

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Choroby nerwowe.

58. Dr. O. MÜLLER. **O czynnikach dyskrastycznych, grających rolę przy powstawaniu chorób nerwowych i umysłowych.** *Ueber die dyscrasischen Momente, welche bei der Genese der Neurosen und Psychosen eine Rolle spielen.* (*Neurolog. Centralblt.* Nr. 3 i 4).

Pomiędzy przyczynami zaburzeń w układzie nerwowym niemałą rolę grają zmiany krwi, zależne od różnego rodzaju domieszek do niej ciał obcych. Zależnie od ilości i jakości ostatecznych zaburzenia te będą różne co do swych cech, przebiegu i t. d. Istota tych zmian jest nam jeszcze prawie nieznaną; wobec jednak faktów, że zakażenia np. wyskokowe, przymiotowe, bagiennicze, wywołują pewne zjawiska chorobowe w układzie nerwowym, musimy przyczynowy związek ten uznać, posiłkując się dla jego wyjaśnienia z konieczności jeszcze tylko hipotezą—*swoistego* jakiegoś *usposobienia* układu nerwowego na te wpływy.

Przy zaburzeniach nerwowych rozwijających się wskutek przewlekłego skażenia krwi niema z początku zaraz zbroczeń w budowie tkanek; być może, że zachodzą tu *obszerne cząsteczkowe zmiany*, które nie dają się wprawdzie wykazać dzisiejszemi sposobami, ale jednak wytwarzają neuro lub psychopatyczne tło—z przemijającemi albo okresowemi zbroczeniami w czynności nerwów, nie będące wyraźną określoną chorobą i objawiające się często zmieniającemi się zjawiskami przygnębienia i pobudzenia. Zmienność obrazu takich chorobliwych stanów, wahania w natężeniu, skłonność do wyleczenia; wszystko to

przemawia za tem, że niema tu jeszcze stałych, umiejscowionych zmian patologicznych, że choroba zależy od przemijających zbroczeń w składzie krwi.

Co się tyczy sposobu, w jaki wskutek skazy krwi powstają podobne stany układu nerwowego, czy przyczyną ich jest wprowadzenie pierwiastka szkodliwego, czy też odjęcie materjałów niezbędnych—to mamy dane przemawiające i za jedną i drugą drogą (cholaemia, acetonaemia i stany psychopatyczne przy przewlekłych niezbytach, dyspepsyjach). Wogóle szkodliwe przymieszki do krwi mogą się dostawać:

1) Z zewnątrz ustroju, przez drogi oddechowe, przewod pokarmowy (intoxicatio heterogenea).

2) Mogą one rozwijać się w samym ustroju wskutek wadliwej przemiany materji (intoxicatio autogenea).

Do pierwszej grupy, oprócz rzeczywistych trucizn, należą drobnoustroje; zależnie od rodzaju i ilości wywołują one zrazu tylko ciężkie objawy gorączkowe, dalej zaś porażenia, bredzenie, nerwobóle i t. p. Być może, że grają tu pewną rolę i rozwijające się pod wpływem drobnoustrojów szkodliwe ciała (ptomainy). Po okresie ostrym następuje przewlekły, w którym mogą powstawać już istotne zmiany, wyrównywane się z czasem, lub nie.

W innych rodzajach skażeń niema okresów ostrych, albo też bardzo nieznaczne (przymiot, zimnica).— Jeszcze inne czynniki chorobotwórcze, będące pierwiastkami względnie szkodliwemi, mogą się znajdować we krwi do czasu bez ujemnych następstw w układzie nerwowym, niektóre działają nań nawet pobudzająco—i dopiero nadmierna ich ilość okazuje się szko-

dliwą, np. wyskok, sporysz, środki narkotyczne. Zapewne szkodliwość tych wszystkich czynników polega na tem, że przenikają one do komórek nerwowych i tutaj albo jako obcy balast utrudniają życiowe czynności, albo też wywołują znaczne zmiany w treści komórek. Ztąd-to w niektórych postaciach chorób z tej kategorii mamy objawy istotnych braków w pewnych dziedzinach mózgowych.

Należą tu i niektóre gazy np. kwas węglowy, tlenek węgla, chlor, azot i inne. Właściwym jest im to, że wywołują one każdy odmienną postać chorobową, noszącą prawie cechy pewnego umiejscowienia.

Nader ciekawemi są też zaburzenia nerwowe, zależne od spraw o przebiegu przepuszczającym; i one bowiem mają wyraźny okresowy charakter, uwydatniający się w postaci prawidłowo powtarzających się peryjodów nasilenia i spadku.

Co się tyczy grupy zaburzeń nerwowych, biorących początek z samozakażeń ustroju, to poszukiwania ostatnich czasów wykazały dla nich bardzo liczne źródła, np. coma diabeticum, uraemicum, cholae-micum. Ciężkie i uporczywe niestrawności towarzyszące prawie wszystkim psychozom, zwłaszcza melancholijom, zmuszają niejako do przypuszczenia, że one to zgotowały pewne zmiany w składzie krwi i ogólnej przemianie materji, które z czasem pociągnęły za sobą i miejscowe zmiany w układzie nerwowym. Oprócz przewodu pokarmowego niemałą rolę grają tu i inne narządy mające wpływ na przemianę materji—jak wątroba, śledziona, nerki.

Wymiana guzów, tak ważna dla prawidłowego istnienia ustroju, nie może być tutaj także pominięta. Wiadomo, że pobyt w atmosferze ubogiej w tlen, oddychanie powietrzem przeładowanym kwasem węglowym, gazem oświetlającym i t. p. może wywołać stany ostrego zatrucia. Otóż nasuwa się na myśl, czy w rozwoju astenicznych rozlanych neuroz

i psychoz (melancholii), powstających tak często u osób używających mało ruchu i powietrza—nie gra roli pewien stopień przewlekłego, samodzielnego zatrucia krwi kwasem węglowym.

Autor przyznaje, że pogląd powyższy nie przekracza granic hipotezy, zapatrywanie to jednak wyrodziło się w nim na podstawie spostrzeżeń i doświadczenia, a wygłasza je w tym celu, aby przy badaniu ciemnej zupełnie dotąd etjologii omawianych cierpień zwracano w przyszłości uwagę na sprawy chemiczne, i to więcej niż na zmiany anato-patologiczne i mikroskop, od których zaledwie że można tu oczekiwać jakich pewnych wyników.

O. Hewelke.

59. DR. FINCKE. **W kwestyi etjologii padaczki.** (*Deut. Med. Wochensh.* Nr. 4, 1885).

Mężczyzna lat 64, dobrze zbudowany, dotychczas zdrowy zupełnie, pewnego dnia na ulicy dostał ataku epileptycznego, wskutek czego upadł i mocno się zranił w głowę. Przeniesiony do domu, odzyskał przytomność; nic jednak nie wiedział o tem, co zaszło. Przy dość bolesnem zaszycowaniu i opatrywaniu rany głowy nie uczuwał najmniejszego bólu. 3-go dnia po wypadku przyłączyła się gorączka, na głowie rozwinęła się znaczna płegmone, chory stracił przytomność i chwilami bredził. Dopiero po 5-ciu tygodniach przytomność wróciła, chociaż czynności umysłowe znacznie osłabły. Pacjent prędko wracał do zdrowia, czytał gazety i t. p. W niespełna zaś z miesiące po pierwszym napadzie, uległ on drugiemu napadowi, który trwał od 6—8 minut; napady się powtarzały z przerwami 15-to minutowemi przez 6 godzin. Podczas przerwy i po ostatnim napadzie chory był nieprzytomny, w stanie śpiączki; dopiero następnego dnia odzyskał przytomność i prędko znowu powrócił do zdrowia, chociaż umysłowe czynności, szczególnie rachowanie, pisanie i t. p. pozostały bardzo osłabione. Przy-padkowe badanie gardzieli chorego, wykry-

ło w prawym otworze nosowym polipy, które, wypełniając zupełnie prawą jamę nosową, nie przepuszczały wcale powietrza. Po usunięciu operacyjnym całej gromady tych polipów, oddech chorego stał się znacznie swobodniejszym, czuł się on, jakby nowonarodzonym. Autor przypuszcza, że umysłowe zboczenie, a nawet epileptyczne napady zależały od obecności w nosie polipów, które drogą odruchową lub przez utrudnienie oddechania wywoływały zastoinowe przekrwienie mózgu. Rzeczywiście po usunięciu polipów napady epileptyczne więcej się nie powtórzyły, a czynności umysłowe wróciły do normalnego stanu.

M. H.

60. Prof. S. ROSENSTEIN. **O zachowaniu się odruchu kolanowego przy cukrzycy.** *Ueber das Verhalten des Kniephaenomens beim Diabetes mellitus.* (Berl. Klin. Wochenschrift. Nr. 8).

Jak wiadomo, cukrzyca towarzyszą często rozmaite zaburzenia nerwowe, a niekiedy poprzedzają one nawet jej rozwój. Zdarza się czasem, że objawy te występują w takim ugrupowaniu, że, bez zbadania moczu, można cierpienie wziąć za uwiad rdzenia. Na zjawisko to dotąd zwrócił obszerniejszą uwagę tylko Althaus; zaznacza on trudności, jakie mogą nasunąć się przy różniczkowym rozpoznawaniu z tego powodu, że z jednej strony objawy nerwowe mogą poprzedzać wyraźne rozwinięcie się cukrzycy, a z drugiej strony przy uwiadzie rdzeniowym nie rzadko zdarza się cukier w moczu. Althaus sądzi, że w podobnych wątpliwych przypadkach dyagnozę rozstrzygną zachowanie się odruchu kolanowego, który przy cukrzycy zawsze bywa zachowany.

Autor postanowił zbadać, czy brak zjawiska kolanowego przy omawianem cierpieniu nie jest takiego samego rodzaju zboczeniem w tym odruchu, jakie spozstrzegał Schreiber przy przewlekłym otruciu wyskokiem (p. „Kronika lek.“ 1884, str. 843), czy tu również nie gra roli wpływ toksyczny cukru, dalej czy zachodzi jaki

związek pomiędzy tym objawem i natężeniem cukrzycy, i wogóle czy jest to objaw przemijający, czy też zależny od zmian w rdzeniu.

Spostrzeżenia nad 8 odnośnemi przypadkami doprowadzają autora do następujących wniosków:

1) W niektórych przypadkach cukrzycy (5 na 8) odruch kolanowy bywa stale zniesionym i nie może być wywołanym przez zastrzykiwanie strychniny, jak to obserwował Schreiber przy przewlekłym otruciu wyskokiem.

2) Brak tego odruchu nie stoi w żadnym związku z ilością cukru w moczu, ani z odczynem, jaki daje chlorek żelaza, ani też z obecnością acetonu; z tego więc powodu nie może być uważanym za następstwo jakiegoś zatrucia.

3) Nie jest on również zależnym od stanu ogólnego odżywiania, od ogólnego osłabienia i zmęczenia.

4) Badanie pośmiertne wykonane w jednym przypadku nie wykazało ani makro- ani mikroskopijnych zmian w rdzeniu; o ile przeto można sądzić z tego jednorazowego badania omawiany brak odruchu kolanowego należy uważać za objaw czynnościowy, bez zmian organicznych.

Co się tyczy dyjagnostycznego i prognostycznego znaczenia opisywanego zjawiska, to Bouchard twierdzi, że z 47 przypadków cukromoczu, w których odruch kolanowy istniał, umarło tylko 2, z 19 zaś, w których odruchu nie było, zmarło 6— i uważa przeto brak kolanowego odruchu za znak zły, autor nie może się jednak na to zgodzić. Przeciwnie, w jego przypadkach brak ten dawał się spozstrzegać zarówno w cięższych jak i lżejszych przypadkach.

O. Hewelke.

II. Anatomija patologiczna, Patologija ogólna i Medycyna wewnętrzna.

61. ELSENBERG Antoni. **Zmiany nerek przy otruciu rtecją.** (*Osobne odbicie z księgi pamiątkowej, wydanej na cześć 25-*

letniego jubileuszu działalności naukowej prof. H. Hoyer'a. Warszawa, 1884).¹⁾

Mając sposobność dokonania rozbioru zwłok człowieka, zmarłego wskutek otrucia sublimatem, autor postanowił przekonać się, o ile zmiany w nerkach, w danym przypadku znalezione, towarzyszą stale otruciu tym preparatem. W tym celu przedsięwziął liczne badania makroskopijne i drobnowidzowe nerek zwierząt, otrutych sublimatem, i otrzymał wyniki następujące:

Zmiany w nerkach przy otruciu sublimatem są dwojakiej natury. Jedne są zapalne i wyrażają się zmętnieniem nabłonka kanalików skręconych, nieraz nacieczeniem drobnokomórkowem tkanki śródmiąższowej, a rzadziej i bujaniem lub zwyrodnieniem nabłonka kanalików skręconych. Zmiany te są niestale, często brak ich zupełnie, a zawsze prawie są nieznaczne, rozmiary ich bowiem zależą głównie od wysokości dawki sublimatu.

Innego rodzaju zmiany, nader charakterystyczne dla otrucia sublimatem, są bozporównania większe i polegają na odkładaniu się soli wapiennych w kanalikach prostych istoty korowej, a poczęści i rdzennej, oraz na nacieczeniu solami nabłonka tych kanalików. Prevost wykazał, że odkładanie się soli wapiennych w kanalikach nerkowych idzie w parze z odwapnieniem kości; uwolnione z kości sole dostają się do krwi i następnie wydzielają się przez nerki. Rozmiary nacieczenia nerek solami wapiennymi stoją w stosunku prostym do wysokości dawki sublimatu, a w odwrotnym do przeciągu czasu, jaki przeżyło zwierzę od chwili ostatniego wstrzyknięcia sublimatu. Jestto więc objaw przejściowy, który nie należy przyjmować za jakiś stan patologiczny samej nerki.

Z badań swych autor czuje się być u-

poważnionym do wyprowadzenia wniosków następujących: „Rtęć, podawana w dawkach zwykle używanych, nie wpływa drażniąco na nerki i nie wywołuje w nich sprawy zapalnej; tylko u chorych, u których istnieje choroba Bright'a, należy rtęć podawać oględnie, nie dlatego jednak, żeby rtęć bezpośrednio miała pogarszać cierpienie nerek, ale dlatego, że w takich chorych dosyć wcześnie wywołuje ona upadek odżywiania i zubożenie krwi. Jeśli zaś u osób leczonych rtęcią napotykamy jednocześnie i cierpienie nerek, to raczej należy je przyjąć albo za powikłanie czysto przypadkowe, albo też za następstwo ogólnego charłactwa, wyniszczenia skutkiem tych objawów przymiotu, które zmuszają do zastosowania przetworów rtęci.“ *M. Zweigbaum.*

62. Eug. FRAENKEL. **Zapalenie kiszki wskutek otrucia sublimatem.** *Ueber toxische Enteritis im Gefolge der Sublimatwundbehandlung.* (*Virch. Archiv.* Bd. 99, H. 2).

Opierając się na własnych i opisanych przez innych autorów spostrzeżeniach, autor wyprowadza następujące wnioski: 1) Sublimat w znaczeniu antyseptycznym przewyższa wszystkie inne dotychczas znane środki. 2) Użycie sublimatu połączone jest z niebezpieczeństwem dla ustroju, ponieważ przy nadmiernem zewnętrznem użyciu zjawiają się dyfterytyczne zapalenia kiszki grubej, rzadziej cienkiej, które klinicznie objawiają się parciem, bólami brzucha i krwawą biegunką; o charakterystycznych zmianach w nerkach wskutek zewnętrznego użycia sublimatu nic pewnego dotychczas powiedzieć nie można. 3) Powyższe cierpienie kiszki rozwija się szczególnie u ludzi wycieńczonych lub otyłych, t. j. u których wskutek stłuszczenia mięśnia sercowego działalność serca jest upośledzoną, jeżeli do tego sublimat styka się ze znaczną powierzchnią ciała albo z łatwo wchłaniającymi częściami, jak otrzewną, wewnętrzną powierzchnią macicy; indywidualna idiosinkrazja

1) Zob. Nr. 10 „Kroniki lekarskiej“ z r. 1884 art. „O trującym działaniu przemywań sublimatowych.“

ma też pewne znaczenie w powstawaniu otrucia. 4) Wskutek tego należy używać sublimatu z wielką ostrożnością.

Lomer i Schroeder uważają toksyczne zapalenie kiszek przy otruciu sublimatem, jako objaw ogólnego zatrucia, przyczem wessana do krwi rtęć wydziela się przez błonę śluzową kiszek. Lżejsze przypadki tego zapalenia ustępują prędko pod wpływem makowca; cięższe zaś prowadzą często do znacznych owrzodzeń, które w najlepszym razie goją się z następczem zwężeniem kiszek.

M. H.

63. Dr. G. GÄRTNER. **O zapaleniu płuc po przecięciu nerwu błędnego.** *Ueber die sogenannte Vaguspneumonie.* (*Allg. W. Med. Z.* Nr. 4 i 5).

Każde przecięcie n. błędnego u zwierzęcia pociąga za sobą po pewnym przeciągu czasu śmierć tegoż. Jako przyczynę śmierci uważa Valsalva zapalne zmiany w płucach; ponieważ niekiedy zmian w płucach nie spostrzegano, przypisywano wówczas śmierć wyniszczeniu, stłuszczeniu serca i t. p. Anatomicznie płuca po przecięciu n. błędnego są powiększone, przekrwione; pęcherzyki płucne są wypełnione szaroczerwonawą masą, nadającą powierzchni przecięcia ziarnisty wygląd; pod mikroskopem masa ta składa się z młodych komórek i ciałek krwi. Oskrzela są również przekrwione, pokryte śluzem. Traube całą sprawę nazywa Bronchopneumonia. Billroth zauważył, że zmiany w płucach rozwijają się już w 2 godziny po operacji; króliki zdychają najdalej w 24 godzin, psy żyją dłużej, szczególnie jeżeli przecięcie obydwóch nerwów wykonywa się nie w jednym czasie. Pies Nasse'go żył po przecięciu drugiego nerwu jeszcze 62 dni. Końce przeciętego n. błędnego mają skłonność do zrośnięcia, wówczas śmierć następuje znacznie później. Przecięcie tylko jednego n. błędnego nie wpływa wcale na życie, ani zdrowie zwierzęcia.

Po przecięciu u psa obydwóch nerwów błędnych na szyi, oddychanie staje się rzadkiem i głębokim (6 na minutę). Wsku-

tek porażenia strun głosowych szpara głosowa zwęża się, pies traci głos; objawy zaduszenia występują atoli tylko u kotów i psów. Wykrztuszenie płwociny i ciał obcych z dróg powietrznych z powodu porażenia strun głosowych nie może mieć miejsca. Przecięcie n. błędnego oddziałuje na serce i narządy trawienia: w pierwszym wywołuje przyspieszenie tętna, w drugich utrudnia połykanie i przesuwanie pokarmów przez przełyk wskutek porażenia tegoż; następstwem częstym przecięcia n. błędnego są także wymioty, których przyczyna dotychczas nie jest objaśnioną. Masy wymiotne oddziałują zwykle alkalicznie lub obojętnie. Zwierzęta prędko chudną wskutek tego, że nie zatrzymują pokarmów, a może że ich należy nie trawia. Różnie objaśniają powstawanie zapalenia płuc po przecięciu n. błędnego. Dupuytren sądzi, że wskutek przecięcia nerwu ustaje przemiana krwi żyłnej w tętniczą. Emmert pierwszy zwraca uwagę na obecność ciał obcych w drogach oddechowych. Legallois zaś największą rolę przypisuje porażeniu krtani. Traubé w swej pracy „O zmianach w miąższu płucnym po przecięciu n. błędnego“ (1845), opierając się na swych doświadczeniach, wypowiada zdanie, że zapalenie płuc po przecięciu n. błędnego zależy od przenikania ciał obcych, a przeważnie śliny do oskrzeli. Dowody jego były następujące: po przecięciu nerwów błędnych i tchawicy u królika wstawiał w tę ostatnią szklaną kolbkę, w której po pewnym czasie zebrała się znaczna ilość śliny. Ślina ta wstrzyknięta do tchawicy zdrowego królika wywołała w płucach zmiany, analogiczne ze zmianami u królika pierwszego. U królika zaś, któremu w tchawicę wsadzono rurkę, niedopuszczającą przenikania śliny do oskrzeli, po przecięciu n. błędnych zmian w płucach nie spostrzeżono. Podług więc Traubego przyczyną zmian w płucach jest porażenie krtani i przełyku t. j. przecięcie gałązek nerwu, odchodzących do tych organów. Doświad-

czenia Schifffa nie stwierdziły hipotezy Traubego; wskutek tego utrzymuje on, że n. błędny jest nerwem naczynioruchowym płuc, a jego przecięcie wywołuje przekrwienie, obrzęk i zapalenie. Przenikanie zaś ciał obcych do dróg oddechowych jest tylko momentem przyspieszającym tę sprawę. Ostateczne rozwiązanie kwestyi wymaga doświadczeń z przecięciem n. błędnego poniżej odejścia n. recurrentis. Trudną operacyję przecięcia nerwu w klatce piersiowej wykonał autor i Amrus na psach kilkakrotnie. Po operacyi u psów oddychanie stało się rzadkiem i głębokiem, polykanie utrudnionem, przytem wystąpiły wymioty. Psy zdychały wskutek wycieńczenia, w płucach zaś nie okazało się żadnych zmian. Doświadczenia autora prowadzą go do wniosku, że zapalenie płuc po przecięciu nerwu błędnego nie jest skutkiem porażenia gałązek płucnych tego nerwu. Przyznaje też teoryi Traubego zupełne uzasadnienie.

M. Hopfenblum.

64. Prof. ROSSBACH. **Czy przerost serca i zwiększone ciśnienie krwi przy marskości nerek ma wpływ wyrównawczy na wydzielanie moczu? Działanie nitrogliceryny przy marskości nerek.** *Wirkt die Herzhypertrophie u. Blutdruckerhöhung bei Nierenschwumpfung kompensierend bezüglich der Harnausscheidung? Wirkung des Nitroglycerin bei Schwumpfnieren.* (Berl. Kl. Wochenschrift. Nr. 3).

Autor występuje przeciw ogólnie przyjętemu zdaniu, jakoby przy marskich nerkach przerost serca i zwiększone ciśnienie krwi stanowiły niezbędny warunek wydzielania się moczu w ilości zwiększonej, i wyrównywania tym sposobem braków w wydzielającym narządzie, spowodowanych przez chorobową sprawę marskości. Odnosne wątpliwości zrodziły się w umyśle jego na skutek spostrzeżeń zebranych na podobnych chorych przy podawaniu im środków, zniżających ciśnienie krwi. Środkami temi są: azoton potasu, amylnitryt i nitrogliceryna. Przy podawaniu tej

ostatniej w dawkach, zniżających napięcie tętna niżej prawidłowego nawet, nietylko że nie następuje pogorszenie, ale przeciwnie poprawia się stan ogólny i znikają różne nieprzyjemne objawy.

Z dołączonych historyj chorób widać, że po użyciu nitrogliceryny ilość moczu wzrastała, zabużenia wzrokowe i ze strony płuc (duszność, napady astmatyczne) znakomicie się zmniejszyły, a to przy spadku ciśnienia, mierzonego przyrządem Bascha, ze 180 mmgr. na 100; zmniejszyły się również obrzęki, sinica i ilość białka w moczu.

Autor na tej podstawie sądzi:

1) że zwiększona ilość moczu przy marskości nerek zależeć musi od innych przyczyn, niż wysokie ciśnienie, być może od zwiększonej przepuszczalności ścian pozostałych naczyń, którą doświadczałnie wykazał nawet R. Thoma;

2) że wysokie ciśnienie krwi stoi zapewne w przyczynowym związku z ciężkimi objawami marskości nerek np. zapaleniem siatkówki, dusznica i t. p.

3) że nitrogliceryna stanowi wyborny środek przy marskości nerek, tak dla przedłużenia życia, jak i usunięcia ciężkich objawów.

Ze wspomnianych środków nitrogliceryna zasługuje stanowczo na pierwszeństwo. Amylnitryt działa bardzo silnie, a krótko, ztąd musiałby być używanym bez przerwy, co znowu grozi otruciem. Azoton potasu (KNO_2) jest ciałem działającym jeszcze silniej, przytem wywołuje nieprzyjemne uboczne skutki. Po nitroglicerynie zjawia się zaledwie nieznaczny ból głowy, szybko mijający, chorzy do środka tego przyzwyczajają się bardzo prędko. Dolegliwości wszelkie ustępują tak szybko, że chorzy, czując się zdrowymi, nie chcą pozostawać w klinice i tym sposobem nie pozwalają na dłuższe i dokładniejsze obserwacyje.

Autor podaje nitroglicerynę w ilości 0,0005—0,001 grm. na pojedynczą dawkę,

10—15 razy dziennie w godzinowych odstępach.

Najlepiej przygotowywać środek ten w następującej postaci:

Odważoną ilość nitrogliceryny rozpuszcza się w eterze i miesza się z mieszaniną czekolady i gummy arabskiej (2:1). Po ulotnieniu się eteru rozrabia się proszek z wodą na gęstą masę, którą wylewa się na formę i przed ostygnięciem dzieli na tabliczki tak, aby każda zawierała 0,0005 albo 0,001 gr.

(W Warszawie tabliczki nitroglicerynowe wyrabia p. aptekarz Mutniański, pod nazwą „trochisci glonoini“, każda tabelka zawiera 0,01 grana nitrogliceryny).

O. Hewelke.

65. Prof. TALMA. **Przyczynki do leczenia chorób żołądka.** (*Zeitschrift für Klinische Med.* Bd. 8, Heft 5).

Opierając się na przeciwnych własnościach kwasu solnego dowiedzionych przez Bucholtza i Falka, zaleca autor używać w nowy sposób kwas solny przy tych chorobach żołądka, przy których skutkiem opieszałego trawienia pokarmy ulegają nadmiernej fermentacji i gniciu, jak to szczególnie ma miejsce przy tak zwanym chronicznym katarze żołądka.

Według autora najodpowiedniej podawać kwas solny w proporcji 1:750 t. j. odpowiadającej mniej więcej normalnej zawartości kwasu solnego w soku żołądkowym. W tym celu przepisuje autor 1 gram kwasu solnego na 750 gramów wody i roztwór ten chorzy popijają po jedzeniu zimny lub ogrzany. Wypada przytem odpowiednio uregulować dyjetę.

Ponieważ przy raku żołądka trawienie znacznie się opóźnia i tu więc radzi autor używać kwasu solnego, sam bowiem, postępując w ten sposób, niejednokrotnie znaczną ulgę i chwilowe polepszenie obserwowwał.

Przy wszelkiego rodzaju objawach dyspeptycznych zależnych od niedokrewności mózgu, jak to ma miejsce np. u kobiet ciężarnych i ludzi osłabionych zaleca au-

tor nitroglicerynę w ilości 1 milgrm. na 24 godzin dla osoby dojrzałej, w dawkach trzykrotnych po $\frac{1}{3}$ miligrm. w roztworze w alkoholu, lub też oliwie i kapsułkach gelatynowych. Częstość kilka dawek wystarcza, by usunąć wymioty, bóle żołądka i omdlenia.

Sierpiński.

66. Prof. REVILLIOD. **Pęknięcie żołądka.** *Rupture de l'estomac.* (*Révue médicale de la Suisse romande* Nr. 1).

Historyje nagłych pęknięć i rozerwań żołądka bez uszkodzenia ściany brzusznej nie są jeszcze oparte na dostatecznej ilości danych kazuistycznych, aby mogły zająć miejsce w dziełach klasycznych. Pęknięcia żołądka zdarzają się o wiele rzadziej jak macicy, pęcherza, jako też innych organów, mianowicie: wątroby, śledziony, serca etc. Przy pęknięciu żołądka chorzy umierają śmiercią gwałtowną tak, że najczęściej rozpoznanie choroby nie bywa stawianem za życia.

W przypadku autora rzecz się miała inaczej.

Zofija Ch., 28 lat, służąca, wstąpiła do szpitala w Genewie 11 września 1884 r. o 7 $\frac{1}{2}$ rano, umarła o 10-tej. Chora cieszyła się przedtem dość dobrem zdrowiem, tylko czasem cierpiała mniej lub więcej silne bóle żołądka, lecz takowe przechodziły dość szybko, nie przeszkadzając nawet w zajęciach.

10-go września po obiedzie, zjedzonym ze zwykłym apetytem, stłukła czajnik i natychmiast wybiegła na miasto, szukając z wielkim pośpiechem po różnych sklepach podobnego drugiego. Po powrocie dostała ataku bólów silniejszych niż zazwyczaj, gdyż zmuszoną była położyć się się do łóżka. Wezwany lekarz stwierdził silne bóle w dołku, wzdęcie i znaczną wrażliwość na ucisk okolicy żołądkowej; po zastrzyknięciu morfiny bóle ustały, aby wkrótce rozpocząć się nanowo z większą gwałtownością; powtórne wstrzyknięcie morfiny nie sprawiło wielkiej ulgi i chorą przeniesiono do szpitala, gdzie stwierdzono stan następujący:

Kobieta konająca, biała, zimna, apatyczna. Skóra na prawej połowie twarzy, szyi i tułowia nieco obrzękła; przy ucisku powstaje trzeszczenie właściwe rozedmie podskórnej. Brzuch olbrzymio rozдутy, tak dalece, że skóra nie daje się ująć w fałdę, twardy jak chrząstka, przy dotyku niebolesny. Wypuk daje odgłos bębenkowy na całej przestrzeni. Międzykrocze obrzękłe jak przy przerzynaniu się główki płodu. Między małemi sromnemi wargami wklinowana i ustalona szyjka macicy. Pęcherz pusty. Badanie zatem stwierdziło nagromadzenie gazów w jamie otrzewnowej, i na podstawie danych anamnestycznych rozpoznano: *Ulcus ventriculi rotundum sine peritonitide adhaesiva*. *Subseq. ruptura ventriculi*.

Chociaż przy wrzodach żołądka pęknięcia takowego bywają stosunkowo rzadkie, z powodu zrostów otrzewnowych, jakie rozwijają się zaraz na początku choroby, lecz w danym przypadku przebieg choroby pozwalał postawić rozpoznanie z możliwą stanowczością. Zapomocą przyrzędu Potain'a, białego w linii białej, wypuszczono olbrzymią ilość bezwonnych gazów, lecz w chwili wykonywania operacji chora umarła.

Przy sekcji znaleziono znaczne rozszerzenie żołądka. Na przedniej ścianie takowego pęknięcie otrzewnej, jakby zrobione nożem, długości 7 centymetrów, zaś na tylnej ścianie, równoległe do zagięcia mniejszego, nieregularne rozerwanie ściany żołądka, w otwór którego z łatwością mogły wejść cztery palce. Zresztą oprócz stanu kataralnego błony śluzowej, nie znaleziono ani śladu wrzodu żołądka, żadnego nadżarcia ani też blizny, i wogóle stan normalny całego organizmu.

Zachodzi teraz pytanie, jaka była przyczyna pęknięcia żołądka?

Ponieważ na przedniej ścianie żołądka znaleziono pęknięcie otrzewnej bez uszkodzenia samej tkanki ściany żołądka, a na tylnej — rozerwanie zupełne, należy przypuszczać, że przyczyną takowego by-

ło nadmierne rozciągnięcie żołądka gazami, które się rozwinęły wskutek złego trawienia spożytych pokarmów przy zmęczeniu i irytacji. Podobnie jak wrzody żołądka zazwyczaj usadawiają się w okolicy odźwiernika, a rozmiękczenie zajmuje zwykle dno, — tak tylna ściana żołądka okazuje największą skłonność do pęknięcia wskutek rozciągnięcia gazami, czy też z innej przyczyny.

Doświadczenia wykonane na trupach dowiodły co następuje: jeżeli powoli napełniać żołądek wodą, to przy wprowadzeniu coraz większej ilości takowej pęka otrzewna na przedniej i tylnej ścianie, następnie z hukiem pęka tylna ściana żołądka równoległe do zagięcia mniejszego.

2,200 gramów wody wystarcza do napełnienia żołądka, a 4,000 gram. — do rozerwania. Doświadczenie powtórzone 5 razy zawsze dało ten-że sam rezultat. Raz jeden tylko pękło dno żołądka, w przypadku tym było jednak rozmiękczenie.

Mógłby kto zarzucić doświadczeniom autora, wykonywanym na trupach, iż za mało przedstawiają podobieństwa z czynnościami żywego organizmu; w każdym razie wykazały one miejsce, w którym żołądek najłatwiej pęka. Rozwijanie się tak silnego rozдутcia u człowieka żyjącego, możebne w doświadczeniu tylko przy podwiązaniu żołądka, daje się objaśnić tem, iż rozдутy worek żołądkowy swemi ścianami zamyka otwór; sprzyja zaś temu jeszcze nagromadzenie się kału w kiszkiach.

Magendie wykazał doświadczalnie, że przy znacznem rozszerzeniu żołądka otwór przełyku zwięża się do tego stopnia, iż niemożebnem się staje przejście najmniejszej ilości pokarmów. Wszystkie przyczyny, powodujące rozwój większej ilości gazów w żołądku, jak zjedzenie pokarmów trudnostrawnych, zmęczenie lub zmartwienie podczas trawienia, wzdęcie u histeryczek etc. mogą powodować pęknięcie żołądka.

Dalej autor przytacza następujące spostrzeżenia: Rejou, gdzie po zjedzeniu grochu pękła ściana żołądka u człowieka

przedtem zupełnie zdrowego, Ebermayer'a — śmierć wskutek pęknięcia żołądka w kilka godzin po zjedzeniu wisien.

Stewart-Allen'a — toż samo u dziecka 10-letniego po zjedzeniu kapusty, Lisle'a — pęknięcie żołądka u człowieka 20-letniego, wskutek jedzenia owoców przy wchodzeniu na górę etc.

We wszystkich wymienionych przypadkach objawy były jednakowe: wzdęcie okolicy żołądkowej, ból gwałtowny w dołku, nudności, czasem odbijanie, lecz wymiotów nie było nigdy (wskutek zamknięcia otworu wpustu). Po tych objawach nagle następuje silne rozdęcie całego brzucha, upadek sił i śmierć.

Leczenie najczęściej bywa bezsilnem; należy jednakże starać się wydalić gazy przez wprowadzenie sondy żołądkowej, lub przez przekłócie. *C. Stiche.*

67. Prof. Hugo SCHULZ. **O leczeniu cholery swojskiej weratryną.** *Ueber die Behandlung der Cholera nostras mit Veratrin.* (*Deut. Med. Wochens.* Nr. 7).

Przy powstawaniu chorób zakaźnych oprócz samych chorobotwórczych drobnoustrojów wymagamy, wedle praw dzisiejszej teorii pasorzytniczej, jeszcze pewnego usposobienia ze strony podlegających chorobie narządów. Na czem to usposobienie polega, dotąd nie wiemy zupełnie; możemy jednak przypuszczać, że idzie tu o jakieś nieuchwytnie dotąd zmiany w tkankach. Ztąd same przez się wpływają wskazówki dla leczenia chorób zakaźnych: leczenie to powinno mianowicie polegać na wywoływaniu w ustroju takich zmian, żeby jego narządy i tkanki utraciły wskutek nich zdolność służenia danym chorobotwórczym ustrojom za dobry grunt rozplodowy. Pogląd ten autor wygłosił już poprzednio, objaśniając tym sposobem znakomite skutki cyanku rtęci przy dyfteryi. Obecnie widzi się w możliwości podparcia go spostrzeżeniami swemi i innych nad skutecznością weratryny przy cholery swojskiej.

Według spostrzeżenia Bloedau, Hube-

ny, Markbreitera weratryna w początkowych okresach tego cierpienia działa zdumiewająco, niejako specyficznie, po rozwinięciu się jednak objawów zapaści, wpływ ten ustaje. Podawano ją w następujących postaciach:

Trae Veratri gtt. i

Aquae destill. unc. i.

$\frac{1}{2}$ —1 łyżeczki stosownie do natężenia objawów i wieku dziecka.

Albo:

Trae Veratri lobelian gtt. duas

Aquae destillatae unc. IV

Syr. aurant. dr. II.

Dorostym po łyżce stołowej, dzieciom po łyżeczce, co 15—30 minut.

Stolce stają się mniej częste i mniej wodniste, zarazem siły się poprawiają i następuje ogólne polepszenie. Wmiarę jak wypróżnienia stają się rzadsze i środek omawiany należy podawać rzadziej, inaczej bowiem wywołamy uparte zaparcie stolca.

Zastanawiając się nad sposobem działania weratryny w tych razach, autor widzi tylko dwie drogi: albo środek omawiany niszczy drobnoustroje cholery swojskiej, albo też wywołuje pewne zmiany w tkankach, nieprzyjazne dla rozwoju tych tworów.

Co do pierwszego, autor przekonał się na hodowlach laseczników Finklera i Priora, że dodatek dość znacznych ilości weratryny nie wpływa bynajmniej na ich rozwój, że więc pierwsze to przypuszczenie należy odrzucić.

Co się tyczy drugiego, to wiemy, że po wprowadzeniu weratryny do ustroju następuje biegunka z kolkami i wydymaniem; pomimo tego jednak zmiany w kiszki ograniczają się tylko na przekrwieniu błony śluzowej i żywszym rozpadzie nabłonka. Otóż, sądzi autor, że weratryna, podana w małych dawkach, wywołuje tylko pierwszy okres zapalenia, t. j. obfity przyływ krwi, żywszą przemianę materii, a ztąd i warunki wygodniejsze dla obrony przeciw wnikającym

zewnątrz szkodliwym czynnikiem. Autor widzi tu analogiję z działaniem zimnej wody wzmacniającej skórę i czyniącej ją odporniejszą na wpływy zimna.

O. H.

III. Farmakologija.

68. W. LUBLIŃSKI. O leczniczym działaniu azotonu sodu i nitrogliceryny.

Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Natriumnitrits und des Nitroglycerins. (Deutsche Medic. Wochenschrift. Nr. 5 i 6).

Pierwsze systematyczne poszukiwania nad azotonem sodu datują od Bartha, który zauważył, że chilijska saletra wywiera w niektórych okolicznościach działanie trujące, przyczem śmierć następuje wpośród objawów narkozy. Przy badaniu znajdowano w moczu i w przewodzie kiszkiowym niemałe ilości azotonu sodu. Zjawisko to daje się wyjaśnić faktem wykazanym przez Schoenbeina, że wszystkie białkany, zarówno zwierzęce jak i roślinne, a także klej i większość węglowodów, posiadają zdolność przetwarzania azotanów w odpowiednie azotony.

Co się tyczy działania azotanów na ustrój zwierzęcy, to oprócz szkodliwego wpływu pary kwasu azotowego, nie wiadano o niem nic zgoła. Dopiero Gamgee wykazał tożsamość w działaniu azotonu sodu z azotynem amylu, mianowicie na krew. Ostatnia przybiera barwę czekolady, przyczem luźno związany z nią tlen przechodzi w połączenie tak stałe, że nie może być wyzwolonym ani w próżni ani przez tlenek węgla (CO). Dalsze poszukiwania (Barth, Reichert, Weir-Mitchell) wykazują w działaniu omawianego ciała dwie grupy objawów:

1) *przygnębienia (depressio) ośrodków układu nerwowego* i 2) *zniesienia oddechowych zdolności hemoglobiny (zdolność ciągłego przyjmowania i oddawania tlenu)*. Jako zaś następstwo pierwszego następuje *rozszerzenie małych naczyń tętnicznych i niżenie ciśnienia krwi*.

Przy doświadczeniach nad ludźmi zauważono po użyciu 2—6 dgr. nagłe zwiększenie się częstości tętna, już w 1—2 m. po zażyciu, trwające 2—4 godzin, dalej lekko zaczerwienienie twarzy z uczuciem ciepła i pełności w głowie, tętnienie naczyń skroniowych. Objawy te utrzymują się około godziny, nie będąc przytem uciążliwymi.

Nitrogliceryna chwalona była jeszcze w 1858 r. przez Fielda przy różnego rodzaju cierpieniach nerwowych. Spostrzeżenia jednak innych badaczy w takiej znajdowały się sprzeczności co do siły działania tego środka, że stało się to zapewne powodem pomijania go w praktyce. Dopiero w r. 1879 Murel zwrócił uwagę na identyczność nitrogliceryny w działaniu z amylnitrytem, poczem pojawiło się niebawem więcej spostrzeżeń (Steward, Huchard, Korczyński i inni) nad skutecznością jej w chorobach serca, zwłaszcza przy dusznicy bolesnej (angina pectoris).

Autor stosuje nitroglicerynę w wysokowym 10% roztworze, którego 20 kropel rozcieńcza 200 gm. wody i podaje trzy razy dziennie po łyżce stołowej. Działanie fizjologiczne, zwłaszcza przy nieco większej dawce, występuje już po 2—3 minutach i uwydatnia się przedewszystkiem w układzie krążenia. Uderzenie wierzchołkowe staje się widocznem, tony głębsze, tętno częstszem, niekiedy o 10—20 uderzeń na minutę, przyczem nierzadko nabiera cech dwubitności. Jednym z najważniejszych objawów jest porażenie nerwów naczynioruchowych, którego oznaką jest zaczerwienienie się twarzy, błyszczenie oczów. Niekiedy zjawia się ból głowy, światłowstręt, szum w uszach, ustępujące po $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny uczuciu pełności w głowie. W niektórych razach dołączają się nudności i wymioty, a nawet omdlenie i zapaść. Objawy ostatnie, nie występujące w tak silnym stopniu przy amylnitrycie i azotonie sodu, uważa autor za oznakę silniejszego o wiele działania nitrogliceryny i objaśnia tem, że takowa

nie rozkłada się w żołądku i bez zmiany przeto dostaje się do krwi.

Czynnikiem działającym w nitroglicerynie, amylnitrycie i azotonie sodu jest kwas azotowy ($C_3H_5O_3(NO_2)_3$; $C_3H_{11}NO_2$; $NaNO_2$). Pozostałe składniki modyfikują tylko zasadniczy charakter jego wpływu. Zachodzą pewne różnice w sile działania, w szybkości objawienia się wpływu tych ciał, główne jednak cechy ich działania są też same. Co się tyczy wyboru w celach praktyki, to azoton amylu z powodu łatwego ulatniania się, jak i szybko przemijającego wpływu, musi ustępować daleko przed pozostałymi dwoma. Nitrogliceryna działa szybko, nie posiada smaku, może być używaną i podskórną, za to wywiera często wspomniane uboczne działanie, a przytem, co najważniejsza, działanie jej nie zdaje się być stałym, sądząc z wielkiej różnorodności dawek, podawanych przez rozmaitych autorów. Zależy to, być może, od niejednakowego przetworu, a także od tego, że przy otrzymywaniu tego ciała tworzą się związki o różnym stosunku NO_2 : mono, di, trinitrogliceryny. Pewnie różna w nich ilość kw. azotowego, jako głównie działającego, wpływa na te różnice. Prócz tego zauważono i wpływ indywidualności: kobiety są czulsze na ten środek, podobnież na czczo działa on mocniej, niż użyty po jedzeniu. Autor przekłada użycie azotanu sodu, który niema wspomnianych ubocznych wpływów, ostrzega jednak, ze względu na gwałtowność środka, przed wielkimi dawkami (0,05—0,1 najwyżej 0,15) i zwraca uwagę na częstość zanieczyszczeń tego przetworu w handlu, który niekiedy zawiera do 80% domieszki saletry chilijskiej.

Autor stosuje zwykle z początku azoton sodu, jeżeli zaś niema skutku, to podaje—jako środek silniej działający—nitroglicerynę; przyznaje przytem, że niekiedy obydwie środki zawodziły, wtedy jednak i wszystkie inne leki, w tych razach zalecane, również nie dawały żadnych wyników.

Co się tyczy chorób, w jakich omawiane środki są najbardziej wskazane, to na pierwszym miejscu stoi tu *duszniśca bolesna* (angina pectoris), bądź to bez zmian anatomicznych, bądź to zależna od zwyrodnienia serca lub jego naczyń. Autor stosował azoton sodu w 13-tu przypadkach; w siedmiu skutek był świetny, w pozostałych środek ten pozostał bez wpływu, podobnie jak i wszelkie inne i tylko w jednym otrzymano jeszcze poprawę po podaniu nitrogliceryny. Przypadek ostatni, autor przytacza: Chora, lat 54, cierpi od pół roku na napady wyraźne duszniczy, powtarzające się codziennie, raz albo parę razy; po podaniu azotanu sodu (2,0 na 120 wody, 3 razy po łyżeczce od kawy) nastąpiła ulga o tyle, że napady nie przychodziły, kiedy chora znajdowała się w zupełnym spokoju, za to przy najmniejszym ruchu powracały znowu. Po zastosowaniu nitrogliceryny napady stały się znacznie rzadsze, nawet kiedy chora zaczęła się zajmować gospodarstwem, wreszcie ustąpiły zupełnie i dotąd (po czterech miesiącach) nie powtórzyły się wcale. Nitrogliceryna przyjęta w czasie napadu skracała go znacznie.

Drugim wskazaniem są *przerosty serca* (weakened heart): omawiane środki, zmniejszając napięcie tętnicze, zmniejszają rozmiar pracy serca. W 9 przypadkach otrzymał autor dobre wyniki, w czterech zaś nie, lecz tutaj rozwinął się już był ogólny upadek sił. Dobry skutek otrzymano też od obydwóch środków w przypadkach *nerwowego bicia serca* (12 razy na 18), a także przy biciu serca, zależnem od wad; w ostatnim razie było to leczenie tylko uśmierające.

Z chorób narządu oddechowego otrzymano bardzo dobre rezultaty w różnego rodzaju stanach astmatycznych. Z 10-ciu przypadków *asthma nervosum* w 6 wynik był świetny, z 13-tu przypadków *asthma bronchiale* w 7-miu, za to przy dychawicy, zależnej od rozedmy płuc, środek zawiódł

wszelkie nadzieje, wbrew zdaniu Korczyńskiego, podobnie przy dławcu.

Bardzo dobre wyniki otrzymał autor przy migrenie (w m. angiospastica, a także zależnej od niedokrewności mózgu). Stosowano omawiane środki w 40 przypadkach; nietylko że samo cierpienie ustępowało, ale nawet i zwykle uboczne wpływy tych leków nie dawały się wcale uczuć.

Co do padaczki (15 przypadków) autor nie mógł się przekonać o skuteczności ani azotanu sodu, ani nitrogliceryny, jaką to widział Law.

(Praca ta czytana była na posiedzeniu Verein f. innere Medicin w Berlinie 5 stycznia 1885 r. W dyskusji nad nią prof. Leyden zauważył, że jego spostrzeżenia nad omawianymi środkami nie były nawet w części tak zadawalniające. Najwybitniejsze działanie widział on po azotonie amylu. Chwilowe polepszenie jednak po użyciu tego leku objaśnia L. odurzającym jego działaniem, niepozwalającym choremu sądzić chwilowo o swych dolegliwościach. Środki te są wogóle zbyt niebezpieczne, ich działanie za mało pewne, aby je stosować w tak poważnych cierpieniach. Szczególniej zaś w tych cierpieniach, gdzie mamy zaburzenia w oddechaniu, a to ze względu na sposób działania środków tych na krew.

Prelegent odparł, że większa część niebezpieczeństwa usuniętą zostaje przez ściśle dozowanie środków, liczne zaś spostrzeżenia, z których przytacza zarówno dodatnie jak i ujemne wyniki, pozwalają mu obstawać przy wyżej wyrażonem zdaniu).

O. Hewelke.

69. CLOETTA. **Wyskok i wpływ jego na przemianę materii.** (*Corr. der Schw. Aerzte*. Nr. 1, 1885).

Wskutek wielu trudności połączonych z wykazaniem wyskoku w tkankach i płynach ustroju, dotychczas spornym był los tegoż w organizmie. Obecnie ogólnie przyjęto stary pogląd Lebiga, że wyskok w organizmie rozkłada się na kwas węglowy i wodę. Niedawno ogłoszone doświadczenia Bodlaendera dowodzą, że bardzo mała część wyskoku wydziela się niezmienną w moczu, przez płuca i skórę, reszta zaś zupełnie się utlenia. W kale, ani w mleku wyskoku nie znaleziono.

Co się tyczy wpływu wyskoku na ciepłość ciała, to obniża on ją tylko w dużych i

prędko przyjmowanych dawkach (Parkes). Lewis i Wolfers utrzymują zaś, że wyskok zwiększa produkcję ciepła w organizmie, jednocześnie jednak równoważy je przez zwiększoną utratę tegoż przez skórę. Wyskok utlenia się w tkankach, pochłania ich tlen i wstrzymuje w nich wskutek tego przemianę materii. Większość badaczy zgadza się, że pomimo zwiększonej ilości moczu przy użyciu wyskoku, ilość głównych składowych części moczu zmniejsza się. Nie dopuszcza więc wyskok zbyt wielkiego zużycia tkanek i w tem znaczeniu może być użytym jako środek odżywczy, szczególnie u chorych gorączkujących, przyczem ważne ma znaczenie własność jego niepodnoszenia ciepłoty ciała. Alkohol posiada tę własność i działanie tylko w dawkach od 150—200 grm. 80% dziennie. W większych dawkach i częstszym użyciu ustępuje jego działanie odżywcze i wstrzymujące przemianę materii, a z powodu zbyt wielkiego pochłaniania tlenu może nastąpić nagromadzenie ostatecznych produktów przemiany materii, szczególnie kwasu moczowego i mocznika. Fraenkel dowiódł swemi doświadczeniami, że przy dość długo trwającym zmniejszaniu dowozu tlenu, zwiększa się wydzielanie mocznika w moczu. To wskazuje, że utlenienie w tkankach ma swą granicę i że ostateczne produkty przemiany materii mogą być otrzymane i w inny sposób. Czy alkohol może działać w tem znaczeniu, nie można tego na zasadzie dotychczasowych doświadczeń powiedzieć.

M. H.

IV. Chirurgija.

70. Dr. Willy MEYER. **O leczeniu następczem cięcia podbrzusznego i o zastosowaniu takowego przy przetokach pęcherzo-moczowych.** (*Arch. Langenb.* T. 31, zeszyt 3).

Ze względu na częstość wykonywania cięcia podbrzusznego w ostatnich latach, leczenie następcze na szczególną zasługuje

uwagę. Zastosowanie szwu pierwotnego na pęcherz moczowy przy trwałym opatrunku i założenie sączka do pęcherza przez ranę ściany brzusznej przy opatrunku listerowskim, są dwie używane dziś metody; — której jednak należy się pierwszeństwo, dotychczas jeszcze określić nie można. Doświadczenie uczy, że szew pęcherza ma swoje zalety, można jednak przez założenie sączka pewniej, prościej i przecięciowo w tak samo krótkim czasie dojść do pewnych i szczęśliwych rezultatów. Francuzi zwykle zakładają dwa sączki, które przeprowadzone przez opatrunek listerowski zanurzają się w naczyniu z płynem przeciwnilnym; opatrunek należy codziennie zmieniać, a pęcherz często przepłókiwać 4% roztworem kwasu borowego. Prof. Trendelenburg zakłada sączek w kształcie litery T, przyczem chory leży na brzuchu lub nieco na boku. Na klinice w Utrechcie nie używają wcale sączków, na górny kąt rany brzusznej nakłada się kilka szwów, mocz swobodnie przez ranę brzuszną wychodzący wsiąka w watę karbolową, przylegającą do rany.

Zastosowanie szwu przez różnych operatorów miało miejsce w 41 przypadkach cięcia podbrzusznego. W 16 przypadkach rana pęcherza zagoiła się per prim. intent., w 17 przypadkach per secund. intent., 8 umarło; z tych 1 z powodu róży, a 7 z powodu zakażenia krwi.

Najlepiej zastosować szew Lamberta. Wielka zachodzi trudność w nałożeniu szwu, gdyż brzegi pęcherza trudno przylegają po przecięciu. Bouley więc radzi przecinać pęcherz warstwami aż do błony śluzowej i nie przeciąwszy takowej prowizorycznie nałożyć potrzebną ilość szwów. Że przy nałożeniu szwów prima intentio jest możebną, dowodzą przypadki przez różnych autorów spostrzegane. Zachodzi tylko pytanie, czy ono wobec trudnego wykonania tego rękoczynu wszędzie skutecznie się daje. Autor jest zdania, że przystępować należy do nakładania szwu tylko w pojedynczych przypad-

kach, biorąc na uwagę powikłania danego wypadku jako też wiek chorego; bliższe dane przemawiające za lub przeciw nakładaniu szwu, dotychczas określić się jeszcze nie dają. Jednakowoż we wszystkich przypadkach, gdzie mocz okazuje się przezroczystym i mamy do czynienia z lekkim tylko niezłym pęcherza, przystępować należy do szwu, jeżeli zaś mocz bardzo jest mętny, alkaliczny, rozkładający się, drenowanie pęcherza daje najpomyślniejsze wyniki.

Co się tyczy leczenia następczego przy cięciu podbrzusznym, to prof. Trendelenburg postępuje w sposób następujący: Po wydobyciu kamienia lub wycięciu guza, wprowadza się sączek w kształcie litery T, zaszywa ranę brzuszną, wyprowadziwszy sączek przez dolny kąt rany, i układa się chorego na bok z podniesioną górną częścią ciała. Przy takim położeniu chorego mocz w pęcherzu się nie zatrzymuje i zatkoki moczowe się nie tworzą. Po 5 dniach chory może leżeć na grzbiecie. Po dwóch tygodniach, czasem nawet wcześniej, chory oddaje mocz przez cewkę. Około dziesiątego dnia należy sączek usunąć, i chory może się układać, jak mu jest wygodniej. Leczenie trwa 3 do 4 tygodni.

Operację cięcia podbrzusznego prof. Trendelenburg wykonał przy kamieniach moczowych, guzach pęcherza moczowego, przy krwotokach z żył krwawniczych, przy epispadia dla usunięcia niemożności zatrzymania moczu przez okrwawienie i zeszytanie zwieracza zewnętrznego pęcherza i nakoniec przy przetokach pęcherzo-pochwowych. Wszystkie przypadki cięcia podbrzusznego z powodu obecności kamienia zakończyły się pomyślnie. Dwa przypadki cięcia podbrzusznego z powodu nowotworów pęcherza zakończyły się śmiercią, lecz nie wskutek operacji, ani też wskutek leczenia następczego. U obydwóch chorych operacja zbyt późno wykonaną została. Jeden zmarł wskutek wodonercza z prawej strony, drugi wskutek wycięczenia i wysokiego stopnia bez-

krwistości. Operację więc w takich razach wykonać należy o ile można wcześniej, nim jeszcze pojawiają się obfite krwotoki, prowadzące do znacznego upadku sił i nim jeszcze cierpienie nerek zdołało się rozwinąć.

Niezmiernie ważną jest rzeczą, nadać choremu odpowiednie położenie podczas operacji. Po przecięciu pęcherza, chory leży ze spuszczoną nieco w tył głową i miednicą wysoko podniesioną; dolne kończyny, zgięte w kolanach, spoczywają na barkach posługacza odwróconego plecami do stołu operacyjnego. Przy takim położeniu chorego wnętrzności opadają ku przeponie, a po rozszerzeniu rany pęcherza i brzucha hakami tępemi wewnątrz pęcherza jasno oczom się przedstawia, tym sposobem wprowadzanie narzędzi i wszelkie manipulacje wewnątrz pęcherza nader łatwo się skuteczniają. Pole operacyjne nie zalewa się krwią, która się zbiera w górnym odcinku pęcherza w stronie przepony. Zaburzeń w oddychaniu przy takim położeniu spostrzegać się nie daje. W taki sposób operowali Billroth, Volkmann i inni. Rokowanie staje się gorszym, jeśli guz przez odbytnicę wyczuć się daje, u starszych w takich razach operacja jest nawet przeciwwskazaną; należy jednakowoż nawet przy większych guzach przystępować do operacji, choćby dlatego, aby sprawić choremu ulgę na ten krótki czas, który mu do końca życia pozostaje.

Co się tyczy przetok pęcherzo-pochwowych, to zdaniem autora przystępować należy do cięcia podbrzusznego w tych razach, kiedy operacja przez pochwę wykonaną być nie może.

L. Krause.

V. Gyniekologia.

71. Z. ATHILL. **O leczeniu chorób wewnątrz-maciczych.** *On the treatment of intra-uterine disease. (The british med. Journal. Nr. 1248).*

Od niedawnego dopiero czasu zaczęto stosować środki lecznicze wprost na błonę śluzową macicy. Początkowo obawiano się tego postępowania, któremu przypisywano możliwość wywołania gwałtownych objawów, np. zapalenia otrzewnej. Autor jest gorącym zwolennikiem tej metody leczenia, która, przy zachowaniu pewnych ostrożności, oddać może wyborne usługi.

Wymagają leczenia miejscowego wszystkie cierpienia macicy, dające powód do obfitych odpływów miesięcznych, krwotoki maciczne i nieżyty macicy. Polipy i inne nowotwory macicy, dające się usunąć na drodze operacyjnej, aczkolwiek również wywołują krwotoki, jednak z tej grupy muszą być wykluczone.

Główne środki wprost stosowane na błonę śluzową macicy są następujące: boraks, jodyna, kwas karbolowy, połączenie tego ostatniego z jodyną (iodised phenol), kwas azotny, jodoform i azotan srebra w substancji.

W większości przypadków (70%) autor posilkuje się kwasem karbolowym, rzadziej jodynowym fenolem (około 15%), najrzadziej (3%) kwasem azotnym.

Boraks i *jodyna* używają się bardzo rzadko z powodu niewielkiego ich działania ściągającego. Autor stosuje boraks głównie w końcu leczenia t. j. po poprzednim zastosowaniu na macicę innych, dzielniejszych środków.

Kwas karbolowy jest jednym z najlepszych środków, mogących być stosowanymi na chorą błonę śluzową macicy. Wywołuje on szybko przemijający ból; działa jako słaby środek żrący. Wogóle działanie jego trwa zwykle 24 godzin i dla tego chcąc przy pomocy kwasu karbolowego wywołać trwalszy skutek, należy nim działać przez czas dłuższy (4 do 5 tygodni), co trzeci lub co czwarty dzień.

Połączenie jodiny z fenolem (*iodised phenol*) w stosunku 1 części jodiny i 3 cz. fenolu oddało Battey'owi wyborne usługi przy chorobach macicy, nawet natury

złośliwej. Zdaniem autora, pochwały, od dawane temu związkowi przez Batteya, są zupełnie usprawiedliwione.

Kwas azotny jest najpotężniejszym ze środków stosowanych wprost na błonę śluzową macicy. Użycie tego środka wymaga wielkich ostrożności, gdyż pomiędzy innymi łatwo wywołać on może zwężenie lub całkowite zarośnięcie ust macicznych.

Do najmniej skutecznych środków autor zalicza *jodoform*. Czasami oddaje on niejaki usługi przy przewlekłych zapaleniach macicy ze smrodliwym wyciekami, szczególnie u kobiet starszych.

Azotan srebra, zachwalany przez J. Simsona, tak często wywołuje niepokojące objawy, że autor zupełnie nie używa tego środka do wewnątrz macicy. Chcąc danym środkiem podziałać na błonę śluzową macicy, należy kawałek waty, umocowanej na pręciku pogrążyć w dany roztwór i następnie wprowadzić do jamy macicy. Jednak sposób ten ma tę niedogodność, że płyn niezawsze dostaje się do macicy, gdyż podczas przesuwania waty przez usta macicy znaczna część roztworu zostaje wyciśniętą z waty i napowrót spływa do pochwy. Oprócz tego, sposób ten jest niewłaściwym: 1) przy silnej waskularyzacji macicy, gdyż wprowadzenie pręcika łatwo może wywołać dość obfity krwotok, zubożniający działanie leku, 2) przy zbyt obszernej jamie macicy w następstwie przewlekłego zapalenia jej błony śluzowej, 3) przy krwotokach, zależnych od naczyniowych nowotworów macicy i 4) przy nabłonkowych nowotworach (epitheliomata) macicy, wypełniających całą jej jamę.

Autor dla miejscowego działania na błonę śluzową macicy posilkuje się szprycą Brauna, zawierającą nie więcej jak jedną drachmę płynu.

Atthill przytacza przykłady gwałtownych krwotoków macicznych, zależnych od polipów, które nie ustąpiły nawet po użyciu ostrej łyżeczki. W jednym przy-

padku krwotoki te ustąpiły dopiero po pewnym czasie po kilkakrotnem wstrzyknięciu do jamy macicy po jednej drachmie jodynowego fenolu. W innym znów przypadku krwotoki, zależne od złośliwych i drobnych polipów macicy również ustąpiły na czas dłuższy po wstrzykiwaniach do macicy jodynowego fenolu.

Zdaniem autora, leczenie środkami, wprowadzanymi wprost do jamy macicy nawet przy złośliwych nowotworach jest bardzo skuteczne, gdyż, wstrzymując krwotoki, tem samem na pewien czas przedłuża życie chorej.

Przy wstrzykiwaniach fenolu do macicy, pamiętać należy, że usta maciczne powinny być miękkie, powinny one przepuszczać rurkę szprycy i pozwalać na swobodny odpływ wstrzykniętego płynu z macicy, oprócz tego pamiętać należy, aby niewielką tylko ilość płynu za jednym razem wstrzykiwać. W tym celu szprycy nie powinna więcej zawierać jak drachmę płynu.

Autor streszcza w ten sposób swoje poglądy:

1) Kwas karbolowy w stosunku 1 cz. wysokoku na 2 części kwasu jest najlepszym ze środków, służących do wprowadzenia do macicy.

2) Czystego kwasu karbolowego nie należy inaczej wprowadzać do jamy macicy, jak tylko w formie jodynowego fenolu.

3) Kwas karbolowy czysty lub jodynowy fenol często wybornie działa przy krwotokach macicy, zależnych od chorobowego stanu błony śluzowej. Jednorazowe wstrzyknięcie pół drachmy, najwyżej całej drachmy, wystarcza.

4) Nawet przy nabłoniakach macicy wstrzyknięcie jodyny z fenolem może być pożytecznym, przerywając na czas dłuższy krwotoki. *H. Goldblum.*

72. KONDRATOWICZ S. **O badaniu chemicznem zawartości torbieli jajnikowych.** (*Osobne odbicie z księgi pamiątkowej, wydanej na cześć 25-letniego jubileuszu*

działalności naukowej prof. H. Hoyera. Warszawa, 1884).

W pracy tej, wykonanej w pracowni chemicznej szpitali warszawskich, autor stwierdza zupełną dokładność metody poszukiwania paralbuminu i metalbuminu w zawartości torbieli jajnikowych, podanej przez Hammarsten'a. Szczegółów tej metody powtarzać tu nie będziemy. Znajdzie je czytelnik w sprawozdaniu z prac Hammarsten'a i Gönner'a, pomieszczonem w „Kronice lekarskiej“ roku zeszłego (1884, Nr. 6). Przypomnimy tylko, że metoda ta zasadza się na charakterystycznej własności paralbuminu i metalbuminu redukcji (odtleniania) soli miedzi.

Badając zapomocą polarystrabometru Wild'a naturę owego ciała redukującego, t. j. wodoru węgla, otrzymywanego przy gotowaniu metalbuminu z kwasami rozcieńczonemi, autor otrzymał skręcenie płaszczyzny polaryzacji na lewo.

K. przytacza bardzo szczegółowo własności paralbuminu i metalbuminu. Paralbumina jest mieszaniną metalbuminu (czyli pseudomucyny) i białka, niedającego się wydzielić przy gotowaniu oraz wykryć zapomocą zwykłych odczynników.

Autor zbadał skład ilościowy metalbuminu, t. j. oznaczył ilość jego azotu według metody Kjeldahl'a i otrzymał liczbę 7,49% N, ilość znacznie mniejszą niż ta, którą podał Hammarsten (10,28% N).

Na potwierdzenie tego, że paralbumina i metalbumina są stałemi i charakterystycznemi częściami składowemi zawartości torbiela jajnikowego, autor przytacza przypadek nader pouczający, z pracowni d-ra Nenckiego.

Jeden z chirurgów przysłał do zbadania płyn wypuszczony z jamy brzusznej u pewnej chorej, u której rozpoznanie choroby było wątpliwem—podejrzewano mianowicie obecność jakiegoś nowotworu złośliwego w jamie brzusznej; oprócz tego istniała i puchlina brzucha. Dr. Nencki, zbadawszy płyn według metody Hammarsten'a, wykazał obecność paralbumi-

nu, z czego wyprowadził wniosek, iż u danej chorej znajduje się torbiel jajnika, i co też niebawem potwierdziła operacja wyluszczenia guza, bo przekonano się, że rzeczywiście istniał wielokomorowy torbiel jajnika. Znalezione przytem na guzie dwie blizny, powstałe wskutek pęknięcia dwu niewielkich torbieli, których zawartość wylała się do jamy brzusznej i zanieczyściła płyn przesiękowy. W przypadku tym, powiada autor, badanie chemiczne świetnie wykazało, jak wielką wagę do niego przywiązywać należy.

M. Zweigbaum.

73. A. LUZINSKY. **Szkice pediatryczne.** *Asthma laryngeum. Laryngospasmus.* (*All. W. Med. Ztg.* Nr. 6 i 7, 1885).

Skurcz głośni należy do najstraszniejszych chorób wieku dzieciennego. W parę minut zabija dotychczas zdrowe dziecko; niekiedy napad trwa dłużej, poprzedzony uczuciem strachu, bladeścią twarzy, brakiem powietrza, o które dziecko usilnie walczy. Tętno staje się małym i nieregularnym, twarz siną, żyły szyjowe nabrzmiewają, oczy występują, piana pokrywa usta, głowa pochyla się w tył. Wkrótce zimna i sina skóra pokrywa się potem, zjawiają się drgawki i dziecko umiera. Jeżeli zaś napad taki nie zabija, to często się powtarzając, pozostawia rodziców w ciągłej trwodze. Zwykle napady występują bez zwiastunów, zaczynają się wydłużonym, głośnym wdechem, po którym następuje wiele krótkich, urywanych wydechów, dziecko przestraszone zaczyna płakać i na tem atak się kończy. Może się napad zacząć i głośnym wydechem, poczem następuje utrudniony wdech, a czasami dziecko nagle przestaje oddychać i dopiero po pewnej przerwie zjawia się wydech urywany. Napad astmatyczny trwa od paru sekund do wielu minut; często powtarza się w przeciągu dnia, tygodnia, przez parę miesięcy, a nawet i lat. Nigdy nie można przewidzieć przebiegu, trwania i końca napadu; wiek, budowa dziecka i zewnętrzne warunki mają ważne znaczenie w ro-

kowaniu, zarówno jak i częstość i siła napadu. Śmierć następuje wskutek uduszenia, wyczerpania sił, wylewu krwawego lub surowiczego do mózgu. Śmiertelność przy tej chorobie bywa znaczną, podług Herarda w $\frac{6}{7}$ wszystkich przypadków, u Rilliet'a w $\frac{8}{10}$; na szczęście jest ona dość rzadką, a w porę podana pomoc, często daje dobre wyniki. Na 25,000 chorych dzieci, zebranych przez autora, skurcz głośni spostrzegany był w 203 przypadkach t. j. $1\frac{1}{10}$.

Skurcz głośni zjawia się u chłopców i dziewcząt bez różnicy; ząbkowanie niema w występowaniu tej choroby tego znaczenia, jakie mu przypisywali dawniejsi lekarze, ponieważ spostrzega się ona częściej u dzieci przed 6-tym miesiącem życia (w połowie wszystkich przypadków), a także w 2 gim, 3-cim i nawet 5-tym roku życia. Dzieci karmione piersią ulegają skurczowi głośni nie rzadziej niż dzieci karmione sztucznie; również nieprawdewem jest zdanie, że słabowite i źle odżywiane dzieci prędzej mu ulegają niż zdrowe i znajdujące się w dobrych higienicznych warunkach. Najczęściej skurcz głośni spotyka się na wiosnę i zimą; wpływy jednak atmosferyczne nie mają przytem żadnego znaczenia, jak to wynika z wieloletnich spostrzeżeń autora. Na uwagę zaś zasługuje, że w wielu rodzinach wszystkie dzieci chorowały na skurcz głośni, większość z nich cierpiała jednocześnie na znacznie posuniętą krzywicę; przy bladej cerze dzieci owe okazywały w wysokim stopniu nerwową wrażliwość, wskutek czego najmniejsza okoliczność wystarczała do wywołania napadu, który niekiedy występował nawet podczas snu. Nadmierna wrażliwość nerwowa szczególnie odnosi się do n. krtaniowego (n. recurrens vagi), pod wpływem którego mięśnie zewężające głośnię się kurczą. Główną jednak przyczyną skurczu głośni jest podrażnienie rdzenia przedłużonego, od którego zależą ruchy oddechowe; niektórzy autorzy znajdowali w podobnych przypadkach

przekrwienie lub małokrwiistość tego narządu; często jednak przy sekcji niema żadnych zmian rdzenia. Inne patologiczne zmiany, spostrzegane przy sekcji, nie mają znaczenia etjologicznego, ponieważ nie są one stałemi; do najczęstszych należą: nieżył oskrzeli i kiszek.

Leczenie skurczu głośni zasadza się na leczeniu samego napadu i uprzedzaniu go. Należy czuwać nad dziećmi, ulegającymi tej chorobie, we dnie i w nocy, ponieważ często występują napady bez żadnych zwiastunów. Wrazie napadu trzeba dziecku natychmiast podnieść i starać się tarcie klatki piersiowej, wdmuchiowaniem powietrza, zimną wodą i wszelkimi zewnętrznymi bodźcami wywołać ruchy oddechowe. Jeżeli to wszystko nie pomaga, trzeba wywołać skurcz przepony przez metodyczne uciskanie mięśni brzucha.

W celu uprzedzenia napadów polecono mnóstwo rozmaitych środków, z pomiędzy których najpierwsze miejsce zajmuje piżmo; wpływ jego na rdzeń przedłużony uznanym został już w 1796 roku przez Millar'a. Już po kilku centigramach napady stają się mniej częstymi i słabszymi, a dziecko staje się spokojniejszym. Środek ten jest odpowiednim w cięższych postaciach choroby, podczas gdy w słabszych wystarczają małe dawki makowca, belladony, szczególnie zaś cincum oxydatum i valerianicum (15—30 centigram. pro die), których działanie można sobie objaśnić tylko wpływem na n. błędny z błony śluzowej żołądka. Chloroform, chloral i podskórne wstrzykiwania morfiny, zarówno jak i skórne podrażnienie, uważa autor raczej za szkodliwe.

Oprócz powyższego leczenia usuwać należy od dziecka wszelkie zbyteczne podrażnienia i starać się o dobre odżywianie, a podczas rekonwalescencji podawać żelazo i stosowne kąpiele.

M. Hopfenblum.

74. J. CASSEL. **Przyczynę do dziecięcego przymiotu, a zwłaszcza cierpień kości tego pochodzenia.** *Beiträge*

zur hereditären Syphilis, besonders der Knochenkrankungen bei derselben. (*Archiv f. Kinderheilkunde*. B. VI, H. 1).

Autor opisuje pięć przypadków wrodzonego przymiotu ze zmianami w układzie kostnym. W dalej posuniętej sprawie dotknięte były nie tylko nasady kości, ale i trzony. Autor sądzi, że zajęcie stawów natury przymiotowej nie może ulegać wątpliwości, w czem stoi w sprzeczności z Henochem. We wszystkich pięciu przypadkach zauważono zjawiska porażenia rzekomego (Pseudoparalysis), opisanego pierwszy raz przez Parrota. Stopień porażenia znajdował się w prostym stosunku do zmian w kościach. W lżejszych przypadkach było zapewne tylko zajęcie ścięgien i mięśni niedaleko przyczepów. Rzekome porażenie od nerwowego Parrot odróżnia na podstawie obecności bolesnego obrzmienia i krepitacyi w okolicy stawów, po łatwości, z jaką udaje się przez szczypanie i t. p. wywoływać kurczenie się mięśni, wreszcie przez brak zaburzeń czuciowych — przy objawach przymiotu. Wkońcu autor chwali leczenie kąpielami sublimatowemi (0,5) uważa je nawet za najlepsze w podobnych razach. Już po 12 kąpielach można było zauważyć polepszenie, a po 24—36 wszystkie objawy choroby zniknęły.

O. H.

MISCELLANEA.

75 Sée zwraca uwagę na częstość **przerostu serca** u dzieci od 8—16 lat i u młodzieży od 17—21; zależy on poczęści od zbyt prędkiego wzrostu dzieci, a poczęści od nadmiernej pracy fizycznej i umysłowej. Przerost serca u dzieci objawia się: 1) powiększeniem wymiaru serca, 2) czasami szmerem u wierzchołka, 3) niekiedy nieznaczną arytmiją serca przy normalnem tętnie. Subiektywnie dzieci uskarżają się na: 1) bięcie serca, 2) duszność (bez objawów płucnych) i 3) ból głowy, szczególnie przy zajęciu umysłowem. Leczenie przeważnie higieniczno-dyjetetyczne (świeże powietrze, ruchy mięśniowe, pożywne pokarmy); ze środków lekarskich: naparstnica, jodek potasu i convallarina przynoszą znaczną korzyść.

(*Semaine medic*, Nr. 1—1885).

76 Dr. Knittel w *Centralbl. f. Nervenkrank.* (1884) mówi o **obłądnie z naśladowania** (folie imposée, folie à deux, inducirtes Irresein i t. d.), t. j. o zбочeniu umysłowem, rozwijającym się u osób, pozostających ciągle z obłąkanymi. Obłąd ten przejawia się w 2-ch postaciach: 1) otaczający przejmują się chorobliwemi pojęciami chorego, nie stając się jednak obłąkanymi (folie imposée Marandon de Monty'd'a). Postać ta częściej się zdarza u kobiet, niż u mężczyzn; dziedziczność usposabia do tego obłądłu, który ustępuje przeważnie po zmianie otoczenia. 2) Jednocześnie występuje obłąd u kilku osób wskutek jednakowych warunków życia lub wskutnk ścisłego pożycia z obłąkanym (communicirter Wahnsinn).

77 Dr. Oppenheim (*Berl. Klin. Woch.* 4—1885) spostrzegł w 12-u przypadkach **uwładu rdzenia pacierzowego objawy krtaniowe** w postaci kurczowych napadów kaszlu lub porażen mięśni krtaniowych. Te tak nazwane crises laryngics, opisywane już dawniej przez autorów francuzkich, powstają wskutek przejścia sprawy chorobowej na początki nerwu błędnego i dodatkowego. Objawy krtaniowe występują dość rzadko, w niektórych przypadkach jednak stanowią objaw bardzo męczący. Czasami są podobne do ataków koklusu, w innych razach do kurczów krtaniowych, nazywanych laryngismus stridulus. Przypadki, cechujące się większą siłą i częstością napadów, prowadzą częściej do porażen mięśni krtaniowych. Objawom krtaniowym towarzyszą zwykle objawy żołądkowe, zaburzenia z polykaniu, ślinienie, zawroty głowy i napady omdlenia.

M. H.

78 **Leczenie rwy kulszowej zapomocą zamrażania**. Debove otrzymał nader pomyslné wyniki zapomocą tej metody, którą zalicza do środków odciągających. Posługuje się autor w tym celu chlorkiem metylu, którego punkt wrzenia wynosi —23° C. i który w miedzianych syfonach może być przesłany na odległe przestrzenie. Właściwej konstrukcyi syfony przyrządza firma Ducretet et Comp. rue Claude-Bernard, Nr. 75 w Paryżu. E. Böckel opisuje w „Gazette med. de Strasbourg“ trzy przypadki uwieńczone również pomyslnym skutkiem; dwa dotyczyły rwy kulszowej, w jednym zaś znieczulenie zupełne wywołano dla wykonania przecięcia węglika. Działanie środka jest nader szybkie, i naskórek odradza się w zupełności.

(*Illustrirte Monatschrift der ärztlichen Politechnik*.

Januar, 1885).

79 **Akonitina** jest środkiem przeważnie działającym na układ nerwowy, **osłabia czynność nerwów czuciowych**, przez co wywołuje znieczulenie, jednocześnie zmniejsza światło naczyń włosowatych i obniża ciepłotę ciała. Wskutek powyższych fizjologicznych własności, Gubler, Segnin i inni stosowali środek ten w nerwobólach, w któ-

rych okazał się bardzo pożytecznym, szczególnie w **nerwobólu twarzowym**. Akonitina daje również dobre wyniki w cierpieniach dróg oddechowych, w astmie, kokluszu, nerwowem biciu serca, dusznicy bolesnej, w goście stawowym i podagrze. Zaczynać należy zwykle od małych dawek, poczynając od 3 pigulek po $\frac{1}{5}$ miligrama, aż do 6-ciu dziennie, które używać trzeba póki bóle nie ustąpią.

(*Progrès Medical*, Nr. 6—1885).

80 Möser spostrzegł bardzo często **szczególne zmiany nagłośni**, która się okazała zgrubiałą, błona śluzowa szarawą, matową, a często na niej guziczkowe nacieczenie. Jednocześnie nie spostrzegano żadnych innych obiektywnych, ani subiektywnych zmian krtani. We wszystkich tych przypadkach znajdowały się objawy nieżytu lub nacieczenia jednego z wierzchołków płucnych. Wskutek tego autor zwraca uwagę na ten **objaw**, jako **specyficzny dla gruźlicy** i mający znaczenie przy rozpoznaniu suchot krtaniowych i płucnych. Heinze i Ziemssen spostrzegali ten objaw w znacznie już posuniętem cierpieniu.

(*W. Med. Presse*, Nr. 7—1885).

Sprawozdania z Towarzystw lekarskich.

— Wiedeńskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie d. 16 stycznia 1885 r.

Prof. dr. Politzer. *W kwestyi patologii i leczenia cierpien błędnika*. Patologo-anatomiczne zmiany błędnika są dotychczasowo mało znane; ostre pierwotne zapalenia tegoż nie były wcale spostrzegane, częściej zaś opisują się ropne zapalenia, przechodzące z jamy bębenkowej lub z czaszki. Tutaj należą też krwawe wysięki spostrzegane przez Lucae'go. Moss przy chorobach zakaźnych (ospa, szkarlatyna, tyfus) znajdował w błędniku drobnokomórkowe i ropne nacieczenie. Skutkami zapalenia bywają: zgrubienie i zanik błoniastego błędnika, nowotworzenie tkanki łącznej i kostnej, nagromadzenie mas serowatych i zwapniałych, a także stłuszczenie organu Corti'ego. P. przytacza historję choroby 32-letniego człowieka, od roku głuchego i zmarłego wskutek białaczki (*Leucaemia*), u którego rozpoznano za życia leukemiczne cierpienie wewnętrznego ucha. Przy sekcji okazało się, że scala tympani ślimaka wypełnioną była bujającą tkanką łączną, w której wytworzyły się blaszki kostne; lamina spiralis pokryta wysiękiem leukemicznym, a nerw słuchowy i komórki zwojowe uległy zanikowi przez zwyrodnienie tłuszczowe. Przypadki leukemicznego cierpienia ucha należą do rzadkości. W innym przypadku u 14-letniego chłopca, głuchego od drugiego roku życia, wypełniała nowowytworzona tkanka kostna ślimak, półksiężycowe kanały i początki przedsionek. Ostre zapalenie błędnika (*Labyrinthitis Voltolini'ego*) u

dzieci występuje z gwałtownymi objawami, podobnie jak zapalenie opon mózgowych, od którego się różni prędkim przebiegiem, i w przeciągu paru dni kończy się głuchotą. Ponieważ cierpienie to dotychczas nie zostało stwierdzonem na stole sekcyjnym, to podług Moos'a, Knapp'a i Gottsteina jest rzeczą nierozstrzygniętą, czy głuchota w tych przypadkach zależy od zapalenia błędnika, czy też od lekkiej postaci (*abortive Form*) zapalenia mózgu.

Rozpoznanie zapalenia błędnika klinicznie opiera się na wykluczeniu cierpienia średniego ucha, na sposobie powstania choroby i na wynikach badania słuchu. P. przytacza przypadki wyleczenia dobrowolnego cierpien błędnika tyfusowych i przymiotowych. Zaleca szczególnie podskórne wstrzykiwania pilokarpiny (2% rozczyzn) w ilości 2—6 kropeł w okolicę przedramienia. W świeżych przypadkach następuje po tem prędko poprawa słuchu; nie działa zaś ten środek w dziedzicznym przymiotcie, w panotitis, w głuchocie po mening. cerebrosplanialis i w cierpieniu błędnika, połączonem z suchym nieżytem średniego ucha. Z 65 przypadków w 16 była mniejsza lub większa poprawa.

Posiedzenie 23 stycznia 1885 r. Prof. dr. Reuss przedstawia trzymiesięczne dziecko z *anophthalmus unilateralis congenitus* i z torbielą pod dolną powieką. W głębi oczodołu znajduje się tylko białawy guzik, wielkości grochu; torbiel jest cienkościenną, wielkości małej śliwki, przezroczystą i lekko przesuwalną. W literaturze opisano 12 podobnych przypadków, 5 dwustronnych, a 7 jednostronnych. Talko sądzi, że torbiel rozwija się niezależnie od gałki ocznej, Manz natomiast przypuszcza, że torbiel, powstała w sklerze, nadmiernie się powiększając, nie dopuszcza do rozwoju oka, które przedstawia się wówczas jako mikroophthalmus za torbielą.

Prof. v. Mosetig-Moorhof. *Przypadek rany postrzałowej serca*. Po wystrzale z rewolweru u 34-letniego czeladnika ślusarskiego okazała się rana z lewej strony klatki piersiowej na 1 ctm. pod i $1\frac{1}{2}$ ctm. wewnątrz od brodawki sutkowej. Z lewej strony klatki piersiowej z tyłu przy perkusji otrzymano tępość, dochodzącą do środka łopatki. Chory przytem kaszał i pluł krwią. Opatrunek jodoformowy, morfinu etc. Następnego dnia linija tępości podniosła się wyżej. Rozpoznano: ranę postrzałową płuc i haematothorax. Duszność się powiększyła, z prawej strony zjawilo się tarcie opłucnej. Serce zupełnie prawidłowe, tony czyste. 21-go dnia po wystrzale duszność doszła do znacznych rozmiarów, wskutek czego wykonano przekłócie klatki piersiowej i wypuszczono 500 cum. dm. krwawego płynu. Po 7-miu dniach duszność znowu znacznie się zwiększyła, przyłączyła się gorączka; zrobiono wówczas przecięcie klatki piersiowej z wypitowaniem 4 ctm. 7-go żebra i usunięto 2 litrów płynnej, już rozkła-

dającej się krwi. Do jamy opłucnej wiano 2 łyżki stołowe mleczanki jodoformowej. Badanie palcem wykazało znaczne uciśnięcie płuc. Przedrenowanie, opatrunek jodoformowy. Prędką poprawa, gorączka ustąpiła, wydzielina skąpa. W parę tygodni później wystąpiły objawy zapalenia nerek, mocznicę; śmierć w 2 miesiące po wystrzale.

Sekcja: Płuca mocno przyrośnięte, szczególnie lewe; płuco lewe uciśnięte, skrzywienie kręgosłupa. Serce zrosnięte z osierdziem, w którym na miejscu odpowiadającym prawej komórce znajduje się przerwa z pigmentowanymi brzegami. W środku mięśnia prawej komórki serca znajduje się parę ziarenek śrótu. W nerkach zmiany zapalne. Nie rozpoznano rany serca, ponieważ prawdopodobnie zaraz nastąpiło zrosnięcie serca z osierdziem, bez zapalenia osierdzia i mięśnia sercowego.

Dr. Gärtner. O tak nazwanej „Vaguspneumonie“ (p. w dziale sprawozdawczym). *M. H.*

— Warszawskie towarzystwo lekarskie

Na posiedzeniu klinicznym odbytem d. 17-go z. m. miała miejsce dyskusja nad dyagnostyką nowotworów nosowych, w której przyjęli udział doktorowie: Hering, Sokołowski, Modrzejewski, Przewoński. Rzecz dotyczyła różniczkowej dyagnozy w przypadku nowotworu nosa, przedstawionego przez d-ra Heringa, gdzie chodziło o określenie, czy nowotwór uważany być ma za mięsak, czy za wilczak lub też syfilomat. Zaznaczono przytem znaczenie poszukiwań odnoszących się do obecności prątków gruźliczych przy wilku.

Następnie dr. Heiman miał odczyt o pęknięciu błony bębenkowej z zejściem śmiertelnym.

— **Cambridge Medical Society.** Hyde Hills miał wykład o leczeniu obłądzenia opilczego zapomocą hyoscyjminy, z okoliczności następującego ciekawego przypadku choroby. Prelegent zawczwany został do 34-letniego o zdrowym wyglądzie mężczyzny, który przez dziewięć dni zrzędu wypijał po butelce wódki (brandy) dziennie. Od trzech dni istniała bezsenność, majaczenie. Po użyciu $\frac{1}{4}$ grana nie zasza żadna różnica w stanie chorego; po upływie trzech godzin zadano znowu $\frac{1}{6}$ grana, znowu w kilka godzin (przy rozszerzonych źrenicach) zadano $\frac{1}{3}$ grana, poczem uspokoiły się objawy na 2 godziny, następnie zadano znowu $\frac{5}{12}$ grana, gdy jednak polepszenia nie było, a stan o tyle się jeszcze pogorszył, że tętno doszło do 120, a pragnienie ciągle dokuczało choremu (od 36 godzin pacjent nie używał wcale pokarmu) zadano jeszcze $\frac{7}{12}$ grana. Wówczas wkrótce nastąpił sen, a nazajutrz chory czuł się dobrze i wyzdrowiał rychło. Podobnie pomyślnie skutki otrzymał H. Hills i w pięciu innych przypadkach. Poleca on użycie początku $\frac{1}{4}$ grana hyoscyjminy, poczem w razie uporczywych objawów zwiększać dawkę co sześć godzin.

Carvez zastosował hyoscyjminę z powodzeniem

w dwóch przypadkach, w których chlorał i bromek potasu nie skutkowały. Dr. Bacon stosował środek ten z wielkim powodzeniem przeciwko obłądzeniu (mania).

— **Spolek českých lékařů.** Posiedzenie dnia 9-go lutego 1885 roku.

Prof. Janovsky przedstawia szereg narzędzi używanych do miejscowego leczenia trypra przewlekłego, mianowicie do przyżegań, przemywań i zastrzykiwań.

Doc. Dr. Thomayer mówi o tem, jak rzadko zmiany anatomiczne w żołądku odpowiadają objawom klinicznym, często są z nimi nawet w przeciwieństwie i nie zawsze tworzą właściwą przyczynę objawów klinicznych.

Wiadomości bieżące.

— **Komisyja sanitarna utworzona w celu zapobiegania cholery** odbyła pierwsze posiedzenie ogólne w dniu 18-tym z. m. Poruszona przez nas dawniej już (w 1-szym numerze „Kroniki“ z r. b.) kwestyja konieczności uporządkowania przedewszystkiem wodociągu wniesiona została obecnie przez prof. higieny Skwarcowa. Nadto przedstawiono protokoły i postulaty oddzielnych komisji obywatelskich i w tym względzie odznaczały się szczególnie czynności przedstawicieli z przedmieścia Pragi, zbadanego stosunkowo nader troskliwie.

— **Instytut szczepienia ospy ochronnej przy szpitalu Dzieciątka Jezus.** W instytucyem tym, jedynym rządowym zakładzie wakcynacyjnym w kraju, zachodzą obecnie pewne godne zaznaczenia zmiany. System piórek został zupełnie wyprowadzony z użycia, zastosowano natomiast fiolki i kostki. Krowianka wyrabia się na szerszą skalę, limfa zaś humanizowana z użycia się nie wyprowadza, ale zbieraną jest w ten sposób, iż źródło każdej kostki lub fiolki może być zawsze wymienionem. Wybór dzieci do zbierania bezwzględnie będzie o wiele większy, albowiem, o ile wiemy, wprowadzonym w życie udzielanie bezpłatne świadectw szczepienia kobietom zgłaszającym się z dziećmi do sprawdzenia rezultatu szczepienia. Krowianka dotychczas istnieje przeważnie glicerynowana. Zarządzający instytutem zamierza wszakże przeprowadzić dokładną statystykę rezultatów szczepienia rozmaitemi odmianami limfy i odpowiednio do tego produkować przeważnie tę lub ową materję. Skoro działalność instytutu rozwinię się o tyle, iż ekspedycja limfy będzie niestającą, glicerynowanie limfy stanie się prawdopodobnie zbyt czynnem. Do produkcji sprowadzano w ostatnich czasach limfę ze znanych instytutów zagranicznych. Zaznaczyć wypada, że każda sztuka opatrzona jest stemplem instytutu, co daje pewną gwarancję czystości. Instytut załącza przy limfie

wskazówki użycia takowej, a obok tych uprasza o komunikowanie rezultatów szczepienia.

— **Pamiętnik towarzystwa lekarskiego**, zeszyt IV z roku zeszłego opuścił prasę i zawiera następujące prace: „S. p. Edward Klink“, wspomnienie pośmiertne przez K. Jasińskiego; „Uwagi nad chorobą Brighta“, przez d-ra Władysława Florkiewiczza; „Guzy hemoroidalne“, przez Franciszka Kijewskiego; „Przystępny dla każdego lekarza sposób ocenienia, czy woda studzienna może być używaną za napój bez szkody dla zdrowia“, przez d-ra Leona Nenckiego i Przemysława Rakowskiego, wreszcie oficjalne sprawozdania z czynności towarzystwa.

— **Maskarada u obłąkanych kobiet** odbyła się dnia 11 go z. m. w domu obłąkanych przy szpitalu Dz. Jezus, pod nadzorem naczelnego lekarza i liczego szeregu siostr miłosierdzia.

— **Nominacja**. Dr. Sommer dotychczasowy ordynator szpitala Dzieciątka Jezus delegowany został czasowo do szpitala Wolskiego w charakterze lekarza naczelnego. W szpitalu Dz. Jezus obowiązki ordynatora powierzono w zastępstwie jego d-rowsi Sierpińskiemu.

Słyszeliśmy, że przy szpitalu Dz. Jezus ma być utworzona nader potrzebna posada ordynatora chorób nerwowych, z utworzeniem lub bez utworzenia specjalnych oddziałów, i że powierzoną ma być d-rowsi Gajkiewiczowi; byłoby rzeczą niezmiernie pożądaną, aby projekt tego rodzaju mógł przyjść do skutku.

— **Szpital zapasowy** w tych dniach zostaje otwarty. Personel lekarski reprezentowany będzie przez jednego tylko, przy szpitalu mającego mieszkanie, lekarza.

— **Szkoła p. Wojciecha Górskiego**. Dzięki uprzejmości właściciela i dyrektora zakładu, mieliśmy sposobność poznać urządzenie tej pierwszej u nas szkoły z uwzględnieniem wymagań higieny, i w kilku słowach podajemy szczegóły najbardziej na uwagę zasługujące. Szkoła, położona w miejscu cichem przy ulicy Hortensyja, po której nie odbywa się ruch kołowy, zaopatrzona jest w znaczny obszar wolnej przestrzeni; (dokoła i wewnątrz gmachu stoi na podmurowaniu podwójnym mur izolacyjny), posiada obszerny wschody i kurytarze, do których drzwi od klas są zawsze otwarte. Same klasy są obszernie (kubiczność wogóle wynosi 28 metrów na ucznia), dobrze oświetlone; sala rysunkowa posiada niemal całą ścianę szklaną. Okna wszędzie są podwójne, a przytem przestrzeń pomiędzy zewnętrznym a wewnętrznym oknem wynosi około pół łokcia, a ramy przypasowane są do ścian w ten sposób, że powietrze zanim do pokoju przejdzie musi kierunek przy ramie zmienić; w ten sposób wyłączoną jest możliwość powstawania przeciągu. Górne części okien otwierają się po kilka razy na dzień, do cze-

go służą drągi właściwe, niedostępne dla uczni samych, a znajdujące się pod kontrolą służby. We wszystkich salach znajdują się piece wentylacyjne; przytem oberlichty we drzwiach są zazwyczaj wszędzie otwarte. W pensjonacie czystość powietrza utrzymuje się jeszcze zapomocą gazowych płomieni prowadzących zepsute powietrze na zewnątrz oraz przez zastosowanie regulaminu ścisłego co do porządku i czystości; najbardziej zaś zaznaczyć tu wypada, że odzież składają uczniowie w odrębnym oddziale pomieszczonym na innym piętrze, zamiast zaś zwykłego obuwia wdziewają pantofle, przez co przykre wyciechy z butów nie mają miejsca. Wychodki przedstawiają się w postaci waterklozetów z dodatkowymi czopami hermetycznymi, pisuary głównie ze szkła się składają. Dodatkowo używa się do odwaniania torf otwocki, oraz wentylacja gazowa. Okna otwierają się trzy razy dziennie we wszystkich klasach i tyleż razy przemijają się kłozety (które nie posiadają urządzenia mechanicznego do zmywania). Ogrzewanie dokonywa się zapomocą kaloryferów, na kurytarzach oraz wschodach utrzymuje się ciepłota pokojowa,—siła wentylacji nie jest dotychczas zbadaną (robiono tylko próby przyrządem Wolpert'a, które wypadły pomyślnie) nie ulega jednak wątpliwości, że czystość powietrza istnieje w stopniu dostatecznym. Sprzęty szkolne odpowiadają wymaganiom higieny i komfortu. Istnieje też należycie urządzona sala gimnastyczna.

Oczywiście i pomienione urządzenie szkoły mogłoby być zupełnie niedostatecznym przy braku regulaminu sanitarnego, ale przy zwiedzaniu szkoły łatwo przekonać się można, że inicjator jej i właściciel jest zarazem niestrudzonego nadzorcą sanitarnym. Znaczne koszty łożą się na utrzymanie porządku. Z udzielonych nam przez p. Górskiego informacji wynika, że kosztą wywózki, gazu (do wentylacji), mycia okien i podłóg i t. p. wynoszą około 1000 rubli rocznie. Plan szkoły wykonany został przez samego p. Górskiego, który korzystał z rozmaitych źródeł naukowych, z planów konkursowych, które przyjęte w całości być nie mogły, oraz z licznych informacji. Budowali szkołę pp. Goebel i Dziekoński, kłozety wykonała, według planu p. Górskiego, firma Kuksz, Lüdke i Grether.

Szkoła dzieli z miastem całym plagę braku wody dobrej, któremu zaradzić można byłoby założeniem pulsometru i zastosowaniem filtrów dużych, aby otrzymać dostateczny przyływ wody wiślanej oczyszczonej od osadu, jaki obok swych dodatnich cech higienicznych posiada.

— **Ze szpitala Ujazdowskiego**. D-r Talko okulista okręgu wojskowego warszawskiego zawiadamia w Nr. 4 „Wojenno-Sanit. Dieta“, że obecnie usuniętem zostało rozporządzenie, aby lekarze delegowani do szpitala tego dla ćwiczenia się w okuli-

stycie, zostawali w okręgu na służbie w ciągu dwóch lat. Dr. T. mniema, że udogodnienie obecne wpłynie na zwiększenie liczby pragnących korzystać z olbrzymiego, lubo dość jednostajnego materiału, jakim rozporządza szpital.

— **O niektórych przykrościach** z praktyki wojskowo-lekarskiej opowiada „Wojenno-Sanitarne Dielo” starając się wykazać, jak często prawo nie może się pogodzić ze zwyczajami życia codziennego. Pewien lekarz wojskowy ostro strofowany był za to, że, zajęty służbą, nie przybył natychmiast do dotkniętego lekką chorobą oficera, który już czterech lekarzy pułkowych sprowadził był i jeszcze tego ostatniego życzył sobie ujrzeć natychmiast u siebie.

Pewien lekarz naczelny oddany został pod sąd za to, że polecił uczniowi felcerskiemu doglądać w ciągu kilku dni chorego lekarza, zwolniejszy go od innych zajęć służbowych, inni znowu wyrażają wdzięczność lekarzom za polecenia wydawane felczerom, aby doglądali chorych oficerów. Sam autor artykułu w „W.-S. D.” otrzymał wielką burę za umieszczenie cieszącego się względami władzy chorego felczera w szpitalu, nie chcąc go leczyc w domu. Wielkie przykrości wynikają, powiada autor, z powodu braku wpływu na administrację.

— **W Petersburgu** utworzoną została komisja dla określenia zadań profilaktycznych w armii wobec grożącej epidemii. Prezesem obrano prof. Dobrosławina. Komisja zasięgnęła wiadomości o środkach odnośnych, jakie użyte były w roku zeszłym w Anglii, Francji, Austrii i w Berlinie, poczem wydała odpowiednie instrukcje i regulaminy dla lekarzy wojskowych, lazaretów i dla naczelników obwodów wojskowych. W liczbie innych środków znajdują się następujące: 1) obecnie już zakupione być muszą wszelkie sprzęty niezbędne dla szpitali i lazaretów, jak wanny, szafle, środki dezynfekcyjne (sublimat, kwas karbolowy i t. p.), 2) w sprzęty te zaopatrzone być winny nie tylko szpitale, ale i oddziały wojsk, 3) w razie wybuchu epidemii wszystkim lekarzom wojskowym wydawane być mają awanse na drobne wydatki, w rozmiarze 100 rubli. Na stworzenie tych wszystkich środków potrzebną jest suma 637,000 rubli; 145,000 powinny być wyasygnowane natychmiast, o czem już ministerjum wojny odniosło się do rady państwa.

(*Wojenno-Sanitarne Dielo*, 4—1885).

— **Pruski minister oświecenia v. Gossler** rozesłał do wszystkich wydziałów lekarskich okólnik, określający warunki, w jakich mogą być wykonywane wiwisekcje, a wywołany przez nieustanne agitacje tak zwanych antiwivisekcyjonistów. Oto jego punkty:

1) Doświadczenia na żyjących zwierzętach mogą być przedsiębrane tylko w celach poważnych badań lub w ważnych celach nauczania.

2) Przy wykładach doświadczenia na zwierzę-

tach są właściwe tylko o tyle, o ile to jest niezbędnem dla zupełnego zrozumienia rzeczy.

3) Przygotowawcze operacyjne rękoćzyny do doświadczeń na zwierzętach, potrzebnych przy wykładach, powinny być uskuteczniane przed rozpoczęciem właściwej demonstracji i w nieobecności słuchaczy.

4) Doświadczenia na zwierzętach mogą robić tylko profesorowie i docenci, albo też mogą one być robione na odpowiedzialność tych osób.

5) Doświadczenia, które bez ujemnego wpływu na rezultat, mogą być robione na niższych zwierzętach, powinny być uskutecznione tylko na takich zwierzętach, a nie na wyższych.

6) We wszystkich przypadkach, gdzie na to cel doświadczenia pozwala, zwierzęta powinny być przed doświadczeniem zupełnie i na długi przeciąg czasu odurzone zapomocą środków narkotycznych.

Okólnik ten, którego treść czyni w samej rzeczy zadość zarówno wymaganiom ludzkości, jak i potrzebom nauki, opracowany został na podstawie raportów wszystkich medycznych wydziałów, odpowiadających na zapytania, zadane im przez ministra w odnośnej kwestyi, a także na pracy prof. R. Heidenhaina „Die Vivisection“, napisanej na żądanie ministra.

Książka ta jest właściwie przeznaczona dla publiczności nielekarskiej. Obejmuje ona w pierwszym rozdziale krótki rys dzisiejszego stanu i zadań medycyny, omawia niezbędną konieczność doświadczenia na zwierzętach dla fizjologii, której główne fakta są właśnie wyjaśnione tą drogą. Podobnież zaznacza korzyści wypływające z takich doświadczeń dla medycyny praktycznej, dla terapii. W drugim rozdziale autor zbija zarzuty przeciwników wiwisekcji i przekonywa, że prezydent międzynarodowego towarzystwa antiwivisekcyjonistów v. Weber, głosi w swych pismach, jak świadczy przytoczony wyjątek, zasady wcale nietchnące ludzkością—co prawda są one skierowane nie do zwierząt, a do ludzi—mianowicie czarnych mieszkańców Afryki.

W szeregu uczonych przeciwników wiwisekcji stoi tylko osamotniony Lawson Tait, którego dziś niezbyt wielka powaga, nie zaważy przeciw oświadczeniu się za doświadczeniami na zwierzętach wszystkich wydziałów lekarskich Niemczech, Austrii, Szwajcaryi, zjazdu lekarskiego w Eisenach, w Londynie (1881), królewskiej komisji angielskiego parlamentu, British Medical Association, towarzystwa lekarskiego w New-York—wreszcie całego zastępu wybitnych fizjologów i lekarzy.

W Anglii wiwisekcja jest wzbronioną za ledwie od lat kilku—a już ślad ujemny tego zakazatu daje się widzieć w pracach angielskich uczonych, którzy w pewnych gałęziach medycyny, wymagających koniecznie doświadczeń na zwierzętach, jak fizjologia, patologija doświadczalna i inne, muszą pozosta-

wać w tyle po za postęпами innych narodów. Mało tego! Wskutek braku możności powtórzenia i sprawdzenia nowych spostrzeżeń i odkryć, nie mogą oni przyjmować nawet udziału w dyskusji nad odnośnymi kwestyjami i utworzyć sobie na nie krytycznego poglądu.

(*Deut. Med. Woch.* Nr. 7).

— Przeciwnicy szczepienia w Niemczech.

W parlamencie niemieckim znalazło się znowu kilka petycyj o zniesieniu przymusowego szczepienia ospy. W liczbie innych znany wydawca czasopisma „Impfgegner“ dr. Oidtmann nalega, aby do zbadania sprawy wysadzono komisję złożoną zarówno ze zwolenników jak i z przeciwników szczepienia.

(*Deut. Med. Ztg.*).

— **Wykłady bakteriologiczne** w Cesar skim Urzędzie Zdrowia w Berlinie zawieszono zostały 18-go stycznia r. b. Przez cały czas trwania takowych (od 15-go września) odbyto 11 kursów. Ogólna liczba uczestników wynosiła 146, w tej liczbie z Prus—54, a z całych Niemiec 97, oprócz lekarzy wojskowych i należących do marynarki. Z obcych państw uczestniczyło w kursach 20 lekarzy (z Austrii, Rosyi, Anglii, Włoch, Hiszpanii, Szwecyi, z Luxemburgu, z Ameryki północnej i Australii).

(*Deut. Med. Ztg.* 14—1885)

— **O dobrobycie lekarzy** niektórych podaje ciekawe szczegóły „Allg. Wien. Med. Zeitung.“ W Wiedniu największe dochody z praktyki nie przenoszą 100,000 florenów rocznie. Péan w Paryżu ma posiadać 600—700 tysięcy franków rocznie, Spencer Wells w Londynie otrzymywał za niektóre ze swoich 1000 owarjotomij po 10—12,000 funtów szterlingów; na kongresie międzynarodowym w Kopenhadze żył on prawdziwie po królewsku, sprowadziwszy własne powozy i konie z Londynu i wydając po 100 funtów dziennie na utrzymanie. Köberle w Strasburgu otrzymał od pewnej księżniczki hiszpańskiej 500,000 franków, jako honorarium.

(*Allg. Wien. Med. Ztg.* 20 stycznia r. b.).

— **1V-ty kongres dla wewnętrznej medycyny** odbędzie się od 8—11 kwietnia r. b. w Wiesbaden, pod prezydencją prof. Frerichsa (Berlin). Następujące tematy będą przedmiotem obrad: 1) O leczeniu otyłości, ref. Ebstein, corref. Henneberg (Getynga). 2) O astmie oskrzelowej—ref. Curschmann (Hamburg), Riegel (Giessen). 3) O metodzie przeciwgorączkowej—ref. Filehne (Erlangen) i Liebermeister (Tybinga). Oprócz tego zapowiedziano następujące odczyty: Liebreich (Berlin)—o środkach nasennych, Binz (Bonn)—o nowych środkach leczniczych, Hack (Freiburg)—o chirurgicznym leczeniu napadów astmatycznych, Edlefsen (Kiel). W kwestyi statystyki i etjologii ostrego gościa stawowego, Rossbach (Jena)—o ruchach żółdka, odźwiernika i dwunastnicy, Fleischer (Erlangen)—o mocznicy, Haidenhain (Wrocław)—o pseudomo-

torycznych wpływach nerwowych, Edlefsen (Kiel)—o zachowaniu się chlorków w organizmie i t. p.

— **Wazelina w ciastach.** Rada sanitarna departamentu Sekwany na ostatniem posiedzeniu omawiała kwestyję fałszowania ciast przez zaprawianie ich wazeliną w miejsce masła (skutkiem czego zapobiega się jełczeniu ciast). Uznano operacyję tę za szkodliwą, albowiem wazelina nie posiada odpowiednich własności odżywczych, a przytem wpływ jej na organizm nie został jeszcze dokładnie zbadany.

(*Gazette hebdomad.* 23 stycznia r. b.).

— **Biblioteka w Waszyngtonie.** Mówiąc o ostatnim z wydanych tomów znanego powszechnie dzieła „Index Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office, U. S. Army“ — „Brit. Med. Journal“ zwraca uwagę, iż trudnoby było znaleźć bibliotekę, w której literatura lekarska świata całego byłaby oficjnie reprezentowaną. Porównując katalog ten z zeszytami katalogu biblioteki muzeum brytyjskiego z r. 1881—1882, pokazuje się, że te ostatnie na 1140 stronach, zawierających 34,000 tytułów, wymieniają 657 książek i 880 rozpraw lekarskich, i w tej liczbie wymieniają 752 wydawnictw lekarskich nie objętych katalogiem biblioteki w Waszyngtonie, gdy natomiast ta ostatnia posiada 715 wydawnictw, których tytułów niema w odpowiedniej części katalogu biblioteki w muzeum brytyjskim; 277 tytułów książek i 508 rozpraw figurują w obydwóch katalogach. Pod względem pism i sprawozdań biblioteka w Waszyngtonie lepiej jest uposażona.

(*The Brit. Med. Journ.* 7 lutego r. b.).

— **Angielska komisya choleryczna.** Prace komisji tej (dokonane przez Klein'a, Gibbes'a i Lingard'a) drukowane będą w całości przez ministerjum indyjskie. Za pozwoleniem wszakże rządu dr. Klein wygłosił 5-go lutego r. b. w królewskim towarzystwie odczyt o ważniejszych punktach odnoszących się do stosunku bakteryi do cholery. Punkta te w streszczeniu przedstawiają się w następującej postaci:

Koch w towarzystwie Gaffky'ego i Fischer'a dokonał poszukiwań nad cholera w Kalkucie, i przyszedł do wniosków następujących:

1) U wszystkich chorych na cholera azjatycką znajdują się w stolcach ryżowych bakteryje nazwane przez Koch'a dla postaci swej zakrzywionej „comma-bacilli“.

2) Laseczniki te mają pewną charakterystyczną postać morfologiczną (znaną czytelnikom).

3) Znajdują się one w wielkiej liczbie w kłaskach śluzowych i w płynie wypróżnień, zwłaszcza zaś w dolnej części jelita biodrowego osób zmarłych w ostrym okresie cholery, tak, iż część ta przedstawia się nawet jako „czysta hodowla laseczników przecinkowatych“.

4) Błona śluzowa jelita biodrowego, zwłaszcza zaś dolnej jego części, przedstawia w ostrym wy-

padkach zmiany właściwe, zależące od rozmnożenia laseczników i od wessania specyficznego fermentu chemicznego.

5) Krew i tkanki nie zawierają bakteryj.

6) Laseczniki rozmnażają się w sposób właściwy przy sprzyjających warunkach otoczenia i ciepłoty, hodowle otrzymane na wyciągu mięsnym z peptonem i żelatyną przedstawiają zmiany właściwe tylko temu gatunkowi bakteryj. Przytem płyn musi być alkaliczny; pod wpływem kwasu, braku wilgoci oraz środków antyseptycznych laseczniki giną.

7) Na podstawie faktów powyższych Koch uważa laseczniki przecinkowate nie tylko jako objaw dyagnostyczny, ale i jako istotną przyczynę cholery.

8) Po powrocie do Niemiec, Koch przekonał się o słuszności poszukiwań Nicati'ego i Rietsch'a, odnoszących się do dodatnich rezultatów szczepienia laseczników cholerycznych psom i świniom morskim.

Wnioski komisji angielskiej są następujące:

1) Twierdzenie Kocha o obecności stałej laseczników przecinkowatych w wypróżnieniach cholerycznych jest słuszne; laseczniki bowiem znajdują się w rozmaitej ilości w różnych przypadkach cholery.

2) Laseczniki te są rozmaitej długości, niektóre 2 — 3 razy dłuższe od innych, niektóre są mocno skrzywione, inne prawie proste; nazwa „laseczniki przecinkowate“ mniej jest właściwą niż „wibryony“.

3) Laseczniki znajdują się i w kłaczkiach wypróżnień i w jelicie biodrowym, w tem mniejszej jednak ilości, im wcześniej po śmierci chorych są poszukiwane; co do umiejscowienia w dolnej części jelita biodrowego, to takowe nie zostało stwierdzone ani w jednym z licznych szeregu badań pośmiertnych.

4) Błona śluzowa kiszki biodrowej w typowych ostrych wypadkach nie zawiera ani śladu bakteryj nawet w powierzchniowej warstwie nabłonka, jeżeli badaną jest rychło po śmierci. Wykonywając sekcję później można wykryć laseczniki przecinkowate i inne bakteryje, przenikające w błonę. Teoryja więc Koch'a, że laseczniki wydzielają jad chemiczny spowodzający chorobę, nie jest usprawiedliwioną.

5) Ani krew, ani żadna tkanka nie zawiera ani tych, ani innych bakteryj.

6) Bakteryje opisane przez Koch'a nie okazują cech specyficznych: rozmnażają się one dobrze w płynach obojętnych i alkalicznych, nie giną pod wpływem kwasów, a ich sposób rozmnażania się w płynach żelatynowych, nie różni się od rozmnażania się innych bakteryj gnilnych, które również w odmiennych płynach okazują pewne odmiany w rozmnożeniu. Laseczniki przecinkowate znajdu-

wane w ustach, okazują w tej mierze podobieństwo do laseczników przecinkowatych Koch'a.

7) Koch nie spostrzegł, że „laseczniki przecinkowate“ znajdują się przy innych chorobach przewodu jelitowego, w ślinie osób zdrowych, a nadto (jak to świeżo obserwowat Deneke) w niektórych pokarmach (w serze).

8) Doświadczenia Koch'a i innych dokonane na zwierzętach nie tylko nie dowodzą etjologicznego znaczenia laseczników, ale mają raczej odwrotne znaczenie.

9) Widocznem jest (jak to było podane w tymczasowym raporcie urzędowym), że woda, zanieczyszczona wypróżnieniami i zawierająca laseczniki używana przez wielką liczbę mieszkańców do picia i do potrzeb gospodarskich, nie spowodowała cholery.

10) Kłaczki śluzowe wydobyte z jelita cienkiego w typowych nagłych wypadkach cholery zawierają właściwe drobnutki i proste laseczniki 3—4 razy krótsze i 2 razy cięsze od przecinkowatych, nieruchome i nieprzedstawiające charakterystycznych zmian w żelatynie agar-agar; przeszczepione do wolnej powierzchni materiału odżywczego wytwarzają one zarodniki.

11) Tych małych laseczników niema we krwi, ani w błonie śluzowej jelita, ani w żadnej innej tkance.

12) Doświadczenia dokonane z małemi lasecznikami na zwierzętach wydały rezultat ujemny.

13) Po powrocie do Londynu Klein przekonał się, że laseczniki przecinkowate okazują dwa odmienne sposoby rozmnażania się: poprzeczny i podłużny. Przeszczepione do żelatyny agar-agar przy zwykłej ciepłocie pokojowej brzmieją po kilku dniach i okazują vacuolae, które się powiększają i wkońcu laseczniki przyjmują postać kolisty (i wówczas są ruchome, jak zwykle). Koło rozłącza się wreszcie w dwóch miejscach tak, iż powstają dwa laseczniki pół-okrągłe; przy t. 30—34° C. bywa tylko transwersalny rozdział bakteryj, ale nowa hodowla takowych przy zwykłej ciepłocie pokojowej wytwarza znowu pół-okrągłe drobnoustroje.

(The Brit. Med. Journ. 7 lutego r. b.).

SPROSTOWANIE.

— W N-rze 4 „Kroniki“ w nekrologji śp. Brodowicza zaszła pomyłka w tytule jego inauguracyjnej rozprawy—mianowicie zamiast „neonatorum“ ma być „humanorum“.