonał się o niebezpiecznych objawach przy nadużyciu tego środka,—dalej wodę chlorową, chininę, kwas salicylowy, półtorachlorek żelaza, bendżwinian sody, pilokarpinę i t. d. W ciągu ostatnich dwóch lat prawie wyłącznie używa przy błonicy olejku terpentynowego.

Środek ten był już poprzednio zalecany w błonicy przez Bossego i używanym jest przez lekarzy amerykańskich. Autor w ciągu 2-ech lat leczył 43 przypadki błonicy za pomocą tego środka, z tych 8 u dorosłych i 35 u dzieci. Z tych wszystkich tylko jedno dziecko 5 letnie w 16 dniu choroby zmarło przy objawach porażenia serca. Procent więc śmiertelności wypada $2\frac{1}{3}\%$, a biorąc pod uwagę tylko 35 dzieci, procent ten wyniesie 3% . Epidemija przez te dwa lata panująca w Lipsku i okolicach, miała charakter dość złośliwy, i ogólny procent śmiertelności z błonicy w tym czasie był znacznie wyższy. Trzeba tylko dodać, iż wszystkie prawie przypadki autorowi zdarzyły się w średnich i wyższych warstwach publiczności i nie należały do osób z proletaryatu.

Autor utrzymuje, iż traktował olekiem terpentynowym tylko rzeczywiste i nieulegające wątpliwości formy błonicy, którym towarzyszyły ogólne objawy gorączkowe, obrzmienie gruczołów podszczękowych i t. d. Błonicy wklajającej płonice, nie zalicza do tej statystyki. Autor podaje tablicę wszystkich 43 przypad-

ków, z której się pokazuje, iż 3 razy błonica rozszerzała się na krtań, 3 razy zajmowała jamy nosowe, 1 raz występował białkomocz stały, 6 razy przechodni białkomocz, 1 raz mocz był krwawy, 4 razy były porażenia podniebienia, mowa nosowa i zaburzenia ruchów połykania. Wypadki to były więc stosunkowo ciężkie i prócz jednego zakończyły się wyzdrowieniem.

Autor zadawał olejek terpentynowy oczyszczony, w dość znacznych ilościach, mianowicie dorosłym po łyżce stołowej, dzieciom zaś do piątego roku życia, po łyżeczce od kawy, starszym po łyżce dziecinnéj—2 razy dziennie. Po każdej dawce dawał znaczną ilość mleka lub wina.—Ogólna ilość użytego lekarstwa nie przenosiła u dzieci 15 grm. u dorosłych zaś 25 do 30 grm. Z powodu występowania często objawów podrażnienia żołądka, palenia w dołku i wymiotów, autor dodaje obecnie do 15 grm. olejku terpentynowego 1 grm. eteru siarczanego,—co ma łagodzić działanie na przewód pokarmowy. Po kilku dawkach zwykle występuje ból przy urynowaniu (stranguria), mocz przybiera zapach fijołków, i występuje kilka stolców brunatnych lub zielonych, mocno woniących olekiem terpentynowym.—Silniejszych objawów podrażnienia kanału pokarmowego autor nie widział. Zresztą tolerancja na środek ów bywa u rozmaitych osób bardzo różną. Autor po ustąpieniu strangury, nieraz znowu olejek terpentynowy zadawał w dalszym ciągu.

Autor utrzymuje, iż widział niezmiernie pomyślny wpływ na miejscowy przebieg procesu przy zadawaniu olejku terpentynowego, a także na obniżenie ciepoty ciała, i w ogóle zachęca ogół lekarski do dalszych prób nad tym środkiem przy błonicy.

Według poszukiwań Roberta Kocha, olejek terpentynowy już w rozcieńczeniu 1:75000, przeszkadza rozwojowi laseczników wąglikowych (Milzbrandbacillen),

pomiędzy więc substancjami przeciwważnymi poczesne zajmuje miejsce. Według autora nie można wątpić o podobnym działaniu jego względem bodźców chorobowych błonicy.

W. Kosmowski.

384. A. BAER. Suchoty w więzieniach. (*Ztschr. f. klin. Med. Bd. VI H. VI.*)

Warunki zdrowotne w więzieniach są dziś o wiele lepsze w porównaniu z temi, jakie przed laty istniały. Dawniej bardzo często panowały tam złośliwe tyfusy, ospa, szkarlatyna i dysenterya. Obecnie wszystkie te choroby pojawiają się rzadziej, natomiast statystyka pokazuje ogromny procent śmiertelności z suchot płucnych.

Autor przytacza nader ciekawe cyfry pod tym względem, z których niektóre tylko przytaczamy.

W więzieniach amerykańskich w latach 1829 — 45 na 100 przypadków śmierci: w Filadelfii wypada 59 zmarłych na suchoty, w Baltimore 61, w Bostonie 66.— Na 1000 białych więźniów wypada 12,82 zejść śmiertelnych skutkiem suchot w Filadelfii; natomiast na 1000 mieszkańców wolnych w wieku 15—70 lat, umierało na suchoty w Nowym-Yorku tylko 4,87, a zatem śmiertelność więźniów jest o 3 razy większą.

W Europie stosunek pozostaje prawie takim samym. Toulemouche podaje, iż w więzieniu w Rennes od r. 1831 do 1833 z liczby 540 więźniów 238 zmarło na suchoty. Podług Ferruis na 11 zejść śmiertelnych u mężczyzn, a 13 u kobiet przypada 5 skutkiem suchot. W więzieniach hollenderskich na 100 zmarłych wykazano 55,5 z suchot. W Anglii Dr. Baly, lekarz więzienia w Millbank, wykazał, że na 532 więźniów zmarło 2,1%, a z tych połowa na suchoty. W największym więzieniu Królestwa Saskiego Woldheim 45% wszystkich przypadków śmierci stanowią suchotnicy.

Autor zauważył, iż suchoty w tych

mianowicie więzieniach dają największy odsetek śmiertelności, w których przypadki śmierci są w ogóle dość rzadkie.

Suchoty w więzieniach, ani klinicznie, ani anatomicznie nie różnią się od téjże choroby u ludzi wolnych. Gruźlica prosówkowa bywa tam równie rzadką.

Zazwyczaj sprawa niszcząca rozpoczyna się od jakiegoś ogniska w szczytach płuc. Zupełnie zdrowi więźniowie stają się po jakimś czasie małokrwistymi, chudną, skarżą się na zaburzenia żołądkowe, utratę łaknienia i niemoc ogólną. Wielu z nich nie ma ani kaszlu, ani duszności, a jednak badanie fizykalne wykazuje zgęszczenia w szczytach. Praca fizyczna lub cierpienia moralne przyspieszają rozwój sprawy.

Laseczniki Koch'a, autor prawie zawsze znajdował w swych spostrzeżeniach nad więźniami.

Suchoty rozwijają się w więzieniach częstokroć po ostrem zapaleniu płuc lub opłucnej; rzadko następuje zupełne wessanie wysięku. U więźniów, przybywających do zakładu już z poczynającą się chorobą, przebieg suchot bywa bardzo szybkim.

Daliej wspomina autor o dość często występującem przewlekłym nacieczeniu (infiltratio) i zserowaceni u gruczołów chłonnych, zwłaszcza szyjowych i podszczękowych. Dawniej napotymano takie „zołzy więzienne” nierównie częściej i jakby endemicznie; obecnie pojawiają się stosunkowo rzadziej, niemal sporadycznie i przebiegają łagodniej.

Cierpieniu temu podlegają głównie osobniki młode. Obrzmienie gruczołów powstaje bez żadnych objawów zapalnych, dosięga mniej lub więcej znacznych rozmiarów i może przez czas dłuższy na tym samym stopniu pozostać. Rozmiękczenie postępuje bardzo powoli, aż w końcu gruczoł rozpada się na serowatą masę. Otarty ropień goi się bardzo długo i przy obfitem ropieniu. Takie cierpienie gruczołów poczytywać należy również za spe-

cyalny wytwór więzień, podobnie jak suchoty.

Jaka jest przyczyna tak częstego występowania suchot w więzieniach?

Jedni obwiniają tu raczej konstytucyję samych więźniów, niż niekorzystne warunki zdrowotne zakładów więziennych; są przeto zdania, iż więźniowie przynoszą z zewnątrz zarodki suchot. Pogląd ten nie jest słusznym; przybywają wprawdzie do więzienia ludzie, mający pewne usposobienie do suchot, lecz jest również wielu zupełnie zdrowych. Podług Baly'ego z liczby 1052 więźniów w Millbank w r. 1842, tylko 12 wstąpiło do więzienia z oznakami suchot; z pozostałych 1040 więźniów 312 było w zamknięciu tylko przez 2 miesiące, i z nich nikt na suchoty nie zachorował; zaś z 523, którzy byli tam przez półtrzecia roku, 47 dostało suchot, a 17 zmarło.

Największa liczba suchotników w przypadku w drugim lub trzecim roku pobytu w więzieniu, co już samo przez się dowodzi, iż takowe nabyte zostały tamże.

W więzieniach istnieje nierównie więcej warunków, mogących osłabić odporność ustroju, niż pośród ludzi wolnych; warunki te każdemu są zbyt dobrze znane, ażeby je tu przytaczać.

Oprócz tych wpływów zresztą autor przypisuje ważne znaczenie lasecznikom Koch'a, które, gnieżdżąc się w pyłe więziennym jako téż w płwocinie chorych więźniów, są przez innych wdechane.

Ważnym czynnikiem są także częste zaziębnienia, oraz wpływy pogody, na które więźniowie bywają narażeni. Sprawy nieżyłtowe i inne w drogach oddechowych powtarzają się często i są przez niekorzystne warunki miejscowe podtrzymywane. Zgęszczenia miąższu płucnego mogą zresztą powstawać nawet bez wpływów zapalnych, prosto skutkiem bezczynnego, nieruchliwego życia oraz skupienia wielu ludzi w ciasnym pomieszczeniu.

Autor na zasadzie faktów powyższych

zaleca skierować uwagę rządów więziennych na następujące okoliczności:

a) Przedewszystkiem radzi oddzielać więźniów zdrowych od suchotników;—plwocinę ostatnich, jak również ich suknie, pościel i bieliznę dokładnie dezynfekować.

b) Nie przepełniać pojedynczych zakładów więźniami; usunąć zbyt uciążliwą pracę; pozwalać więźniom na dłuższy pobyt na świeżem powietrzu, oraz lepiej ich żywić.

Pacanowski.

385. Dr. UNRUH. **Zapalenie mięśnia sercowego przy błonicy.** (*Ueber Myocarditis bei Diphtherie. Jahrb. f. Kinderheil. XX B. I H. 1883.*)

Zdarza się dosyć często, że dzieci które przechodziły błonicę, w okresie zdrowienia, nagle, albo w krótkim przeciągu czasu, umierają przy objawach porażenia serca. Przy oględzinach pośmiertnych, znajdujemy u takich dzieci serce rozszerzone, wiotkie, zwłaszcza w prawej połowie, mięśnie, łatwo się rozrywające, szarego lub brudno-żółtego koloru. Objawy te zależne są od nacieczenia lub przedrodzenia tłuszczowego.

Choroba ta ma przebieg zwykle podostry, z umiarkowaną gorączką, lub zupełnie bez takowej, z rozszerzeniem serca, z małym, po większej części bardzo przyspieszonym i nieregularnym pulsem. Po kilku tygodniach najczęściej następuje wyzdrowienie, przynajmniej u dzieci. Autor spostrzegł Myocarditis 8 razy po błonicy i raz po szkarlatynie. Z tych dziewięciu przypadków przypadło na chłopców 6, na dziewczęta 3, wiek wahał się pomiędzy 6 i 12 laty.

Choroba serca rozwija się tylko w tych przypadkach błonicy, w których proces zajmuje nie tylko migdały, lecz rozszerza się i na sąsiednie tkanki, przyczem nalot przedstawia się brudno-szarym, wydzielona z ust mocno cuchnącą, i w którym następnie powstają głębokie, trudno zablizniające się owrzodzenia.

Autor przypuszcza, że myocarditis roz-

poczyna się jednocześnie z białkomoczem, który jest wyrazem ogólnego zakażenia organizmu, jakkolwiek wtedy nie udawało mu się wykazać żadnych objawów ze strony serca. Przy tem robi uwagę, że porażenie nie występuje nigdy w tych razach, gdy błonica rozszerza się na krtań, objaśniając ten fakt w ten sposób, że w podobnych przypadkach wysięk, występując więcej na powierzchni, niż w głębi tkanek, nie wywołuje znacznych owrzodzeń.

Co się tyczy objawów, to najprzód i stale dają się zauważyć zmiany pulsu; staje się on mianowicie próżnym, lekko daje się ucisnąć, przy czem częstość uderzeń albo niezmieniona, albo zmniejsza się nawet, dopiero po 24 lub 36 godzinach dochodzi do 160—180 uderzeń na minutę; częstość i nieregularność pulsu staje się nierównie większą przy siedzeniu lub zmianie położenia. Stan taki trwa kilka lub kilkanaście dni, w jednym przypadku przeciągnął się do 6 tygodni.

Przy oględzinach okolicy serca i dotykaniu zauważyć można znaczne osłabienie uderzeń serca; opukiwanie wykazuje rozszerzenie się serca w wymiarze poprzecznym, tak, że stępienie odgłosu wypukowego dochodzi do środka mostka, a nawet w niektórych przypadkach przechodzi po za prawy brzeg tegoż. To rozszerzenie się prawego serca, możemy skonstatować już w 24 godzin po wystąpieniu objawów ze strony pulsu, powiększa się ono i trwa czas jakiś jeszcze, chociaż puls stanie się zupełnie prawidłowym.

Ostłuchiwanie z początku nie przedstawia nic szczególnego, później dopiero oba tony mają jednakową siłę, z powodu że pierwszy ton słabnie. W niektórych przypadkach zauważył autor *Dactylus rhythmus*, w dwóch zaś rytm galopujący. — Obok tych objawów we wszystkich przypadkach był obecny szmer razem z pierwszym tonem, podobny do występującego przy chlorosis. Objawy te znikają

wcześniej niż nieprawidłowości ze strony pulsu.

Co się tyczy innych objawów, to cieplota ciała z początku bywa nieco podwyższona, skóra sucha, dzieci nabierają wyglądu anemicznego, są apatyczne i senne; narządy oddychania nie przedstawiają żadnych zбочeń; trawienie funkcjonuje prawidłowo.

We wszystkich przypadkach w chwili gdy proces dyfterytyczny dosięgał najwyższego punktu występował białkomocz, przy niezmienionej ilości moczu i bez pojawienia się puchliny wodnej. Białkomocz po dość krótkim przeciągu czasu zniknął, przy wystąpieniu zaś zaburzeń ze strony serca występował znowu, przyczem ilość białka w moczu była znacznie większą niż poprzednio, ilość moczu była zmniejszoną, pojawiał się obrzęk, a w 1-ym przypadku nawet ascites.

Rokowanie w przypadkach rozwijających się powoli z przebiegiem podostym, jest dosyć pomyślne. Ostro występujące i szybko przebiegające przypadki kończą się zawsze śmiercią. U dorosłych stosunki mogą być inne, lecz te są autorowi nieznane.

Przy leczeniu znakomite usługi oddawała autorowi kamfora w stosunku 0,5 na 100,0 co dwie godziny łyżeczkę. Oprócz tego U. dawał *Tinctur. ferri Bestuscheffi*, a także wino, koniak, wino szampańskie. W przypadkach z ostrym przebiegiem robił iniekcje z eteru, piżma, kamfory, jednakże bezskutecznie.

W końcu autor wyjaśniając istotę choroby utrzymuje, że nietylko w przypadkach kończących się śmiercią, co wykazują zresztą oględziny pośmiertne, ale i w kończących się wyzdrowieniem mamy do czynienia z procesem w samym mięśniu sercowym i żadną miarą uważać nie można tej choroby za nerwicę serca.

W. Mączewski.

386. H. LELOIR. **Chroniczne rozszerzenie żołądka.** (*Revue de Médecine Nr. 7—r. 1883*).

Następujący przypadek chronicznego rozszerzenia żołądka obserwował autor na klinice prof. Vulpian'a.

Chory lat 40, od roku 1877 skutkiem nadużyć w napojach cierpiał na żołądek, że zaś częstokroć w następstwie pojawiały się krwawe wymioty i czarne stolce, podejrzewano więc początkowo obecność raka, następnie wrzodu dziurawiącego.— Od roku 1879 autor osobiście obserwował chorego i wtedy przy objawach chronicznego kataru żołądko-kiszkowego, znaleziono rozszerzenie żołądka występujące najwybitniej zaraz po jedzeniu. Dolna granica żołądka, przepełnionego pokarmem, znajdowała się na kilka palców poniżej pępka, przyczem występowały silne bóle i wzdęcia, a od czasu do czasu obfite wymioty. Prócz tego w lewym wierzchołku płuc znaleziono objawy poczynającej się gruźlicy. W r. 1881 chory zmarł skutkiem wyniszczenia przy rozwiniętej gruźlicy.

Przez długi czas objawy rozszerzenia były bardzo jasne, na trzy miesiące przed śmiercią żołądek zaczął się zmniejszać, a na 8 dni powrócił do granic zupełnie normalnych.

Ogłędziny pośmiertne wykazały znaczne zmiany w płucach, właściwe gruźlicy. Żołądek tak wielkością jak i pojemnością nie przechodził granic normalnych, na błonie śluzowej, prócz nieznacznego przekrwienia, znaleziono kilkanaście krwawych wybroczyn wielkości łepka szpilki i kilka powierzchniowych niewielkich owrzodzeń, żadnych więc zmian materjalnych tak dotyczących żołądka jak i odźwiernika nie znaleziono.

Badanie histologiczne wykazało chroniczny katar błony śluzowej żołądka, przy czem włókna mięsne były zupełnie nie zmienione. Ujemny ten wynik badań pośmiertnych, ze strony żołądka, brak materjalnych zmian, mogących nam wytłomaczyć jakimkolwiek bądź ze znanych dotąd sposobów opisane wyżej długotrwałe przejściowe rozszerzenie, zmusza nas do

wyszukania nowego nie na materjalnych zaburzeniach żołądka opartego sposobu powstawania rozszerzenia.

Zmniejszony wpływ nerwów na żołądek, mówi autor wspólnie z Vulpianem—oto powód rozszerzenia w wyżej opisanym przypadku, czyli inaczej jest to do pewnego stopnia porażenie mięśni żołądka na równi z innymi mięśniami, które już poprzednio, chociaż tylko w ostrych przypadkach, obserwowali: Brinton, Hilton Tagge, Ebstein i inni. Wiadomo, z prac Vulpian'a, Chauveau, Schiff'a i Morat, że żołądek podobnie jak i serce, znajduje się pod wpływem dwojakiego rodzaju nerwów:

1) zwiększających, i 2) zmniejszających ruchy żołądka i napięcie jego ścianek.

Pierwsze zależą od nerwu błędnego (Chauveau) drugie zaś od nerwu sympatycznego i nerwów trzewiowych (Pflüger, B. Hongeert). Oprócz tego żołądek posiada jeszcze sploty wewnątrz żołądkowe, mogące podtrzymywać ruchy przy przecięciu wszystkich nerwów zewnętrznych.

Trudno stanowczo orzec w danym przypadku, jakie mianowicie nerwy i jakiego rodzaju porażeniu uległy.

Prawdopodobnie porażenie to wywołanem było obecnością chronicznego kataru błony śluzowej; na tej drodze czysto nerwowej nie sprowadzając zmian materjalnych, pozostawiając bez zmiany ściany żołądka, katar sprowadzał wyżej opisane rozszerzenie. Nietylko więc chroniczny katar błony śluzowej żołądka, wpływa na zmianę nabłonka, na wydzielinę gruczołów pepsynowych, lecz może on jeszcze, jak mniema Vulpian, wpłynąć i na zmianę nerwów żołądka, wynikiem czego będzie wiotkość i bezwład ścian jego, a następnie rozszerzenie pochodzenia czysto nerwowego, tak jak to miało miejsce w danym przypadku.

W przypadkach tego rodzaju terapia winna być odpowiednią; należy starać się

zwiększyć wpływ nerwów za pomocą rewułsyi w okolicy żołądka, chroniąc się od użycia większych dawek środków narkotycznych, np. morfiny, a przedewszystkiem atropiny, które to środki w większych dawkach paraliżują ruchy żołądka (Vulpian, Morat). Być może, że inhalacje kwasorodu okażą się skutecznymi.

K. W. Sierpiński.

387. G. AMBURGER. **O marskości płuc.** *Ueber Lungencirrhose.* (Deutsch. Archiv. f. klin. Med. — 533; Z. 5—r. 1883).

Przewlekłe, śródmiąższowe, rozlane zapalenie płuc, zejściem którego bywa marskość albo całego płuca, albo pojedynczego tylko zrazu, jest uważane przez większość klinicyстів za cierpienie wtórne i rzadkie. Niemeyer nie wierzy w samodzielne zapalenie śródmiąższowe płuc. Oppolzer ani razu nie widział marskości płuc, która znowu, zdaniem Jürgensena, najczęściej powstaje w następstwie przewlekłych niezżytów płucnych. Za samodzielnie występującem zapaleniem śródmiąższowem płuc, przemawiają Ruehle i Wunderlich. Ten ostatni widział takie zapalenia, które prowadzą do stwardnienia płuc i zapadania klatki piersiowej. — Marskość płuc tem się odróżnia, zdaniem Wunderlicha, od gruźlicy, że proces ogranicza się do jednego tylko płuca i oprócz charłactwa, nie posiada objawów towarzyszących gruźlicy.

Najgoręcej przemawiał za samodzielnym procesem śródmiąższowym płuc, angielski uczony Corrigan i następnie Bastian.

Z klinicyстів francuzkich Bayle, opisał objawy pewnej formy suchot płucnych (*Phthisie avec mélanose*), które najzupełniej odpowiadają obrazowi marskości płuc. Powiada on, że forma ta ma przebieg niezmiernie powolny i przez czas bardzo długi nie wywołuje żadnych alarmujących objawów.

Nieznaczny kaszel, zakłócający głównie sen chorym i wychudnienie — oto jedyne dwa objawy téj formy chorob-

wój, objawy, występujące dopiero po długoletniem trwaniu choroby.

Chârcot nie przyjmuje samodzielnego śródmiąższowego zapalenia płuc; utrzymuje on, że może ono powstać w sposób trojaki:

a) skutkiem często powtarzającego się zapalenia płuc zrazowego (pneumonie lobaire recurrente).

b) w następstwie kataralnej pneumonii; i

c) skutkiem przejścia zapalenia z opłucnej na tkankę śródmiąższową płuc.

W nowszych czasach możność zejścia zrazowego zapalenia płuc w śródmiąższowe, stwierdzili: Leyden i Marchand.

Ze względu, że marskie płuco przedstawia zwykle liczne zrosty z opłucną, sądzono, że wysięk opłucnej gra ważną rolę przy powstaniu marskości płuc. Za tym związkiem przyczynowym głównie przemawiał Nothnagel. Sądzi on, że powolna rezorbucja wysięku opłucnej, wywołuje rozrost (hyperplasm), tkanki łącznej płucnej, a ztąd marskość. Na pogląd ten autor się nie zgadza, już z tego nawet tylko powodu, że marskość najczęściej rozwija się w wierzchołku płucnym, a wiadomo, że wysięk opłucny niezmiernie rzadko dosięga téj wysokości. Corrigan również protestował przeciwko zależności marskości płuc od wysięku opłucnej.

Rozlana marskość płuc jest cierpieniem niezmiernie rzadkiem, które może się rozwinąć zupełnie samodzielnie i które, oprócz lekkiego zresztą kaszlu i duszności, prowadzi do wysokiego stopnia wyniszczenia, czyniącego tych chorych po pewnym, lata całe trwającym, przebiegu niezdołnymi do pracy fizycznej.

Początek i przebieg tego cierpienia jest niezmiernie powolny, tak że charakterystyczne dla marskości płuc objawy występują dopiero nieraz po dziesiątkach lat trwania cierpienia. Chorzy ci nie gorączkują wcale, co stanowi niezmiernie ważny rozpoznawczy objaw od suchot

płucnych, również powstających w szczytach płuc.

Charakterystycznym objawem marskości płuc jest według Corrigan, jasny ton opukowy na mostku, pochodzący od zdrowego płuca, a przykrywający tępy odgłos marskiego płuca. Zresztą, najważniejsze dane stanowi zбочenie położenia (dislocatio) sąsiadujących z chorem płucem organów.

Autor w ten sposób maluje przebieg kliniczny cierpienia: osobnik, dotychczas zupełnie zdrowy na organy oddechowe, zaczyna się uskarżać na ogólne zaburzenia, polegające na pewnym osłabieniu, lekkim kaszlu i na lekkim jednostronnym bólu piersiowym.

Po pewnym czasie rozwija się podostrawe zapalenie opłucnej ograniczone, bez wysięku i mające przebieg bezgorączkowy. Nieznaczne klócie w boku szybko ustępuje, jednak po pewnym czasie, przy lekkich wahaniach gorączkowych, rozwija się zgęstnienie jednego zrazu płucnego, najczęściej wierzchołkowego. — Ogólny stan zdrowia może jeszcze pozostać przez długi czas dobrym; — powoli wszakże zaczynają występować patognomiczne objawy marskości płuca: zdrowe płuca rozpościerają się zastępczo na drugą stronę klatki piersiowej w miarę kurczenia się płuca chorego; serce albo przesuwa się ku stronie prawej, albo też zostaje odkrytem skutkiem ustępowania kurczącego się płuca lewego.

Rokowanie przy odpowiednim zachowaniu się, lekkiej dyjcie i czystem powietrzu jest nie tylko dobrem *quo ad vitam*, ale także co do zdrowia ogólnego, które zaczyna cierpieć dopiero po długim czasie trwania choroby.

Leezenie przy tém cierpieniu jest bezsilne: pamiętać należy o środkach odciążających z uwagi na często rozwijające się zrosty chorego płuca z opłucną. Zresztą najważniejszym wskazaniem będzie podtrzymywanie sił chorego.

Etiologija marskości płuca jest dotych-

czas bardzo ciemna. Zdaje się, że marskość płuc nieraz powstaje w następstwie zakażenia ustroju jadem przymiotowym. Heschl, opierając się na dość częstem spotykaniu przypadków marskości płuc w okolicach błotnistych (?) Krakowa, utrzymuje, że zakażenie bagienne (malaria) jest najważniejszą przyczyną marskości płuc. Pogląd ten dzieli również Laveran, który bardzo często spotykał marskość płucną w Algerze i Andrzejewski, który, praktykując w bagnistej okolicy, często spotykał śródmiąższowe zapalenie płuc, wątroby i nerek. Anatomopatologiczne badania Winogradowa, również pokazały powstawanie śródmiąższowe zapalenia wewnętrznych organów w następstwie zakażenia bagiennego.

Wreszcie Marchand często widział przejścia zapalenia płuc w zgęstnienie u osób, których powierzchnia ciała nagle została ostudzona i dla tego sądzi on, że silne ostudzenie skóry przy wysokiej gorączce może wywołać śródmiąższowe zapalenie płuc.

H. Goldblum.

III. Choroby nerwowe.

388. Dr. PELIZÆUS. **Zjawisko kolanowe u dzieci.** *Ueber das Kniephaenomen bei Kindern*—(*Archiv für Psychiatrie und Nerwenkrankheiten*--Tom XIV—Z. III—r. 1883).

Z najnowszych obserwacji, t. zw. *zjawisko kolanowe*, odkryte jednocześnie i niezależnie przez Erba i Westphala, niezmiernie szybko zwróciło na siebie uwagę całego świata lekarskiego. Objaw ten szczególniejszego nabrał znaczenia dzięki Westphalowi, który dowiódł, że brak tego zjawiska, będący następstwem zwyrodnienia pewnych części pęczków tylnych rdzenia, jest jednym z najwcześniejszych objawów wiądu (tabes dorsalis). Poszukiwania tegoż autora i innych wykazały, że i inne cierpienia układu nerwowego, mogą się cechować brakiem zjawiska kolanowego.

Skutkiem tego zaczęto badać zjawisko to u osób zupełnie zdrowych. Berger badając 1499 osób zdrowych, nie znalazł odruchu rzepkowego (Patellarreflex) u 22, co stanowi 1,56%.

Przed niedawnym czasem Eulenburg ogłosił pracę, w której wykazał, że zjawiska tego nie znalazł u osób zdrowych dorosłych w 4,8% przypadków, u dzieci zaś w 5,65%.

Bloch zaś, badając 694 dzieci, mających od 6 do 9 lat, nie znalazł tego zjawiska 5 razy (0,6%). Z tych 5 przypadków troje dzieci pochodziło z rodziców u których również nie można było wywołać odruchu rzepkowego, jedno dziecko cierpiało na skrzywienie kręgosłupa, ostatnie wreszcie dziecko było najzupełniej zdrowe i pochodziło ze zdrowej również rodziny.

Dla przekonania się, jak to zjawisko zachowuje się u dzieci, autor za radą Westphala, badał daleko większą ilość dzieci.

Poszukiwania te, robione na 2403 dzieciach w wieku lat 6 do 13, wykazały brak zjawiska kolanowego u 6 dzieci, co stanowi około 0,25%. Z tych 6 przypadków zjawisko kolanowe powróciło u jednego dziecka po 12 tygodniach, u drugiego w 10 miesięcy, u trzeciego w 6 tygodni u czwartego w 11 miesięcy, u piątego po 23 miesiącach, wreszcie u szóstego dziecka, ani razu nie udało się wykryć odruchu rzepkowego.

Autor zwraca uwagę, że nieraz u jednego dziecka (z tych sześciu) w danym czasie nie można było wywołać zjawiska, które znowu łatwo występowało przy następnym badaniu.

Pelizaenus więc na 2403 dzieci *tylko jeden raz* nie znalazł odruchu rzepkowego.

Z pracy tej można następujące wyprowadzić wnioski:

1) Aby mózdz powiedzieć, że u danego osobnika brak zjawiska kolanowego, należy badać często i w rozmaitym czasie.

2) Brak odruchu rzepkowego u osób zupełnie zdrowych, jest niezmiernie rzadkiem zjawiskiem i wynosi 4 na 10,000 (0,04%).

3) Dotychczas niewiadomo, czemu przypisać brak zjawiska kolanowego u osób zupełnie zdrowych.

H. Goldblum.

389. EISENLOHR. **Różniczkowe rozpoznanie początkowego okresu wiądu pacierzowego i neurastenii rdzeniowej.** *Odczyt w Tow. Lek. w Hamburgu.*—(*Centr. f. Nervenkrank. Nr. 12, 1883*).

Odróżnienie obydwu tych stanów chorobnych nie jest łatwym. Objawom podmiotowym nie przypisuje autor szczególnego znaczenia rozpoznawczego. Co do bólów przeszywających, to są one przy neurastenii bardziej nieokreślone i towarzyszy im bolesność na ucisk licznych miejsc w przebiegu pni nerwowych, podczas gdy bóle tabetyczne dotyczą przeważnie kończyn dolnych—i podczas napięcia ich ma miejsce wzmoczona bolesność (hyperalgesia) pewnych części skóry, nie ma zaś bolesności na ucisk obwodowych części pni nerwowych. Daleko ważniejszemi dla różniczkowego rozpoznania obu chorób są objawy przedmiotowe. Przy neurastenii znajdziemy niekiedy lekki, szybko przemijający i zmienny zez (strabismus), polegający na zmęczeniu mięśni oka,—zresztą badanie wykazuje zupełnie normalne stosunki, będące w przeciwieństwie z podmiotowemi cierpieniami chorego.

Natomiast w początkowym okresie wiądu pacierzowego, znajdujemy już pewne pozytywne wskazówki. Jako takie autor podaje: stałe zaburzenia czynnościowe w obrębie m. Abducentis i Oculomotorii, stępienie uczucia dotyku i bólu, zwolnienie czuciowego przewodnictwa, niejednoczesne odczuwanie dotyku i bólu, niemniej często spóźnione wrażenie bólu (Nachempfindung) wzmagające się po ustaniu pobudki, brak odruchu kolanowego, zwięźlenie źrenic rdzeniowe (myosis spinalis) i

odruchowe zeszywnienie źrenicy, wreszcie zaburzenia ze strony pęcherza. Jako rzadki objaw początkowy wiaǳu autor przyjmuje osłabienie siły wzroku oraz ślepotę. Ze wspomnianych objawów zjawiskom ze strony źrenic, mięśni gałki ocznej oraz zniknięcia odruchu kolanowego autor przypisuje najważniejsze znaczenie rozpoznawcze. Co do ostatniego objawu przypomina on, iż w niektórych rzadkich przypadkach wiaǳu, odruch kolanowy pozostaje i że niekiedy u otyłych, krótkonogich, oraz starych osobników, odruch ten nie otrzymuje się i wtedy, gdy bynajmniej nie podejrzewamy wiaǳu pacierzowego.

Reinhard wspomina, iż po nadużyciu napojów wysokowych, oraz po silnych napadach epileptycznych, niekiedy konstatuje się brak odruchu kolanowego, co może mieć miejsce i u neurasteników przy powyższych okolicznościach. Curschmann przytacza jako cechę różniczkowo rozpoznawczą zachowanie się czynności płciowych u chorych. Przy neurastenii ma miejsce drażliwe osłabienie aż do niemoicy, podczas gdy u tabetyków napotyka się wzmożony pociąg płciowy z silnemi erekcyjami, oraz częstem spełnianiem aktu płciowego, jakkolwiek niekiedy przy braku płynu nasiennego.

A. Rosenthal.

390. BALLET. **O zaburzeniu odżywczem skóry u tabetyków.** *Note sur un trouble trophique de la peau observé chez les tabétiques. Etat ichthyosique.* (*Progrès méd.* Nr. 20—1883).

Zaburzenie polega na wadliwym odżywianiu właściwej warstwy skóry, oraz niedostatecznej regeneracji naskórka.—Opisywane zaburzenie znajduje się w niejakiem związku z niedawno przez Joffroy i Pitres'a odkrytem wypadaniem paznogi i innemi zaburzeniami odżywczeni. Na zboczenie to autor zwrócił przedewszystkiem uwagę u 39-letniego tabetyka, u którego skóra (w miejscach nadczułości), okazała się różowo, czerwono i niebiesko za-

barwioną; była przytem sucha, zgrubiała i na powierzchni przedstawiała znaczne złuszczenie naskórka. Autor uważa zboczenie to odżywiania za ichthyosis i dalsze poszukiwania u innych chorych, doprowadziły go do następujących wniosków:

1) U tabetyków można znaleźć stałe zaburzenia odżywcze skóry.

2) Zaburzenia te odróżniają się swym wyglądem i sposobem powstawania od wszystkich dotąd opisywanych. Wysypki skóry (herpes i inne), wynaczynienia krwi, mał perforant—stanowią tylko przemijające i przypadkowe epizody. Stan zaś ichthyozy skóry, jest zaburzeniem odżywiania rozwijającym się powoli i wzmagającym się podobnie jak zmiany w kościach.

3) Zaburzenie to cechuje zgrubienie i ciemne zbarwienie skóry, złuszczenie naskórka, którego cząstki tworzą czasem zupełne łuszczyki.

4) Zmiany te spostrzegają się w tych miejscach, na których miały miejsce zaburzenia czucia (bóle przeszywające, znieczulenia, nadczułość). Najczęściej podlegają temu kończyny, przeważnie górne.—Grzbiet ręki ma niekiedy wygląd jak przy pellagrze.

5) Wypadnięcie paznogi zdaje się być tylko szczególną odmianą owego zboczenia.

A. Rosenthal.

391. FÜRSTNER. **O zaburzeniach psychicznych u dotkniętych cierpieniami uszów.** *Ueber psychische Störungen bei Gehörkranken.* (*Ber. klin. Woch. Nr.* 18, 1883).

Autor przytacza 26 przypadków zboczeń psychicznych, w których cierpienia uszów były pierwotne. Najpierw wspomina o 2-ch przypadkach melancholii u dziedzicznie usposobionych kobiet, które się rozwinęły w kilka dni po nagle powstałych silnych szmerach usznych (prawdopodobnie szmery krwi); wraz z ustaniem cierpienia uszów minęły objawy melancholii. F. wspomina przytem o spostrzeżeniach otyjatrów, poczynionych na chorych,

k którzy wskutek uporczywych szmerów usznych (świsły, mrużenie i t. p.), podlegają depressji, prowadzącej nawet do samobójstwa. Inną kategorię stanowią chorzy (19 z 26 przypadków F), u których w skutek podmiotowych wrażeń w przebiegu przewlekłego nieżyty jamy bębenkowej wraz ze stopieniem słuchu, powstawały iluzje, halucynacje i idee błędne. Chorzy, zwykle w podeszłym będąc wieku, przedstawiają zazwyczaj obraz pomieszania halucynacyjnego i jakkolwiek nieuleczalni, mogą częstokroć pozostać w rodzinie.

U tego rodzaju chorych, u których słuch z samego początku był stopionym, wytwarzała się psychoza na tle nieufności względem otoczenia, stale spostrzeganej u głuchych, w skutek niedostatecznej lub błędnej ich percepcji. Występują wtedy idee ograniczenia i prześladowcze.

A. Rosenthal.

IV. Chirurgija.

392. KACZOROWSKI. **Przyczynnik do chirurgii płuc.** *Beiträge zur Lungenchirurgie.* (*Deut. Med. Woch. Nr. 29—1883*).

K. opisuje następujący przypadek: do autora przybyła chora, cierpiąca na silny kaszel z obfitą cuchnącą wydzieliną i ciągłą gorączką hektyczną. Badanie nie mogło dokładnie rozstrzygnąć, czy w danym razie była kawerna bronchjektatyczna, czy też było to ograniczone ropne zapalenie opłucnej, przy którym zebrana ropa przedostała się do oskrzeli, lecz nie mogła się swobodnie wydzielać i wywołała tylko powstanie bronchitidis putridae. Autor wykonał w odpowiednim miejscu rezekcyję żebra, otworzył opłucną i oddzielił świeżo przyrośnięte płuco. Następnie w miejscu, w którym zdawało mu się że wyczuwa chęłbotanie, zaczął palcem rozdierać tkankę płuc, która łatwo ustępowała. W ten sposób autor doszedł do dość znacznej jamy, a występujący w tej

że chwili napad kaszlu przekonał go, iż jama ta rzeczywiście komunikowała z oskrzelem.

Następnie autor nacieczono ściany jamy wyskrobał, przemył rozcynem kwasu salicylowego, założył sącdek i opatrzył jodoformem. Reakcyja z początku była dość znaczna, wkrótce jednak nastąpiła poprawa: gorączka, kaszel i plwocina cuchnąca zupełnie znikły. Przypadkowo we 3 miesiące po operacyi, kiedy się chora usunęła już z pod obserwacyi autora, dren wpadł do jamy opłucnej, a rana skórna zagoiła się, w skutek tego natychmiast znowu się pojawiła gorączka kaszel i cuchnąca plwocina. Autor wydobył tą razą tylko dren z jamy opłucnej, jamy w płucach już nie otwierał, chora znów się poprawiła, przestała gorączkować, ale plwocina cuchnąca ciągle się wydzielała. We 3 miesiące później chora znowu się wróciła z objawami wysięku opłucnej w temże samem miejscu, silną gorączką i cuchnącą wydzieliną; autor znowu na tem samem miejscu otworzył jamę opłucnej, przez czem wyłynęła znaczna ilość cuchnącej ropy powtórnemu drenowaniu kawerny sprzeciwili się rodzice choréj.

Autor przekłada użycie palca dla otworzenie kawerny nad proponowany przez Koch'a termokauter, gdyż przy użyciu palca łatwiej się można orjentować co do położenia kawerny.

W. H. Krajewski.

V. Gyniekologija i Peditryja.

393. L. LANDAU i E. REMAK. **Przypadek wycięcia jajnika przy hysterycznej bezczulości połowicznej.** *Ein Fall von Ovariectomie bei hysterischer Hemianaesthesie.* — (*Zeitschr. für Klin. Medicin.*— Tom 6—Z. 6—r1883).

Już od bardzo dawnego czasu lekarze upatrywali pewien związek pomiędzy maściennicą a cierpieniami organów płciowych.

Związek ten stwierdził jeszcze bardziej prof. Charcot, który kilka lat temu opisał nawet oddzielną formę hysterii, którą nazwał *hysteriją jajnikową*. Forma ta ma się głównie wyróżniać dwoma objawami: *jednostronną beczulością połowiczną skóry* i *bólom jajnikowym* (ovarie v. ovaralgie) po tej samej stronie.— Owaralgija występuje albo zupełnie samodzielnie albo też dopiero po ucisku palcem na znieczuloną skórę w miejscu ściśle ograniczonem, a leżącym na skrzyżowaniu się dwóch linii, z których jedna idzie od jednej spina anterior superior do drugiej, druga zaś idzie do niej prostopadle, od bocznej granicy epigastrii począwszy.— Przy głębokim ucisku na to miejsce powstaje ból nietylko miejscowy, ale także bolesne uczucia w innych częściach ciała: jak szyi i żołądku, oprócz tego nudności, wymioty, bicie serca, szum w uszach, omdlenia, głównie zaś typowe hysterioepileptyczne drgawki. Z drugiej znowu strony nieraz się zdarza, że ucisk ten może odrazu przerwać już rozwinięte drgawki.

Charcot dalej powiada, że hemianaesthesia w takim jest stosunku do ovaralgii, że z ustaniem ostatniej ustaje także i beczulość połowiczna, która nawet może przejść na drugą połowę ciała wraz z przejściem ovaralgiae na drugą stronę. Punktem wyjścia wszystkich powyżej opisanych zjawisk chorobowych ma być *nadczuły jajnik*.

Pomimo, że badania te Charcot'a stwierdzili Westphal, Richer i Holst, jednak dotychczas gynecologowie nie uwzględnili tych badań i nowsze podręczniki, traktujące o chorobach kobiet, nie wspominają ani słowa o funkcjonalnych *nerwicach* jajnika. Powodem tego milczenia jest z jednej strony ta okoliczność, że w miejscu określonym przez Ch., nie zawsze znajduje się jajnik, powtórę, jest bardzo wątpliwem, czy w ogóle ovaralgija ma jakikolwiek bądź związek z jajnikiem.

Następujący przypadek hysterii, illu-

struje stosunek nerwowego bólu jajnikowego do jajnika:

Bezdzietna kobieta, 52 lata licząca, chorowała na zapalenie mózgu w 15-ym roku życia skutkiem zranienia prawej połowy czoła kamieniem. W trzy lata później dostała regularności, która trwała do 48-go roku życia. W 20-ym roku chorowała na zapalenie płuc, po przejściu którego nastąpiło *porażenie i brak czucia w lewej nodze*. Stan ten poprawił się po zastosowaniu stałego strumienia elektrycznego. Mając lat 29 chora traciła bardzo często głos, a zarazem cierpiała na bardzo częste napady duszności, na wymioty, kaszel kurczowy, *porażenie lewej ręki*, a głównie na częste drgawki.

Martin w tym razie rozpoznał *guz lewego jajnika*. Leczenie elektrycznością przyniosło znakomitą ulgę. W 5 lat później nastąpiło pogorszenie. Leczący ją wówczas p. Guttmann, stan powyższy przypisał *bliznie*, pozostałej po zranieniu prawej połowy czoła i dla tego bliznę tę wyciął. W istocie nastąpiła znakomita poprawa, która przetrwała do roku zeszłego.

W tym czasie nastąpiło znaczne pogorszenie: *bóle w okolicy lewego jajnika*, ucisk którego wywoływał nudności i wymioty; *znieczulenie zupełne skóry i błon śluzowych na całej lewej połowie ciała*.

Objawy te w połączeniu z powyższą historiją choroby, utwierdziły autorów w przekonaniu, że to jest ciężka forma *hysterii*, pomimo, że jak pokazują badania Charcota, Veyssièra, Carville'a i Dureta, podobna hemianaesthesia, może również powstać skutkiem obrażenia (laesio), tak zwanego *carrefour sensitif*, tylniej trzeciej części torebki wewnętrznej.

Za hysteriją w powyższym przypadku przemawiał dziwny i długotrwały przebieg choroby, oraz częste zmienianie się objawów.

Ponieważ sądzono, że w danym przypadku hysterija zależy od guza jajniko-

wego, przeto wycięto jajnik. Po 11 dniach chora opuściła łóżko.

W trzy miesiące po operacji stan chorąg wcale się nie zmienił: *bóle w lewej dolnej części brzucha pozostały nadal*, jak również zaburzenia czuciowe i ruchowe nie zmieniły się.

Ucisk na dolną część brzucha wywoływał tak samo, jak przed operacją, nudności, wymioty i ruchy drgawkowe. Zdaniem autorów, stan chorąg po operacji znacznie się nawet pogorszył.

Przypadek ten pokazuje, że ovaralgia może nie mieć żadnego związku z jajnikiem, gdyż po usunięciu jajnika ból pozostał nadal. *Nie była to więc jajnikowa hysteryja*, jak utrzymuje Charcot, lecz *hysteryczna ovaralgia*.

Na zasadzie tego przypadku, autorowie utrzymują, że ovaralgija nie dowodzi cierpienia miejscowego, a raczej jest wyrażeniem funkcjonalnej nadczułości jajnika w następstwie centralnej nerwicy *zwaną hysteryją*.

Dla tego w takich przypadkach wszelki rękoczyn chirurgiczny musi być przeciwwskazany.

Fakt powyższy również pokazuje, że *funkcjonalne hyperestezje i nerwice jajnika* w istocie mogą mieć miejsce i dla tego niewłaściwie postępują ci, którzy tego faktu nie uznają.

W przypadkach podobnych pozostaje zagadkowym stosunek jajnikowej nadczułości do jednostronnej hemianaesthezy, dotychczas nie posiadamy dlań żadnego naukowego objaśnienia.

Landau i Remak w ten sposób streszczają swą pracę:

1) Ovaralgii połączonej z jednostronną hemianaesthezyją, należy się miejsce w nozologii chorób jajnika.

2) Ovaralgija jest szczególnym gałunkiem trzewowej nerwicy, która nie jest wcale zależną, od anatomicznych zmian organów płciowych głównie jajnika.

3) Ovaralgija nie jest przyczyną ani hysteryi, ani hemianaestezji; — jest ona raczej częściowym objawem hysteryi. — Może jednak wystąpić samodzielnie u kobiet zdrowych nie cierpiących na żadne inne zaburzenia nerwowe.

4) Wycięcie jajnika (castratio), proponować w celu usunięcia t. zw. hysteryi jajnikowej, nie jest usprawiedliwione.

5) Dla usunięcia ovaralgii wycięcie jajnika ma taki sam ujemny wynik, jak wyjęcie zęba przy prawdziwej nerwicy nerwu trójdzielnego lub jak amputacja przy ischias.

H. Goldblum.

394. Dr. BAGINSKY. **O użyciu konserwy z mleka, otrzymanej przez działanie wysokiej temperatury (powyżej 100° C.), jako pokarmu dziecięcego.** — *Ueber die Verwendbarkeit der durch Einwirkung hoher Temperaturen (uber 100° Cels.) dergestellten Milchconserven, als Kindernahrungsmittel.* — (Arch. f. Kinderheill., 1883 str. 260 i 397).

Z używanych dotąd konserw mlecznych, otrzymywanych w rozmaity sposób w miejscowościach obfitujących w dobre mleko, tylko jedna znana pod nazwiskiem „Szwajcarskiego zgęszczonego mleka” znalazła obszernie zastosowanie i przez długi czas cieszyła się zaufaniem lekarzy i publiczności. Przygotowują ją przez odparowanie mleka do gęstości syropu z dodatkiem cukru. Konserwy przygotowywane w inny sposób, jako to: przez działanie wysokiej temperatury, dodatek środków przeciwniejących (kw. borowego, salicylowego), nie zostały w praktyce przyjęte. W ostatnich dopiero czasach Fleischmann, Demme i inni wykazali, że mleko szwajcarskie z powodu zbytnej ilości cukru, wywołuje katar kiszek u dzieci i że znoszone bywa dobrze tylko w znacznym rozcieńczeniu, kiedy już znaczenie jego pożywcze jest zbyt małe.

Z tego powodu skierowano znowu starania do otrzymania konserwy mlecznej bez żadnych obcych przymieszek. Podo-

ne mleko przygotowują obecnie fabryki Scherffa i Romanshorna, a otrzymują je przez ogrzewanie w wysokiej temperaturze 100—120 C., pod wysokim ciśnieniem dla zniesienia wszelkich ustrojów drobnowidzowych.

Obie te fabryki przygotowują jeszcze preparat drugi, mleko zgęszczone do $\frac{1}{3}$ swojej pierwotnej objętości przez wyparowanie w próżni przy niskiej temperaturze 40°.

Mleko Scherffa jest płynne, mniej lub więcej żółto zabarwione, o przyjemnym smaku, słodkie, obojętnie lub zaledwo oddziaływające, ciężar właściwy 1032 (jak mleka świeżego).

Przechować się ono daje bardzo długo, całymi miesiącami, nie ulegając żadnej zmianie.

Mleko zgęszczone nieco ciemniejsze, gęstości śmietany, w smaku również bardzo przyjemne, za dodaniem 2,5—2,5 cz. wody doprowadzić się daje do ciężaru właściwego 1030—1032.

Autor zajął się zbadaniem własności chemicznych tego mleka, dla przekonania się czy i o ile konserwa ta różni się od mleka świeżego, a następnie, żywiąc dzieci tym preparatem za pomocą ważenia, starał się określić jego własności pożywcze.

Chemiczne badanie miało na celu rozstrzygnięcie pytania, o ile zachowanie się ciał białkowych mleka (sernik, albumin i pepton), tak względem siebie, jak i w obec soku żołądkowego ulega zmianie, jakim zmianom podlega cukier mleczny i ferment, przeprowadzający go na kwas mleczny, czy sole, zwłaszcza fosforne, pozostają po dłuższym gotowaniu w tejże ilości i czy nie zmieniają swego składu, podobnie jak i lecytyna i nukleina.

Dokładne badania porównawcze mleka świeżego, z którego powyższą konserwę otrzymano i samego preparatu, okazały:

1) zawartość sernika w mleku nie u-

lega zmianom, dającym się zauważyć, natomiast albuminu autor w badanym preparacie wykryć nie zdołał.

2) pepton (którego obecność już po kilkogodzinnem staniu mleka na powietrzu zawsze wykryć się daje, a ilość w miarę kwaśnienia mleka wciąż wzrasta), również w konserwie znajdował się w tej samej ilości, co w mleku świeżem.

Badanie polegało na metodzie kolorymetrycznej za pomocą rozcieńczonego roztworu siarczanu miedzi i wodoru potażu.

3) Co do rozpuszczalności sernika w wodzie, okazało się, że podczas kiedy sernik, otrzymany ze świeżego mleka rozpuszcza się o tyle, że roztwór wodny daje wyraźny osad i zabarwienie z odczynnikiem Millona, sernik otrzymany z konserwy Scherffa, daje ledwie dostrzegalne zabarwienie, z konserwy zaś Komanshorna, nie daje żadnego, czyli że nie rozpuszcza się wcale.

4) Podpuszczka żołądka cielęcego, w roztworze alkalicznym, wywołująca po krótkim czasie ścięcie sernika w mleku świeżem, na sernik obu gatunków mleka konserwowanego żadnego wpływu nie wywiera przy temperaturze zwykłej, przy wyższej temperaturze (między 33—50°), sernik strąca się wprawdzie, ale nie zupełnie, przy tem dla dostatecznego strącenia potrzeba znacznie większej, niemal podwójnej ilości podpuszczki.

5) Przeciwnie pod wpływem kwasu solnego, tak przy zwykłej temperaturze jak i przy wyższej, ścinanie się sernika następuje daleko łatwiej w mleku konserwowanem, aniżeli w świeżem, ale przy dłuższym ogrzewaniu z kwasem solnym w temp. 46°, sernik mleka świeżego z łatwością przechodzi w pepton, a sernik obu konserw okazuje zaledwie ślady peptonizacji.

6) Pod wpływem sztucznego kwasu żołądkowego w temp. 37° strącenie i następnie rozpuszczenie sernika odbywa się

łatwiej i prędzej w mleku świeżem, niż w obu rodzajach mleka konserwowanego; ale i w tych ostatnich otrzymane produkty trawienia są też same, co w pierwszym.

7) Z ciał złożonych, zawierających fosfor, mianowicie lecytyny i nukleiny, część pod wpływem wysokiej temperatury ulega rozkładowi, albowiem w konserwowanym mleku znalazł autor więcej wolnego kwasu fosforowego, a mniej w związku z ciałami organicznymi.

8) Cukier, jak już sam kolor konserwy, żółty z odcieniem brunatnym, wskazuje, ulega w części rozkładowi pod wpływem wysokiej temperatury, ale ferment, wywołujący tworzenie się kwasu mlecznego i ścinanie mleka nie ulega żadnej zmianie: konserwa mleczna, stojąca na powietrzu ścina się w tymże czasie, co mleko surowe, a ilość utworzonego kwasu mlecznego jest prawie jednakową.

Próby żywienia za pomocą konserwy mlecznej, jakkolwiek autor miał możność tylko przez czas krótki spostrzeżenia swoje prowadzić, wykazały w ogóle, że zdrowe dzieci dobrze za pomocą takowej odżywiać się mogą i że, zwłaszcza przez czas krótki, u dzieci dotkniętych cierpieniami kanału pokarmowego, konserwa mleczna oddać może niezaprzeczone usługi tam, gdzie trudno jest o dobre i świeże mleko.

Jul. Kramsztyk.

MISCELLANEA.

395 LANGREUTER. O działaniu paraldehidu i acetalu u obłąkanych.

Doświadczenia nad działaniem tych środków autor czynił w zakładzie dla obłąkanych w Dalldorf. Użyto ogółem 2300 gramów paraldehidu i 2700 gr. acetalu.

Z poczynionych prób w 460 przypadkach u 50 obłąkanych dotkniętych różnemi postaciami obłąkania, notowano czas nastąpienia i trwałość snu.— Użyto następującej formuły:

Rp Paraldehydi 25

Ol, menth. pip. gtt. V

„ olivar. q. s.

ad volum. 50.

W postaci tej mikstury podawano 6 gramów paraldehidu. Oba środki mogą być przez dłuższy czas bez szkody podawane. Cztery sekcje pośmiertne stwierdziły prawidłowy stan narządów trawienia. Przykrym jest smak leków i przenikliwy tychże zapach. Wieczorne dawki paraldehidu skutkowały w 90%, dzienne zaś w 61% przypadków.— Niezbędnym warunkiem skuteczności jest ciche zachowanie się otoczenia.

Chorzy zasypiali w 5—30 minut. Często nie następował sen, lecz uspokojenie się chorego, co miało miejsce szczególnie w epileptycznych stanach, strachu i przyćmienia świadomości (Angst—a. Dämmerzustände). Doskonali też skutek autor otrzymywał w paraliżu postępującym. Przy innych postaciach obłąkania oraz w bezsenności nerwowej skuteczność była jednakową. W ogóle u chorych nieprzytomnych działanie środków tych było pewniejszym; inni zaś chorzy nie zasypiali w razie hałasów otoczenia.—Acetal jest według autora mniej pewnym środkiem aniżeli paraldehid. Autor radzi więc stosować ten ostatni środek w przypadkach, w których chlorał jest przeciwwskazanym lub bezskutecznym.

(Centralb. f. Nervenk. 1883 Nr. 15).

— Dr. PARKER wykonywa przekłucie klatki piersiowej przy empiem z jednoczesnem wprowadzeniem do niej oczyszczonego powietrza. Autor zauważył, iż w niektórych przypadkach, przy kilkakrotnie nawet powtarzanej punkcji, nie można usunąć wszystkij ropy i objaśnia tę okoliczność tem, iż ściany ropnia (klatka piersiowa, przepona i płuco), w skutek długiego trwania procesu, stały się niepodatnemi; w takim razie ciśnienie jakie wyrzuce wprowadzone do jamy ropnia, powietrze, zastąpi niedostateczną vis a tergo. Oprócz tego ucisk jaki wprowadzone powietrze wyrzuce na naczynia opłucnej, przeskodzi powtórnemu nagromadzeniu się wysięku.—P. sporządził osobny przyrząd, który aspiruje powietrze przez butelkę Wolff'a, zatkaną korkiem z waty i napełnioną roztworem kwasu karbolowego, a następnie wpędza je do jamy opłucnej przez zwyczajną rurkę. Rurkę, służącą do wpędzania powietrza, należy wkluc o parę przestrzeni międzybrownych wyżej niż rurkę za pomocą której usuwamy ropę. Autor przytacza kilka przypadków, w których z korzyścią zastosował swój przyrząd.

(Deutsche med. Zeitug. N 36 1883).

— Prof. FUBINI badał u młodych zupełnie zdrowych ludzi, wpływ jodku potasu na ilość mocznika wydzielanego w moczu. Doświadczenia te, zgodnie ze zdaniem Rabuteau i Milanesi, wykazały, iż użycie KJ wpływa na zmniejszenie dziennej ilości wydzielanego mocznika; tak naprzykład przy użyciu

dziennie 2 grm. KJ, ilość mocznika z 26—32 grm. na 1000 moczu, zmniejsza się do 19,5 grm. pro mille.

(*Deut. Med. Zeit. Nr. 36—1883*)

898. Prof. FUBINI badał też wpływ użycia kofeiny i naparu kawy, na ilość wydzielanego mocznika. W tym celu 20-letniemu zdrowemu człowiekowi który się kilka miesięcy poprzednio zupełnie wstrzymywał od użycia kawy, zadawano określone ilości kofeiny, lub naparu z kawy i oznaczono mocznik sposobem Liebig'a. Doświadczenia te wykazały, iż ilość wydzielanego na dobę mocznika przy użyciu kofeiny powiększa się w porównaniu z normalną ilością w stosunku 68:56

(*Deut. Med. Zeit. Nr. 36—1883*).

899 VIGIER słuszną czyni uwagę, że częstokroć przepisując mieszaninę różnorodnych nalewek, otrzymujemy w takowych męty, a to z powodu:

1) różnorodnego stopnia alkoholu zawartego w nalewkach.

2) z przyczyny, iż materyje wyciągowe niektórych nalewek posiadają własność osadzania się wzajemnego.

I tak np.: Alkohol 60 stopni rozpuszcza materyje kleiste, silniejszy zaś osadza takowe.

Alkohol 80 do 90 stopni rozpuszcza materyje smoliste; słabszy zaś je osadza.

Wreszcie nalewki colombo i chinae, jakkolwiek przyrządzone, na alkoholu jednakowej mocy osadzają się wzajemnie, a to z powodu, że materyje kleiste, które zawiera nalewka colombo, osadzają się rozpuszczalnymi pierwiastkami chinu. Należy się z tem liczyć przy przepisywaniu recept.

400 Na chroniczny katar nosa zaleca Dr. EBERLE następującą **maść jodoformowa**:

Rp. Jodoformii subtil. pulverati 45,00
 Extract, geranii sic. 50,00
 Acid. carbol. Gtt XV
 Cormaline 30,00

M. f. ung.

D. S. na noc wkładać na kawałku waty do nosa.

(*Monat. für Ohrenh. N. I, 1883*).

401 Dr. Mousson twierdzi, iż chinina wcale nie wywołuje poronienia, jak to dotąd przypuszczano, i dla tego może być bez obawy zadawaną kobietom ciężarnym. W tych zaś przypadkach w których kobiety ciężarne dostały malaryi, chinina w wielkich dawkach zapobiega poronieniu następującemu często w skutek infekcyi.

(*Gaz. hebdo m. Nr. 33 — 1883*).

Wiadomości bieżące.

— Warszawa dnia 16 września 1883 r.

Wzmianka nasza o ogłoszeniach w pismach lekarskich, pomieszczona w numerze 17-ym Kroniki Lek., wywołała replikę Redakcyi Gazety Lekarskiej. Ponieważ replika ta nie tylko chciałaby ad minimum sprowadzić znaczenie faktu, na który zwróciliśmy publiczną uwagę, lecz nadto stara się i na obecną Redakcyję „Kroniki Lekarskiej” rzucić cień niejaki, musimy więc pomimo woli wrócić raz jeszcze do tej kwestyi.

Przedewszystkiem zwracamy uwagę Sz. Red. Gaz. Lek., że wzmianki naszój o ogłoszeniach żadną miarą *krytyką* nazwać nie można; myśmy w pomienionym artykule nie polemizowali z ogłaszającym—nie roztrząsaliśmy, czy ogłaszający dobry, lub zły środek zaleca etc., to by dopiero można nazwać krytyką ogłoszenia, tymczasem myśmy tylko zwrócili uwagę; iż takie ogłoszenie nie powinno się w łamach pisma lekarskiego znajdować. Nie kierował więc nami „*interes literacko-naukowy (?)*”, jak to twierdzi Red. Gaz. Lek., lecz *interes moralno-etyczny*. Czy i to będzie pochlebiać Red. Gaz. Lek., że pomieszczane przez Nią ogłoszenia wykraczają przeciw zasadom etyki lekarskiej — nie wiemy.— Tak więc wzmianka nasza nie była wcale krytyką, lecz zaznaczeniem faktu według nas niemoralnego i dla tego właśnie została pomieszczoną w rubryce wiadomości bieżących.

Dalej Red. Gaz. Lek. twierdzi, iż, zarzuciwszy Jej pomieszczenie szalbierskiego ogłoszenia, usprawiedliwiamy Ją, twierdząc, że nie mogła postąpić inaczej, gdyż jest związana umową.— Żałujemy mocno, iż w ten sposób wytłomaczyła sobie nasze słowa Red. Gaz. Lek., myśmy całkiem co innego mieli na myśli. Nam się zdawało, że współwłaściciele Gazety powinni byli, obejmując pismo przed dwoma laty, zerwać wszelkie uwłaszczające mu umowy, i twierdziliśmy, że dla zerwania ich żadne materyjalne ofiary nie byłyby za wielkie.

Teraz, gdy czyn, który się widocznie współwłaścicielom wydawał nazbyt heroicznym, nie doszedł do skutku, wyraziliśmy przypuszczenie że przynajmniej wtedy, gdy otrząśnięcie się z uwłaczającej umowy, nie będzie połączone z żadnymi już stratami materyjalnymi, Gaz. Lek. zechce czynem stwierdzić bezustannie głoszone zasady. Czy to jest usprawiedliwienie?—wcale nie, jest to tylko wyrażenie nadziei, którą dopiero sama Red. Gazety Lekarskiej w przyszłości usprawiedliwić może.

Przepowiednia nasza, iż ogłoszenie z Gaz. Lek. przejdzie do innych pism z dodatkiem, iż jest to

wyjątek z Gaz. Lek., nie podobała się Sz. Red., odpiera je więc twierdzeniem: „że tego rodzaju przedrukem zawsze zapobiedz można”. Sz. Red. wybaczy, że z powodu tego twierdzenia, zwrócimy Jej epitet dobroduszości, którym nas obdarzyła; nie dosyć jest powiedzieć żeby się zapobiegło czemuś, trzeba jeszcze dowieść w jaki sposób się tego dokona, otóż chcielibyśmy wiedzieć co by na przykład zrobiła Red. Gaz. Lek. w podobnym przypadku:

Ktoś, komu bardzo zależy na pomieszczeniu wzmiankowanego ogłoszenia w pismach codziennych, przepisuje je z Gazety Lek., dodaje u spodu: „Wyjątek z Gazety Lekarskiej Nr. 34—1883 r.”, a opatrzywszy się odpowiednim numerem Gazety, dla usprawiedliwienia dodatku, udaje się do którejkolwiek administracji pisma codziennego i prosi o pomieszczenie ogłoszenia.—Naturalnie ogłoszenie pojawia się jeszcze tego samego dnia,—osobistość ogłaszającego znika, gdyż nazwisk ich nie ma zwyczaju zapisywać, a redakcja pisma usprawiedliwi się zawsze, jeśli rzecz pójdzie na drogę sądową, przedstawiając odpowiedni numer Gazety Lek.

Zarzut więc, któryśmy zrobili Red. Gaz. Lek., był słuszny i zrobiony w dobrej wierze, ponieważ jednak Sz. Red. przeczy jego słuszności, musimy się więc pozbyć nadziei, że w przyszłości Gaz. Lek. poprawi się pod tym względem, musimy się nadal spodziewać wyczytać w Niej ogłoszenia zagranicznych uzdrowiaczy, a może, jeśli tak dalej pójdzie crescendo, to i adresa jakich domorostych owczarzy.

Nakoniec jeszcze słów parę co do *przykładziku* przytoczonego przez Red. Gaz. Lek. — Sz. Red. twierdzi, iż odrzuciła propozycję pomieszczenia pseudo-artykułu naukowego, będącego reklamą specyfików francuzkich, i że ten pseudo-artykuł pomieściła Kronika lek., w numerze 6-ym, 1882 roku.—Otóż, najprzód Redakcja pisma lekarskiego, pomieszczająca ogłoszenia o cudownych uzdrowiaczach, na to aby dowieść, iż nie chciała umieścić jakiejś reklamy o specyfikach aptekarskich, powinna przedstawić cokolwiek bardziej namacalne dowody, niż gołostowne twierdzenie tejże Redakcji. Powtórę, Sz. Red. Gaz. Lek. zdaje się zapominać (czy to przypadkiem, czy też z umysłu), iż od 1 stycznia 1883 roku Redakcja i Administracja Kroniki zmieniły się; nie można więc terazniejszej Redakcji robić odpowiedzialną za czyny Jej poprzedniczki. — My z przytoczonego przez Red. Gaz. Lek. „*przykładziku*” wyprowadzamy następujący wniosek: były sobie dwie redakcje (była redakcja Kroniki i obecna Gaz. Lek.), obie pomieszczały o-

głoszenia nie bardzo się licząc z moralną ich wartością, milczeniem jednej okupywało się milczeniem drugiej; aż nareszcie jedno z tych pism (Kronika Lek.), przeszło pod inną redakcją; ścisłejszy nadzór nad ogłoszeniami rozwiązał ręce obecnej redakcji Kroniki, czego rezultatem była nasza wzmianka o ogłoszeniach i rozumie się oburzenie Gazety Lekarskiej.

W ogóle cały ton repliki Gaz. Lekars., pomimo kilku miejsc w których się Sz. Red. niefortunnie kusi zasiąść na trójnogu, z którego zwykła przemawiać, tchnie pewną niedyspozycją, którą zdaje się najlepiej określić używając francuzkiego wyrażenia: Elle fait bonne mine au mauvais jeu.

— Rowek potyliczny (fossette occipitale) u zbrodniarzy i rozmaitych ras ludzkich.

Prof. LOMBROSO, badając czaszki zbrodniarzy, spostrzegł anomalję, na którą rzadko zwracano uwagę, a mianowicie—rowek środkowy, napatykany w miejscu grzebienia kości potylicowej. Rowek ten u zbrodniarzy występuje w 16 przypadkach na 100, u innych zaś w 5 na 100 u waryjatów 10—12 na 100. U ras przedhistorycznych anomalje te występują w 14 na 100, w czaszkach egipcyan, etrusków—10 na 100, u murzynów 6,2, u chińczyków 10, u żydów i arabów—22, u ras amerykańskich—26 na 100.

Zestawiając podobieństwo wyników, co do czaszek starożytnych, zbrodniarzy i ras dzikich, upatruje Z. w okoliczności tej objaw atawizmu.

(*Révue scientifique* 1883).

— **Ludność Paryża** wzrosła od VII roku pierwszej rzeczypospolitej do r. 1883, w następujący sposób. W roku pomienionym stolica ta liczyła 531,000 mieszkańców, w r. 1849—946,000, w roku 1860—1,800,000, a w r. 1883—2,239,000.

(*Révue scientifique*—1883).