

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

102. Dr. A. FRAENKEL. **O zjawiskach klinicznych i leczeniu zwyrodnienia ateromatycznego naczyń.** (*Zeitschrift für klinische Medicin IV B. I Heft*).

Etyjologija. U ludzi w wieku podeszłym bardzo często spotyka się stan chorobowy, charakteryzujący się zwiększonym napięciem tętnic i przerostem lewej komórki serca, a często także jej rozszerzeniem.

Chorobę tę na podstawie zmian anatomicznych, stwierdzonych na stole sekcyjnym, nazwano *zwyrodnieniem ateromatycznym naczyń*, a zwiększenie napięcia tłómaczone zmniejszeniem rościągłości ścian naczyń. Niektórzy badacze jak: HOPE, DITTRICH i KIRKES uważali *zmiany anatomiczne w utkaniu naczyń za następstwo zwiększonego parcia ościennego krwi*; teoria ta znalazła najgorętszego obrońcę w osobie TRAUBEGO.

Zwiększenie parcia ościennego, a wskutek tego napięcia naczyń, autor stara się wytłómaczyć przyczynami indywidualnymi i konstytucyjnymi i zwraca uwagę na to, iż proces chorobowy najczęściej poprzedzają zaburzenia w krążeniu żyły wrotnej, znane pod nazwą *Plethora abdominalis*.

a) U ludzi otyłych zwiększenie napięcia tętniczego daje się wytłómaczyć w następujący sposób: Tłuszcz nagromadzony w tkance łącznej podskórnej, pozaotrzewnowej i kręzkowej powoduje ucisk odpowiednich naczyń i utrudnienie krążenia, do czego przyczynia się także leniwe trawienie, zaparcie stolca i wzdęcie brzucha. Wymienione przyczyny wpływające na utrudnienie krążenia wywołują zwię-

kszenie ciśnienia w układzie tętniczym i zastój w układzie żylnym; zastój żylny z wielkiego krążenia przez prawe serce przenosi się na tętnicę płucną i powoduje u tego rodzaju ludzi skłonność do katarów błony śluzowej dróg oddechowych.

b) Zwiększenie napięcia tętniczego u ludzi szczupłych, prowadzących życie siedzące, pochodzi także z zaburzeń w krążeniu żyły wrotnej i rozwija się nie w skutek ucisku na naczynia brzuszne, lecz w następstwie żylnych zastoin.

c) Nakoniec spotyka się często zwyrodnienie ateromatyczne naczyń u ludzi biednych, przyzwyczajonych do życia ruchliwego, lecz nadużywających napojów wysokich; tu zwiększenie napięcia tętniczego powstaje w skutek tego, iż wyskok pobudza drobniejsze tętniczki do skurczu, przez co utrudnionym zostaje cały proces krążenia.

Ostatecznie autor przychodzi do wniosku, iż *zwyrodnienie ateromatyczne naczyń jest następstwem stanów chorobowych, powodujących zwiększenie parcia ościennego w tętnicach*.

Objawy i przebieg. Zmiany ateromatyczne w układzie naczyń powodują spotęgowanie czynności serca w celu zwalczania zwiększonego oporu, w skutek czego rozwija się przerost lewej komórki i następnie jej rozszerzenie.

W początkowych okresach choroby przerost serca zupełnie równoważy zwiększenie oporu w krążeniu tętniczym i choroby doznają podobnych objawów podmiotowych jak przy kompensowanych wadach serca. Przedmiotowe objawy stanowią: 1) Przerost lewej komórki. 2) Zwiększona twardość i pokręcenie obwodowych tętniczek. 3) Wzmocnienie i dźwię-

czność drugiego tonu nad tętnicą główną. 4) Zwiększenie odporności uderzenia wierzchołkowego serca. 5) Zwiększenie napięcia tętnic.

Chorzy najczęściej całe lata czują się zupełnie dobrze; żadne wybitniejsze przypadki nie zdradzają rozwijającej się choroby. Pierwszym objawem który ich uderza jest to, iż najmniejsza fizyczna praca, wchodzenie na schody, podnoszenie ciężarów wywołuje duszność i uczucie niepokoju w okolicy serca (dychawica sercowa). Chorzy tacy łatwo się męczą, są skłonni do katarów błony śluzowej dróg oddechowych, często doznają zawrotów głowy i ataków duszniczy bolesnej (*Angina pectoris*).

Niektórzy autorowie (HEBERDEN) dusznicę bolesną uważają za nerwicę i twierdzą, iż atak chorobowy polega na skurczonym stanie mięśnia sercowego; tej teorii sprzeciwia się jakość tętna, które najczęściej pozostaje bez zmiany lub bywa przyspieszonym.

Autor, trzymając się teorii PERRY'EGO i STOKES'A, uważa za przyczynę dusznicowych napadów *chwilowe osłabienie lewej komórki, przy normalnej czynności prawej*; za ostatnią teorią przemawiają przyczyny powstawania napadów, jak: zmęczenie, wysilenie etc., w ogóle przyczyny powodujące osłabienie czynności lewej komórki w skutek nadmiernego rozciągnięcia (*Ueberdehnung*). Dychawicę sercową (*Asthma cardiale*), która pod względem objawów chorobowych jest bardzo zbliżoną do dychawicy oskrzelowej (*Asthma bronchiale*), autor opisuje obszernie, gdyż nigdzie dotychczas nie znalazł szczegółowego opisu tej choroby.

Dychawica sercowa (*Asthma cardiale*) najczęściej powstaje w nocy, bez poprzedzających zwiastunów. Nagła, gwałtowna duszność wyrwa chorego z łóżka i zmusza do wyteżenia wszystkich mięśni dodatkowych dla zwalczania przeszkody w oddychaniu, kroplisty pot występuje

na twarzy i piersiach, tętno przyspieszone, wargi i policzki sinieją, głośnie rżenia w piersiach i niepokój chorego, posunięty do najwyższego stopnia, dopełnia napadu. Przy wysłuchiwanu słyszalne są tylko nieliczne rżenia w tylniej części dolnych zrazów płuc.

Napad podobny trwa czasem kilka godzin i kończy się lekkim snem; po obudzeniu się, chory doznaje zazwyczaj jeszcze niepokoju i po kilku coraz lżejszych napadach, wywołanych zmianą położenia, wraca powoli do stanu normalnego.

W początkowym okresie choroby napady te nie grożą utratą życia, lecz gdy kompensacja ze strony serca ustanie, podczas napadu występuje zjawisko oddechowe CHEYNE-STOKES'A jako zwiastun śmierci.

Napady dychawicy sercowej zdarzają się często przy wadach serca, w którym sekcja zwykle nie wykazuje żadnych głębszych zmian mięszkowych. Dychawica podobnie jak dusznica powstaje w skutek osłabienia czynności lewej komórki.

U chorych ze zwyrodnieniem atermatycznym naczyń, jak wyżej powiedziano, rozwija się przerost i następne *rozszerezenie serca*. Tętno, które było z początku twarde, staje się miękkie, przyspieszone i nieregularne, na twarzy występuje sinica, ilość moczu się zmniejsza, wątroba zwykle bywa powiększona, rozwija się obrzęk kończyn dolnych, worka mosznowego, puchlina brzucha i klatki piersiowej. Tak powolnie przebiegająca choroba najczęściej kończy się obrzękiem lub zapaleniem płuc zastoinowem.

Przy zwyrodnieniu atermatycznym tętnic okężnych serca, najwybitniejsze objawy stanowią: 1) długotrwałe nienormalne zwolnienie tętna i 2) wczesne wystąpienie nieregularności tętna, przy mało napiętej lecz pokręconej tętnicy promieniowej.

Leczenie. Stosownie do wymienionych przyczyn chorobowych, autor zwraca największą uwagę na leczenie zapobiegaw-

cze, polecając dyjetę umiarkowaną, lekko pożywną, gimnastykę bierną i czynną, ruch i unikanie napojów wysokowych.

Gdy rozwija się już przerost serca, autor poleca stosownie do indywidualności chorego: upusty krwi miejscowe, środki czyszczące (zwłaszcza solne), a czasem nawet środki napotne. Kozłek, strój bobrowy, eter, kamfora stanowią środki, które z korzyścią mogą być zastosowane, zwłaszcza w wypadkach nagłych przy osłabieniu czynności serca. Przy dusznicy i dychawicy autor z najlepszym skutkiem używa *chlorek morfinu* w formie wstrzykiwań podskórnych co wieczór powtarzanych w ilości $\frac{1}{6}$ gr. i *digitalis* w naparze z 15 grm. na sześć uncyj co dwie godziny łyżką stołową. Chloral jest stanowczo przeciwskazany przy osłabieniu czynności serca (autor obserwował dwa wypadki nagłej śmierci po użyciu małej dawki chloralu).

C. Stiche.

103. POIRIER. **Gruźliki w gruczole mlecznym.** (*Archives générales de médecine* Styczeń 1882 r.).

Opisane przez DUBAR'A dwa przypadki gruźlicy sutki u kobiet przekonały, że proces gruźliczy i w tym bywa gruczole; POIRIER podaje przykład podobnego cierpienia sutki i u mężczyzny.

46-letni G... silnej budowy, cieszący się zwykle dobrą zdrowiem, wstąpił do szpitala Lariboisière z guzem w okolicy brodawki sutkowej. Anamneza nie wykazuje usposobienia dziedzicznego do gruźlicy. Trzy miesiące przed wstąpieniem do szpitala, G... spostrzegł dwa małe twarde guziczki w bliskości prawej brodawki sutkowej, które się powoli powiększały, zwały się w jeden guz, ostatniemi czasy bardzo bolesny. Uderzenie pięścią w tę okolice dwa lata temu, chory podaje jako prawdopodobną przyczynę swego cierpienia. Guz ten podskórny, na niewielkiej przestrzeni zrosnięty z głęboką warstwą skóry, jest ruchomy na mięśniu piersiowym; kształtu jajowatego, twardy, nierówny, idzie od prawej brodawki do pa-

chy—długość jego wynosi 6 centymetr., szerokość 4. Z pomiędzy gruczołów pachowych, dwa są bardzo twarde i dochodzą do wielkości orzecha laskowego. W innych organach nic nieprawidłowego nie znaleziono.

Gdy jednak i inne dostępne dla badania gruczoły chłonne były cokolwiek powiększone, postanowiono przeprowadzić kurację antisyfilityczną, chociaż chory stanowczo twierdził, że przymiotu nie miał. Po 10 dniach takiego leczenia, guz prawie w dwójnasób się powiększył, skóra na nim przybrała barwę czerwono-fioletową i w jednym miejscu guz okazywał chęłbotanie. W przypuszczeniu więc, że jest to albo *lymphosarcoma* (?) albo rak, odjęto guz wraz z brodawką i gruczołami pachowemi. W krótkim czasie rana się zagoiła i G... wypisał się w dobrym stanie.

Na przekroju guz ten (podług badań dra MAYOR'A, dyrektora pracowni histologicznej szpitali paryskich) składał się z głównego dosyć dużego guzika, białoszarego, z licznymi wcięciami, przez które weń wnikały beleczki (trabeculae) tkanki łącznej, gubiące się z drugiej strony w tkance tłuszczowej; w beleczkach zaś znajduje się niewielka ilość drobnych guziczków, dość ostro ograniczonych, a podobnych do głównej masy, gdyż ta ostatnia powstała ze zlania się z sobą mnóstwa takich guziczków. W jednym miejscu tej masy znajduje się jama, napełniona białawym płynem, podobnym do śmietanki, prócz tego w wielu innych miejscach widać podobne lecz bardzo małe ogniska rozmiękłych produktów sérowatych; w drobniejszych jednak guziczkach gołym okiem przemiany sérowatej dostrzedz nie można. Wyłuszczone gruczoły limfatyczne są barwy szaro-białawej, dosyć kruche, lecz nie zsérowaciałe.

Drobne guziczki (*noyaux tuberculeux disseminés*, DUBAR'A) składają się z nagromadzenia przeważnie małych okrągłych komórek, w wielu miejscach jednak widać

grupy komórek epitelioidalnych z dużym okrągłym lub owalnym jądrem, a pośród nich niekiedy i komórkę olbrzymią, która, o ile się zdaje, powstała ze zlania się komórek epitelioidalnych; obwód tych guziczków jest ostro odgraniczony tkanką łączną włóknistą, która nadto wysyła beleczyki w głąb ich, dzieląc je w ten sposób na jeszcze drobniejsze ogniska pierwotne.

W tkance łącznej pomiędzy guziczkami, pewna ilość naczyń większego kalibru, tak tętnicznych jak i żylnych, uległa zmianom. Ich błona wewnętrzna jest znacznie zgrubiała, do tego stopnia, że miejscami światło naczyń jest zupełnie zamknięte i zapełnione masą komórek, powstałych prawdopodobnie z rozmnażania się komórek endotelialnych. Również zgrubiała jest i *adventitia*, ale rzadko bywa nacieczoną niewielką ilością drobnych komórek, częściej przybiera cechę zbitęj, prawie jednolitej tkanki włóknistej. Wreszcie i błona środkowa naczyń, najczęściej normalna, zmienia się czasem na jednolitą, mocno się barwiącą od pikrokarminu. I w samych guziczkach bywają naczynia, lecz są one jak i powyższe bardzo zmienione, niedrożne, tak że trudno je dojrzeć.

Główny guz (*noyaux tubercul. confluent*, DUBAR'A) składa się z mnóstwa drobnych guziczków, podobnej budowy jak powyżej opisane, z tą tylko różnicą, że bardzo często są one sérowato przeistoczone, a środek większych guziczków zajmuje przestrzeń wielokątna, którą MAYOR uważa za zatokę mleczną.

Wyniki więc badania drobnowidzowego podobne do wyników badań DUBAR'A, dowodzą jasno iż proces w sutce w przytoczonym przypadku jest natury gruźliczej, chociaż w płucach tego osobnika nic podobnego podejrzwać nie było można.

POIRIER skłonny jest przyjąć, że i w przypadku opisanym przez Horteloup (*Des tumeurs du sein chez l'homme*, Paris 1872) guz sutki suchotnika był także natury gruźliczej.

A. E.

104. N. P. WASSILIEFF. **Jakie warunki są niezbędne dla rozwoju kolonii mikroorganizmów w naczyniach krwionośnych.** Beitrag zur Frage über die Bedingungen, unter denen es zur Entwicklung von Mikrokokken-Colonien in den Blutgefäßen kommt. (*Centrabl. f. d. med. Wiss.* 1881, 52. *Vorläufige Mittheilung. Aus dem Strassburger patholog. Institut.*)

W zwłokach ludzi, zmarłych z chorob zakaźnych, jak również i u żab przy pewnych warunkach, rozwijają się w naczyniach, zwłaszcza skóry, całe kolonije mikrokokków. Dla tego też dla rozstrzygnięcia zaznaczonego w nagłówku pytania, W. użył żab, które nadto tę przedstawiają dogodność, że i na żywym zwierzęciu można badać pod drobnowidzem rozwój mikroorganizmów.

Wywołując u żab rozmaitemi sposobami owrzodzenia, W. wydzielinę z nich szczepił innym żabom, które w krótkim przeciągu czasu zdychały w skutek choroby septycznej. Chorobę tę charakteryzuje: obecność we krwi bakteryj, które można tylko obserwować na krótko przed śmiercią zwierzęcia, i tworzenie się mnóstwa wybroczyn w różnych organach i tkankach; po śmierci zaś rozwijają się w naczyniach, przeważnie skórnych, bakteryje i kolonije mikrokokków w ogromnej ilości; także naczynia (skóry) robią wrażenie jakby nastrzykniętych mikrokokkami. Warunki sprzyjające ich rozwojowi są: ciepło, wilgoć i dostęp powietrza.

Krew lub części tkanek takich żab wprowadzone pod skórę zdrowym żabom, wywołują u nich taką samą chorobę, z takimiż zjawiskami za życia i po śmierci.

Gdy żaby jednak zdychają z innych przyczyn, a nie z owego septycznego zakażenia, w naczyniach niema ani śladu kolonii mikrokokków, lecz w takim tylko razie, *jeśli za życia nie było żadnej utraty substancyj.* W przeciwnym bowiem razie na uszkodzonych miejscach powstają owrzodzenia i wtedy w naczyniach skór-

nych, nie tylko blizkich wrzodu, ale i znacznie od niego odległych, znajdują się kolonie mikrokokków, które się niczem nie różnią od tych, jakie bywają u żab septycznie zakażonych, tylko że bywa ich znacznie mniej i że ograniczają się do oddzielnych miejsc skóry.

Kolonii mikrokokków za życia u żab septycznych, W. nie widywał—rozwijają się one dopiero po śmierci. Dla tego też nie można przypuszczać nawet, aby wylewy krwi powstawały w skutek zatkania naczyń przez mikrokokki; prędzej wytwarzają się one w skutek zatkania przez masę hyalinową lub barwnik, których wielka ilość znajduje się we krwi zwierząt septycznie zakażonych.

W pewnych jednak warunkach, rozwijają się kolonie mikrokokków i za życia zwierzęcia, ale bywa to tylko w takim razie, gdy nastąpi absolutna przerwa krążenia krwi na ograniczonej przestrzeni skóry (przez pogrążenie np. kończyny do wody + 50° C.). Po upływie 1—2 dni rozwijają się mikrokokki w naczyniach i gruczołach skóry odpowiedniej części ciała; jednocześnie występują i pierwsze objawy żgorzeli wilgotnej. Ligatura tętnicy (*art. femoralis*) mniej pewne daje rezultaty, gdyż obieg oboczny dość szybko się wytwarza.

Obserwacje te skłaniają autora do wyprowadzenia wniosku: *gdy za życia zwierzęcia w skutek zaburzeń miejscowych lub ogólnych, powstają warunki sprzyjające rozwojowi niższych organizmów i ich przenikaniu do naczyń, w takim razie organizmy te są zdolne wytwarzać całe kolonie, nie wcześniej jednak, aż gdy nastąpi śmierć zwierzęcia lub części jego ciała.* Jeżeli więc znajdujemy u zwierzęcia kolonie mikrokokków, musimy je przyjąć za objaw wtórny.

A. E.

105. H. NOTHNAGEL. **Przyczynę do nauki o chorobach kiszki. Rozpoznanie umiejscowienia sprawy nieżytowej w kiszkiach.** (*Zeitsch. f. klin. Med. IV Bd. 1, 2 H.*).

W pracy tej autor przedewszystkiem zastanawia się nad pytaniem, czy sprawa nieżytowa może się ograniczyć wyłącznie do pewnej tylko części kanału kiszkowego? Na pytanie to odpowiada twierdząco. Najczęściej występują nieżyty umiejscowione wyłącznie w kiszkiach grubych, w całej ich długości, w górnej albo też w dolnej ich części. Dość też często występują w kiszkiach cienkich i w górnej części kiszki grubiej, przyczem sprawa chorobowa w tej ostatniej może być daleko słabszą co do natężenia i rozprzestrzenienia, niż w pierwszych. Daleko już rzadziej zdarzają się nieżyty ograniczone wyłącznie do kiszki cienkiej. O tém N. przekonał się przy nader licznych badaniach pośmiertnych. Dokładne rozpoznanie umiejscowienia sprawy nieżytowej w kiszkiach, jest bardzo ważne ze względów leczniczych. Dla tego też N. stara się wynaleść pewne cechy, na zasadzie których, można by wnosić o umiejscowieniu nieżyty w tej lub w owej części przewodu kiszkowego. Dotychczas lekarze kierowali się w tym względzie niektórymi objawami jak: wydymaniami (*tenesmus*) żółtaczką, ograniczonymi bólami i t. p., które to objawy nie dają we wszystkich wypadkach dokładnego pojęcia o przestrzeni zajętej przez sprawę nieżytową, a oprócz tego objawy te nie zawsze występują. N. podaje następujące nowe cechy, które mogą znakomicie ułatwić rozpoznanie umiejscowienia cierpień kiszkowych.

I. *Własności mas stolcowych.* W masach stolcowych N. zwraca uwagę na następujące własności.

a) *Śluz.* Wydalanie przez odbyty czystego śluzu jest przedewszystkiem oznaką nieżyty odbytnicy. Objaw ten również ma miejsce przy nieżytych kiszki zgiętej i dolnego końca okrężnicy zstępującej. Prócz tego przy nieżytych odbytnicy, kiszki zgiętej, jakoteż całej okrężnicy zstępującej, wydalany kał bywa pokryty większą lub mniejszą ilością śluzu. Bywają jednak wypadki, iż przy nieżytych

dolnej części kiszki grubiej, masy kałowe nie są śluzem pokryte, co prawdopodobnie zależy z jednej strony od tego, że kał zostaje wydalany w zbyt małych kawałkach, z drugiej zaś od tego, że gęsty śluz ściśle przylega do ścian kiszki i z trudnością bywa odrywany. Przy zajęciu przez sprawę nieżytołą górnej części kiszki grubiej, śluz nie znajduje się na powierzchni mas kałowych, lecz jest z nimi ściśle zmieszany i daje się gołym okiem zauważyć pod postacią małych, szklitych, biało szarawych wysepek. Jeżeli istnieje nieżyt całej kiszki grubiej (łącznie z odbytnicą) to oprócz tych wysepek wewnątrz mas kałowych, te ostatnie są pokryte grudkami śluzu w większej lub mniejszej ilości. Wypróżnienia takie są papkowate. Przy nieżycie kiszek cienkich, jakoteż w wielu razach i przy nieżycie górnej części kiszki grubiej, wysepki śluzowe znajdujące się wewnątrz mas kałowych są tak małe, że mogą być widziane tylko za pomocą mikroskopu, jako okrągłe, przeświecające, szkliste, białe szarawe miejsca. Kał przytym jest zazwyczaj twardy, lub nawpół twardy, nie pokryty śluzem. Biegunki w takich razach nigdy nie bywa. Jeżeli z wypróżnieniami wychodzą grudki śluzu przez żółć zabarwione, to wniesić można iż nieżyt przeważnie jest umiejscowiony w kiszkiach cienkich. Przy cierpieniu wyłącznie ograniczonym do kiszki grubiej, zjawisko to miejsca nie ma.

b) *Barwnik żółciowy.* Wiadomo, iż dodawszy do zawartości kiszek cienkich nieco dymiącego kwasu azotnego, otrzymuje się szereg barw zaczynający się od *zielonej*, co zależy od obecności niezmienionego barwnika żółciowego. Zawartość kiszki grubiej nie przedstawia tej reakcji, ponieważ barwnik żółciowy znajduje się w tej zawartości w stanie znacznie zmienionym. Te też w kale zdrowego człowieka, niezmienionego barwnika żółciowego nie ma, reakcja żółciowa przy dodaniu kwasu azotnego nie występuje. Wprawdzie kał normalny zawiera niektó-

re cząstki przez żółć zabarwione (włókna mięsne, komórki drożdżowe, resztki roślinne, sole złożone z wapna i bliżej nieznanego kwasu) lecz ilość tych przymieszek jest tak nieznaczną, iż one reakcji żółciowej powodować nie mogą. N. przy licznych badaniach pośmiertnych znajdował niezmieniony barwnik żółciowy w zawartości kiszek grubych tylko wówczas, gdy za życia ruchy robaczkowe kiszek były znacznie wzmożone. Ztąd wyprowadził wniosek, iż obecność niezmienionego barwnika żółciowego w masach kałowych jest cechą istniejącego wzmożenia ruchów robaczkowych kiszek. Inne własności tych mas kałowych (śluz—patrz wyżej) mogą przemawiać za jednoczesnym istnieniem sprawy nieżytołej w tej lub w owej części kiszek. Kał twardy lub nawpół twardy, nigdy niezmienionego barwnika żółciowego nie zawiera. Ten ostatni znajduje się wyłącznie w kale miękkim, płynnym. Nadzwyczaj rzadko cała masa kału przedstawia reakcję żółciową. N. tego rodzaju wypróżnienia obserwował przy nieżycie ostrym kiszek u dzieci, przy krwawej biegunce i przy rozwolnieniu podczas przebiegu tyfusu wysypkowego. Daleko częściej pewna tylko część kału przedstawia reakcję żółciową. Ta część kału jest zawsze miękka, płynna; otacza ona kał twardy, albo wydziela się sama przez się. Część zabarwiona przedstawia mieszaninę kału ze śluzem, albo też składa się wyłącznie z tego ostatniego. We wszystkich wypadkach, w których za życia chorego, z kałem wydzielał się śluz zabarwiony na zielono przez niezmieniony barwnik żółciowy, N. przy badaniach pośmiertnych znajdował zmiany nieżytołe w kiszce biodrowej i czczej. Aby przy tej sprawie chorobowej wydzielał się z kałem śluz zabarwiony przez barwnik żółciowy, koniecznym warunkiem jest, aby ruch robaczkowy kiszki grubiej był wzmożony, aby ten śluz zabarwiony niezbyt długo w tej kiszce pozostawał. Najczęściej w podobnych wypadkach bywa nieżyt ca-

łego kanału kiszkiowego. Część śluzu wychodzącego w tych razach z kałem jest zabarwioną na zielono (z kiszki cienkich), a druga część jest bezbarwna, lub brunatna, w skutek przymieszki kału (śluz z kiszki grubych). Gdy tylko część górna kiszki grubej jest zajęta przez sprawę chorobową, a ruchy robaczkowe w części dolnej są prawidłowe, to w kale nie może być śluzu zabarwionego przez niezmienny barwnik żółciowy. Tylko przy cierpieniu całej kiszki grubej obok nieżyty kiszki cienkich, to ostatnie zjawisko daje się obserwować. U osób cierpiących na przewlekły nieżyt kanału kiszkiowego, wypróżnienia nie zawsze zawierają zabarwiony śluz, gdyż przy przewlekłym nieżycie nie zawsze ruchy robaczkowe kiszki bywają wzmożone. U podobnych chorych, skoro przy najmniejszym błędzie w dyjecie wzmożą się ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego, wnet zabarwiony żółcią śluz zaczyna się z wypróżnieniami wydzielać.

Jednocześnie z zabarwionym śluzem można w wypróżnieniach wykryć zabarwione żółcią: komórki cylindryczne, dobrze zachowane, lub skurczone; małe okrągłe komórki wielkości ciałek ropnych i krople tłuszczowe. Te ostatnie rzadziej napotyka się. Krople tłuszczowe przedstawiają się zielonemi i dają bardzo wyraźną żółciową reakcję. Rozpoznawcze znaczenie obecności w wypróżnieniach tych zabarwionych pierwiastków jest toż samo co znaczenie zabarwionego śluzu.

c) *Resztki pokarmowe.* Ponieważ w zawartości kiszki cienkich znajdują się liczniejsze i wyraźniejsze resztki pokarmów niż w kiszce grubej, przeto rozmaici autorowie starali się tę okoliczność spożytkować w celach rozpoznawczych. N. pod tym względem przyszedł do następnych wniosków.

Włókna mięśniowe. W normalnych wypróżnieniach znajdują się nieliczne włókna mięśniowe. Przy niektórych stanach chorobowych ilość ich znacznie się zwię-

ksza. Nieżyt kiszki grubej nie ma, rozumie się, żadnego wpływu na ilość włókien mięśniowych zawartych w kale. Nieżyty kiszki cienkich, jako takie, bez wzmoczenia ruchów robaczkowych (nieżyty przewłkle), również nie zwiększają ilości włókien mięśniowych w wypróżnieniach. Przy wzmoczeniu się ruchów robaczkowych całego kanału kiszkiowego, bez względu na przyczynę od której wzmoczenie to zależy, zawsze wykryć można w masach stolcowych znaczną ilość włókien mięśniowych, a nawet całych pęczków z tych włókien złożonych. Autor zwraca uwagę, że przy wysokiej gorączce kał zawsze zawiera znaczną ilość włókien mięśniowych, jeżeli tylko gorączkujący mięso spożywa. Odnośnie więc do rozpoznawania umiejscowienia nieżytów w kiszkiach, powinniśmy przyjąć za zasadę, że jeżeli przy braku gorączki, wypróżnienia przedstawiają cechy nieżytowe i zawierają liczne włókna mięśniowe, to nieżyt prawdopodobnie zajmuje kiszki cienkie.

Toż samo co o włóknach mięśniowych, powiedzieć można o cząsteczkach *krochmalu*. Im więcej się ich w wypróżnieniach znajduje, tym większe jest wzmoczenie ruchów robaczkowych kiszki. *Tłuszcz.* Większa ilość tłuszczu zjawia się w kale w skutek spożycia zbyt tłustych pokarmów, w skutek gorączki i w skutek wzmoczenia ruchów robaczkowych kiszki. Nieżyty kiszki cienkich nie zwiększają ilości tłuszczu zawartego w kale. Tylko wówczas ta ilość się zwiększa gdy obok nieżyty istnieje wzmoczenie ruchów robaczkowych. Ponieważ na ilość tłuszczu zawartego w masach kałowych przedewszystkiem wpływ wywiera stan wątroby i trzustki przeto cecha ta nie może mieć większego znaczenia dla rozpoznawania umiejscowienia nieżyty kiszki.

II. Fizykalne badanie brzucha.

a) *Wysłuchiwanie* nie ma prawie żadnego znaczenia dla rozpoznawania umiejscowienia nieżyty kiszkiowego, ponieważ z jednej strony szmer burczące których,

siedliskiem są kiszki cienkie, co do charakteru i co do sposobu powstawania, niczem się nie różnią od takichże szmerów powstających w kiszce grubej; z drugiej zaś strony niepodobna zazwyczaj za pomocą wysłuchiwania przekonać się w którym miejscu szmery powstają, gdyż je słycać równocześnie i z jednakową siłą na całej powierzchni brzucha. W dwóch tylko wypadkach szmery burczące można odnieść do pewnej okolicy kanału kiszkowego, mianowicie: 1) gdy one są bardzo słabe (nie ma to jednak żadnego znaczenia przy rozpoznawaniu nieżyty kiszki, gdyż przy tém cierpieniu szmery bywają zazwyczaj bardzo głośne); 2) gdy szmery powstają w okrężnicy wstępującej albo zstępującej, a środek brzucha przy opukiwaniu daje odgłos stępiony (t. j. gdy cienkie kiszki zawierają mało gazów), wówczas szmer ten nie zabardzo po brzuchu się rozchodzi i może dać pewne pojęcie o swem siedlisku.

b) *Opukiwanie* również niema w zajmującej nas kwestyi żadnego dotychczas znaczenia. N. zwraca tylko uwagę na dwie okoliczności. W stanach normalnych odgłos opukowy w okolicy biodrowej lewej jest zazwyczaj stępiony, a w okolicy biodrowej prawej tympaniczny. Otóż przy znaczném wzmożeniu ruchów robaczkowych kiszki grubej, możemy obserwować stosunek odwrotny, albo też i w jednej i w drugiej okolicy biodrowej będziemy otrzymywać jednakowy odgłos tympaniczny. To zjawisko bywa zresztą niekiedy i w stanach zupełnie prawidłowych. Drugą okolicznością, na którą autor zwraca uwagę jest ta, iż przy silnych nieżytach kiszki cienkich (najczęściej w formie cholerycznej), opukując środkową okolicę brzucha otrzymujemy odgłos tępy, chociaż chorzy przez pewien czas nie przyjmowali żadnego pokarmu. Ten tępy odgłos opukowy, zależy w tych razach bezwątpienia od nagromadzonego w kiszkach cienkich przesięku.

c) *Macanie* dostarcza nam pewniejszych

wskazówek niż dwie poprzednie metody fizykalnego badania. Ból wywołany przez ucisk pewnej okolicy brzucha, obok innych objawów nieżyty kiszki, daje nam pojęcie o umiejscowieniu sprawy chorobowej. Możliwość wywoływania przelewania za pomocą ucisku ręką, okolicy kiszki ślepej (której zawartość jest w stanach normalnych papkowatą), ma według N. przemawiać za rozwodnieniem jej zawartości, za nieżytem tej części kanału pokarmowego.

III. *Zawartość indykanu w moczu.* Wiadomo, iż przy rozmaitych cierpieniach przewodu pokarmowego, znacznie się zwiększa ilość indykanu w moczu. N. starał się z tej okoliczności skorzystać dla rozpoznawania umiejscowienia nieżyty kiszki i w tym względzie przedsięwzięł liczne poszukiwania, które go doprowadziły do następujących wyników. U osób nie wycieńczonych, nieżyt kiszki grubej nie ma żadnego wpływu na ilość indykanu w moczu. Przeciwnie przy nieżycie kiszki cienkich, ilość indykanu w moczu znacznie się zwiększa, bez względu na to czy kiszka gruba przyjmuje udział w cierpieniu, czy też nie; z drugiej jednak strony N. przekonał się, iż bywają nieżyty kiszki cienkich (jak np. podczas przebiegu tyfusu wysypkowego) przy których ilość indykanu w moczu nie jest zwiększoną. Ostatyczny wniosek do którego autor przychodzi jest ten, że przy obecnym stanie nauki nie zawsze możemy z ilości indykanu w moczu wnosić o umiejscowieniu nieżyty w kanale kiszkowym. *M. Rejchman.*

106. Dr. M. SEMMOLA. **Poszukiwania nad powstawaniem białkomoczu przy chorobie Bright'a.** Neuere experimentelle Untersuchungen zur Begründung des hämatogenen Ursprunges der Bright'schen Albuminurie. (*Allg. Wien. med. Ztg. Nr. 3, 1882.*)

Za anatomiczną podstawę choroby BRIGHT'A uważa się dotychczas cierpienie nerek, powstawanie zaś białkomoczu tłumaczy się zmienionymi warunkami prze-

siąkania, odbywającego się w kłębkach MALPIGIEGO.

Autor uważa cierpienie nerek za następstwo choroby, wywołanej chemicznymi i drobinowymi (molekularnymi) zmianami białka krwi; zmiany te powstają w skutek powstrzymanej czynności skóry, a istoty białkowate tak zmienione nie mogą być przyswojone ani też spalone i stanowią dla ustroju ciała obce, które wydzielając się przez nerki, drażni je, powodując zmiany patologiczne właściwe chorobie BRIGHT'A.

Autorowi nie udało się, pomimo licznych doświadczeń, wyszukać odpowiednich odczynników chemicznych dla odróżnienia rozmaitych istot białkowatych zawartych w ustroju, a zwłaszcza w moczu; lecz twierdzi, iż białko strącone w moczu przy chorobie BRIGHT'A, tworzy zupełnie odmienny osad, jak w moczu przy wadach serca, przy przeistoczeniu skrobiowatym niektórych organów etc. i każdy, posiadający jakąkolwiek wprawę, różnicę taką łatwo dostrzeże.

Daléj autor twierdzi, iż przy chorobie BRIGHT'A białko krwi ulega tego rodzaju bliżej nieokreślonym zmianom, iż staje się łatwo przesiąkalnym i może być zupełnie z krwi wydzielonym; gdy przeciwnie, przy innych chorobach, powodujących białkomocz, siła dyfuzyjna białka krwi jest nadzwyczaj małą i nigdy nie odpowiada ilości białka zawartego w moczu.

Według praw natury, każdy żyjący organizm stara się uwolnić od wszelkich nieużytecznych lub szkodliwych pierwiastków; tak samo rzecz się ma przy chorobie BRIGHTA, gdzie chemicznie i drobinowo zmienione białko krwi, jako produkt niezdatny dla ustroju, zostaje wydalonym wszelkimi możliwymi drogami i rzeczywiście, przy wymienionej chorobie białko znajduje się we wszystkich wydzielinach ustroju jak: ślina, żółć, pot i mocz; gdy przeciwnie, przy innych chorobach, powodujących białkomocz, białko znajduje się li tylko w moczu.

Wszystko to dowodzi, iż choroba BRIGHT'A polega na ogólnym zбочeniu odżywiania, wywołującym chemiczne i drobinowe zmiany białka krwi, zaś cierpienie nerek rozwija się w skutek następujących przyczyn:

1) Przekrwienie nerek w następstwie zaburzeń w krążeniu skórnym.

2) Podrażnienie nerek nagromadzonymi we krwi produktami wydzielinowymi skóry.

3) Podwyższona czynność, której podlegają nerki w celu wydalenia niezdatnych dla ustroju, łatwo przesiąkalnych istot białkowatych.

C. Stiche.

107. Pragnienie i polydipsia. (*Virch. Arch. LXXXVI. S. 435*).

Uczucie pragnienia zarówno jak i głodu jest dotychczas jeszcze niedostatecznie wyjaśnione i dla tego na uwagę zasługuje wypadek nienasyconego pragnienia (*polydipsia*) spostrzegany przez autora.

Wypadek ten dowodzi, że uczucie pragnienia może być jedynie ośrodkowego pochodzenia, zupełnie tak samo jak uczucie duszności t. j. braku powietrza zdarza się niekiedy bez żadnych zmian w płucach. Spostrzeżenie autora dotyczy 35-0 letniego mężczyzny, silnie zbudowanego, który kopnięty przez konia w brzuch przewrócił się i silnie rozbił głowę w okolicy potylicowej. Przytomności nie utracił, ale zaraz po wypadku, oprócz uczucia bólu brzucha i potylicy, zaczął doznawać silnego pragnienia, tak że w przeciągu 3-ch godzin wypił około pięciu kwart plynu. Kości czaszki były nieuszkodzone, temperatura ciała prawidłowa, źrenice zwężone, język wilgotny a skóra pokryta potem. Wkrótce uczucie bólu ustąpiło, a nienasycone pragnienie trwało daléj cały czas (3 tygodnie) przez jaki obserwowano chorego. Tylko picie znacznej ilości wody (od 4¹/₂ do 23 kwart dziennie) uspakajało pragnienie, wszelkie zaś środki lekarskie pozostawały bez wpływu. Dopiero w 2¹/₂ godziny po wypadku nastąpiło pierwsze oddanie moczu, którego ilość dzienna wy-

nosiła mniej więcej $\frac{3}{4}$ ilości przyjmowanej wody. Ciężar gatunkowy 1002—1010. To przekonywa że w wypadku tym istniała *polydipsia* w najczystszej formie t. j. niezależąca od powiększonego wydzielenia moczu (*polyuria*). Rozumie się że wypadek ten nie naucza gdzie istnieje ów ośrodek uczucia pragnienia, prawdopodobnym jednak jego siedliskiem, jest most VAROLA albo też rdzeń przedłużony.

Spostrzeżenie powyższe nasuwa także pewne uwagi dotyczące sprawy chorobowej znaniej pod nazwą *diabetes insipidus*. Otóż bardzo słusznym zdaje się być zdanie KUELZ'A, który rozróżnia właściwie dwie formy: czystą pierwotną moczówkę (*polyuria*) i moczówkę zależną od powiększonego uczucia pragnienia i przyjmowania większej ilości płynów (*polydipsia*). Przy ostatniej formie stosunek pomiędzy ilością przyjmowanych płynów i wydzielonego moczu ma być ten sam co u człowieka zdrowego, przy pierwszej zaś formie mocz wydziela się w nadmiarze. Nauka jednak zdania tego jeszcze nie potwierdziła i dotychczas jedynym znamieniem dla odróżnienia powyższych dwóch form jest tylko sposób powstania cierpienia t. j. czy uczucie pragnienia poprzedzało, czy też było następstwem, w skutek powiększonego wydzielenia moczu. Wypadek powyższy potwierdza do pewnego stopnia powyższe zdanie KUELZ'A, w miarę bowiem jak zmniejszano choremu dawkę płynów, odpowiednio zmniejszała się także ilość moczu i to nawet poniżej normy.

Arnold Baurertz.

108. GSCHIRHAKL i FRANK. **Leczenie dymienic jodoformem.** (*Allg. Wiener Med. Zeitung.* 1882, N. 3).

W terapii dymienic, tak obfitiej w środku, a tak ubogiej w rezultaty, jodoform prawdopodobnie zajmie pierwszorzędną rolę. Dotychczasowe próby wydały bardzo dobre rezultaty.

Po otworzeniu dymienicy szerokiemi cięciami i oczyszczeniu jamy, wypełniamy ją proszkiem jodoformu, poczem pokrywa-

my dymienicę watą i papierem gutaperkowym. Opatrunek może zostać 7 dni i dłużej, następnie, nie przepłukując jamy dymienicy, oczyszczamy ją watą i powtórnie wypełniamy jodoformem. Już często przy pierwszej zmianie opatrunku jama przedstawia czystą ziarninową powierzchnię.

Nie posiadamy, wedle autorów, lepszego środka przy dymienicach zgorzelinowych i dyfterytycznych, choć w podobnych wypadkach *kwas salicylowy* w proszku, w ten sam sposób stosowany, okazał się prawie równie skutecznym. Jodoform jednak znosi zaraźliwość wydzielny dymienic szankrowych i ogranicza phagedenizm w sposób rzeczywiście wyjątkowy; pod tym względem żaden środek mierzyć się z nim nie może.

Funk.

II. Gynekologija i Pediatryja.

109. REIMERT. **Leczenie pooperacyjnego guzów krwistych macicy i pochwy.** (*Centralbl. f. Gyn. Nr. 3, 1882*).

Po operacji *haematometrae* lub *haematokolpos*, grozi operowanej, oprócz zakażenia septycznego, pęknięcie rozszerzonego nagromadzeniem krwi, jajowodu. Pęknięcie takie po wydaleniu krwi z głównego steku (macica, pochwa), podług NAECKE'GO (*Archiv f. Gyn. Tom IX zes. 3*) jest spowodowane zmniejszonym nagle ciśnieniem wewnątrzbrzusznym, co pociąga za sobą względne podniesienie ciśnienia w ścianach jajowodów. Autor poglądu tego nie podziela; zdaniem jego, rozszerzenie jajowodów, powstałe przez nagromadzenie się krwi, zwykle wywołuje drażnienie ścian i wcześniej do wytworzenia się zrostów prowadzi. W obec takich okoliczności, po wykonaniu operacji, rozszerzona i przyrośnięta część jajowodu, w wysokim stopniu przedstawia niebezpieczeństwo pęknięcia. Wraz bowiem z wydalaniem krwi, ściany macicy i pochwy, ulegając prawu ciężkości, czysto biernie zapadają się i rozciągają-

ją t \acute{e} m sam \acute{e} m z pewn \acute{a} si \acute{l} \acute{a} cz \acute{e} sci powy-
ż \acute{e} j leż \acute{a} c \acute{e} , z kt \acute{o} re \acute{m} i pozostaj \acute{a} w zwi \acute{a} zku.
W znacz \acute{n} ym t \acute{e} ż stopniu przyczyniaj \acute{a} si \acute{e}
do tego skurcze przerośnięt \acute{e} j błony mi \acute{e} -
śniow \acute{e} j, jak r $\acute{o$ wnież w pewnych okolicz-
nościach, mianowicie przy wymiotach,
działanie t \acute{l} oczni brzusz \acute{n} ej.

Jako środek, zapobiegaj \acute{a} cy zapadnię-
ciu si \acute{e} ścian macicy i pochwy (gł $\acute{o$ wne \acute{j}
przyczynie wywołuj \acute{a} c \acute{e} j pęknięcia rozsze-
rzonego jajowodu), a nadto pozwalaj \acute{a} cy
unikn \acute{a} ć mog \acute{a} c \acute{e} go powstać zakażenia, po-
leca autor irygacyj \acute{e} ci \acute{a} gl \acute{a} , stosowan \acute{a} n \acute{a} -
tychmiast po wykonanej operacyi. Iryga-
cyje należ \acute{y} przez dni kilka dokonyw \acute{a} ć,
dop $\acute{o$ ki wszystka nagromadzona krew nie
odpłynie, nast \acute{e} pnie zaś ciśnienie wstrzyki-
wan \acute{e} j cieczy zwolna zmniejsz \acute{a} ć. W ra-
zie powstaj \acute{a} cych po operacyi, cz \acute{e} sto fa-
talnych wymiot \acute{o} w, radzi R. zwi \acute{e} kszyć ci-
śnienie płynu, chor \acute{a} zaś tak uł \acute{o} żyć, aby
uda mocno do siebie przylegały. W og $\acute{o$ -
le, przy wymienionych zboczeniach, autor
przypisuje ci \acute{a} gl \acute{y} m irygacyjom wielkie
znaczenie terapeutyczne;—przypuszczaj \acute{a} c
wypadek najgroźniejszy, t. j. pęknięcie ja-
jowodu, po cz \acute{e} m, jak to zwykle bywa,
powstaje szybko rozwijaj \acute{a} ca si \acute{e} *peritonitis diffusa septica*, w obec irygacyj ci \acute{a} -
gl \acute{y} ch, pęknięcie takie przedstawia zupeł-
nie odmienne szanse, mianowicie, proces,
zdaniem autora, winien si \acute{e} ograniczy \acute{c} li-
tylko do wytworzenia si \acute{e} *haematocoele*.

W opisywanym przez siebie wypadku
(*Atresia vaginae congenita duplex*), zakończonym
wyzdrowieniem, w kt $\acute{o$ rym jednak
przy gł \acute{e} bokiej narkozie, rozszerzeń jajo-
wod \acute{o} w nie znaleziono, używ \acute{a} ł autor do
ci \acute{a} gl \acute{y} ch irygacyj, w pierwszych 12-tu go-
dzinach 2 $\frac{0}{10}$ roztworu kwasu karbolowe-
go; przez dni 4, 10 $\frac{0}{10}$ roztworu podsiarka-
nu sody (S_2O_2NaO), 2 dni nast \acute{e} pne zaś,
wody czyst \acute{e} j, przy ciśnieniu 2 st \acute{o} p.

J. Erlich.

110. Prof. HOLST. **Rwa nerwu tr \acute{o} jdzielnego, uleczona przez odjęcie cz \acute{e} sci pochwow \acute{e} j macicy.** (*St.-Petersb. Medicin. Wochen. 1882. Nr. 1.*)

Chora w 16 roku życia, z powodu uży-
cia zimn \acute{e} j kąpieli podczas miesiączkowa-
nia straciła peryjod, kt $\acute{o$ ry zn \acute{o} w po 9 mie-
si \acute{a} cach przy starann \acute{e} m leczeniu pojawił
si \acute{e} z silnemi bólami. Od tego czasu przez
12 lat chora doznawała z praw \acute{e} j str $\acute{o$ ny
rwy nerwu tr \acute{o} jdzielnego, szczeg $\acute{o$ lnie pod-
czas miesiączkowania. Leczenie macicy
jako t \acute{e} ż środki użyte przeciwko nerwob \acute{o} -
lowi nie doprowadziły do żadnego pomysł-
nego rezultatu. Przy badaniu chor \acute{e} j H.
znalazł szyjkę maciczn \acute{a} obrzmiał \acute{a} i stward-
niał \acute{a} , błona śluzowa szyjki w stanie katar-
ralnym, gruczolki torebkowate znacznie
powi \acute{e} kszone. Zważywszy, że trzechetnie
leczenie macicy było bezskuteczne, autor
odci \acute{a} ł doś \acute{c} wysoko cz \acute{e} ść pochwow \acute{a} ma-
cicy w nadziei, że nerwob \acute{o} l, pojawiaj \acute{a} cy
si \acute{e} w og $\acute{o$ le bardzo cz \acute{e} sto u kobiet z po-
vodu chor \acute{o} b macicy, da si \acute{e} tym sposo-
bem usun \acute{a} ć. Nadzieja nie zawiodła; pe-
ryjod od tego czasu zawsze pojawiał si \acute{e}
regularnie bez żadnych ból \acute{o} w, i nerwob \acute{o} l
znikł zupełnie.

L. Krause.

111. Dr. H. LINDNER. **O leczeniu świeżych wysięków ropnych opłucn \acute{e} j u dzieci.** (*Jahrb. f. Kinderheilk.*)

Autor obserwował dużo wypadk \acute{o} w
otoku ropnego u dzieci i stara si \acute{e} wykaza \acute{c}
wysz \acute{o} ść operacyjnego leczenia naci \acute{e} -
ciem, nad zwyczajn \acute{e} m nakłuciem. Przy-
tacza wypadek dotycz \acute{a} cy 7-0 miesięcz-
nego dziecka (najmłodsze z dotychczas ope-
rowanych), u kt $\acute{o$ rego po jednorazow \acute{e} m
wypuszczeniu za pomocą przekłucia 500
ctm. sześć ropy, w kilka dni p $\acute{o$ źniej, gdy go-
rączka zn \acute{o} w si \acute{e} wzmogła, wykonał naci \acute{e} -
cie w 8 międzybrzu i wypuścił znacz \acute{n} ą iloś \acute{c}
ropy, jamę przepłukał ciepłym roztwo-
rem kwasu salicylowego, włożył dren, a
na ranę nałożył opatrunek z gazy nasyc $\acute{o$ -
n \acute{e} j octanem glinki. Opatrunek z po-
cz \acute{a} tku odmieniano codziennie a nast \acute{e} pnie
co 3 dni. Przebieg bezgorączkowy, ase-
ptyczny. Dren usuni \acute{e} to 16 dnia, opatru-
nek przeciwnilny 19-go, a 20-go rana by-
ła zupełnie zagojon \acute{a} . Klatka piersiowa
nie zapadła si \acute{e} , płuco wr $\acute{o$ ciło zupełnie do

normalnego stanu. Pomimo wielu również pomyślnych przypadków, terapeuci dają pierwszeństwo przekłuciu przed nacięciem, twierdząc, że ostatnie jest niebezpieczniejsze, daje większy procent śmiertelności, jest mozolniejsze i leczenie przy nacięciu dłuższego wymaga czasu. L. zbija po kolei wszystkie te zarzuty, twierdząc że operacja nacięcia, przy zachowaniu przepisów przeciwnie jest wcale niebezpieczną, że przekłucie często zawodzi, a niekiedy następuje po nim rozkład produktów zapalnych i następnie operacja, którą już wykonać trzeba, jest daleko bardziej skomplikowaną (podwójne nacięcie). Zdaniem L. leczenie nacięciem, tak samo jak i przekłuciem nie wymaga więcej czasu nad 6 tygodni. Utrata soków i trawiąca gorączka jest daleko mniejszą przy antyseptycznym nacięciu jak przy przekłuciu. Zwraca L. jeszcze uwagę i na tę okoliczność, że w wysiękach opłucnej często spotykamy skrzepy włóknika, które po nacięciu mogą być wydobyte, przy nakłuciu zaś jest to niemożliwem, a skrzepy takie, pozostawszy w jamie, mogą uleść zérowaceni i stanowić gniazdo infekcyjne. Nacięcie radzi L. robić u małych dzieci bez wypiłowania żebra, i to o ile można bardziej ku przodowi, dla uniknięcia zanieczyszczenia. Podwójne nacięcie potrzebne tylko przy istnieniu rozkładowego wysięku. Chloroformowanie u małych dzieci niepotrzebne, przepłukanie jamy zaś tylko z początku. Opatrunek (dla dzieci), najlepszy z gazy z octanem glinki, z początku zmieniany być powinien, następnie pozostawić go można nawet na 8 dni. Przy przypadkach otoku ropnego, gdzie ropa toruje sobie drogę do płuc, z operacją należy się wstrzymać, jeżeli zaś gorączka jest wysoka, następuje upadek sił, utrudniony oddech, w takim razie L. radzi bezzwłocznie przystąpić do operacyi za pomocą nacięcia.

Guranowski.

III. Chirurgija, Otiatryja, Dentystyka, i Oftalmologija.

112. MAC-CORMAC. **Podręcznik chirurgii przeciwnie.** (*Manuel de chirurgie antiséptique, traduit de l'anglais par A. Lutaud, in 8-o stronic 353*).

Przed kilku miesiącami wyszedł we francuzkiem tłumaczeniu podręcznik chirurgii przeciwnie MAC-CORMAC'A profesora i chirurga szpitala Ś-go Tomasza w Londynie, ogólnego sekretarza Londyńskiego międzynarodowego kongresu lekarskiego (1881 r.). Jest to najobszerniejsza z tego rodzaju publikacyj jakie się dotychczas pojawiły, co ważniejsza, obfituje w masę uwag praktycznych niezbędnych dla chirurga, chcącego się należycie z zastosowaniem metody przeciwnie obznajmić. Autor podzielił swą pracę na następujące rozdziały: 1) Wstęp i ogólne uwagi nad przeciwnie metodą opatrywania ran. 2) Teoryja przeciwnie. 3) Środki przeciwnie i materyjały z nich przygotowywane. 4) Zastosowanie metody przeciwnie przy różnych operacyjach i ranach w różnych okolicach ciała. 5) Rozprawy o chirurgii antyseptycznej, jakie miały miejsce na ostatnim kongresie Londyńskim. Autor należy do największych zwolenników LISTER'A, metodę jego przeprowadza z całą ścisłością, nie opuszczając najmniejszego drobiazgu, nawet spray, z tak różnych stron obecnie zaatakowany poważnymi argumentami—dowodzącemi jego beżużyteczności, jest dla MAC-CORMAC'A nieodzownym przy operowaniu i nakładaniu opatrunku przeciwnie. Podług M. zasługa LISTER'A nie zasada się jedynie na zastosowaniu kwasu karbolowego w chirurgii, lecz na wprowadzeniu całej odrębnej i logicznie przeprowadzonej metody postępowania z raną, że tu wspomnimy tylko: staranniejsze zatrzymywanie krwotoku, katgutowe ligatury, dokładne drenowanie, głębokie i powierzchowne szwy nakładane

na ranę i t. d. Zdaniem autora kwas karbolowy wywiera jakiś, dotąd nie wyjaśniony, specyficzny wpływ na białko, ochraniający je od rozkładu, temu to swoistemu działaniu przypisać należy okoliczność, że chociaż obecnie mamy cały szereg środków przeciwnilnych, daleko silniej działających na bakteryje niż kwas karbolowy, to jednak środki te nie są w stanie wyrugować go z użycia. Przytém MAC-CORMAC ostrzega, że mniemanie „qu'il n'y a jamais trop de bonne chose“ nie może znaleźć zastosowania przy użyciu kwasu karbolowego, przeciwnie trzeba unikać wpływu kwasu karbolowego na rany znajdujące się w stanie aseptycznym; o ile zaraz po dokonaniu operacji użycie obfitych obmywań kwasem karbolowym nigdy nie jest zbyt częste, o tyle później, jeśli rana zachowuje się antyseptycznie, przepłukiwania takie tylko szkodzą, drażnią i wywołując ropienie. Nie jest naszym celem podawać tu streszczenia z całej pracy MAC-CORMAC'A, przekroczyłoby to o wiele granice, w których zamknąć się musimy, chcemy głównie zachęcić naszych czytelników do przeczytania jęj, jako dzieła dokładnie i praktycznie traktującego nadzwyczaj obecnie ważną w chirurgii kwestyję przeciwnilnej metody leczenia ran.

Fakt, że przeciwnilna metoda leczenia ran u nas (szczególniej na prowincyi) nie cieszy się dotąd takim uznaniem, na jakie bez wątpienia zasługuje, daje się, podług naszego przekonania, objaśnić następującymi dwoma kardynalnemi przyczynami: 1) Statystyka rezultatów otrzymywanych przy użyciu metody antyseptycznej jest rozrzucona w tysiącach broszur i artykułów gazeciarskich dostępnych za ledwie specjalistom chirurgom ale nie ogółowi lekarzy, a jednak dopiero rozpowszechnienie porównawczych danych statystycznych, dając niezbite dowody wyższości metody LISTER'A, może zachęcić do zastosowania jęj w praktyce. 2) Drugą ważną przyczyną jest nader wy-

soka cena materyjałów opatrunkowych, stawiająca lekarzy w materyjalnej niemożności zastosowania metody LISTER'A, szczególniej w mniej bogato uposażonych szpitalach prowincjonalnych. W podręczniku MAC-CORMAC'A znaleźliśmy dane pomagające do usunięcia choć w części obu tych przyczyn i dla tego postanowiliśmy przytoczyć je tutaj w streszczeniu, dla użytku tych czytelników, którzy samej książki nie mają pod ręką.

Co się tycze statystyki, to autor zebrał ją po części w szpitalach londyńskich, częścią z broszur i pism peryjodycznych, częścią zaś otrzymywał statystyczne wiadomości wprost ze źródeł za pomocą listownej korespondencyi; wiadomości te, rozrzucone po całym podręczniku, postaraliśmy się zebrać w tablicę, którą poniżej zamieszczamy:

Tablica ta dowodnie wykazuje, jak wielki pożytek odniosła chirurgia z wprowadzenia przeciwnilnej metody opatrywania ran, nie tylko bowiem polepszyła ona rezultaty otrzymywane po dokonaniu najróżnorodniejszych operacyj, lecz otworzyła nowe pola całkiem dawniej dla chirurga niedostępne, że tu wspomnimy tylko o ogromnych postępach jakie pod jęj wpływem uczyniła chirurgia jamy brzusznej i t. d. MAC-CORMAC powiada: „il faut que ceux, qui se trouvent en présence d'un cas soigné d'après cette méthode croient sans reserve à la théorie des germes, ou qu'ils agissent comme s'ils y croyaient.“ Faktem jest że dopiero pod wpływem wiary w teorię zarodkową, chirurg postara się o skrupulatne zastosowanie wszystkich drobiazgowych, a jednak niezbędnych, przepisów LISTER'A.

W osobnym rozdziale swego podręcznika zebrał MAC-CORMAC wszystkie praktyczne uwagi odnoszące się do środków antyseptycznych obecnie używanych, oraz do sposobu przygotowywania i przechowywania rozmaitych mate-

AUTOROWIE	Rodzaj choroby lub operacji	Ogólna liczba wypadków	LECZONYCH METODĄ PRZECIWNILNĄ				LECZONYCH INNEMI METODAMI			
			Wy- padków	Wy- zdrowiało	Umarło	Procent śmier- telności	Wy- padków	Wy- zdrowiało	U- marło	Procent śmier- telności
Mac-Cormac	Fracturae complicatae	70	16	16	0	0%	54	42	12	22%
Holmes	dto	195	33	26	7	20,9%	162	122	40	25,3%
Wildt	dto	28	28	26	2	7,1%	—	—	—	—
Volkman	dto	91	75	75	0	0%	16	4	12	75%
Schede	dto	37	37	36	1	2,7%	—	—	—	—
Estlander	Rany głowy	323	186	175	11	6%	137	116	21	15,3%
Reyher	Vulnera sclopetaria ossium et articulat.	224	81	76	5	6,1%	143	97	46	32,1%
Kraske	Vulnera sclopetaria	23	23	21	2	8,7%	—	—	—	—
Volkman	Resectio genu	21	21	20	1	4,7%	—	—	—	—
Socin	Oper. radical. hern.	17	17	17	0	0%	—	—	—	—
Mac-Cormac	Ovariectomia	38	19	12	7	36%	19	6	13	68%
Spencer Wells	dto	168	84	78	6	7,1%	84	63	21	25%
Keith	dto	305	76	74	2	2,6%	229	194	35	15,2%
Nussbaum	dto	219	135	106	29	21,4%	84	46	38	45,2%
Volkman	Amputationes et Desarticulationes	172	172	149	23	13,3%	—	—	—	—
Maclaven	dto	49	49	45	4	8,1%	—	—	—	—
Schede	dto	708	321	307	14	4,36%	387	286	101	23%
Spence	dto	504	—	—	—	—	504	364	140	38%
Esmarch	Różne operacje	524	524	499	25	4,7%	—	—	—	—
Neuber	dto	131	131	128	3	2,29%	—	—	—	—
Bardenheuer	dto	123	123	123	0	0%	—	—	—	—
Lister	Rany Operacje	72 845	72 845	68 808	4 37	5,7% 4,4%	— —	— —	— —	— —
Savory	Rany Operacje	2862 1235	— —	— —	— —	— —	2862 1235	2648 1163	214 72	7,47% 5,82%

U W A G I

W wypadkach nie leczonych metodą antyseptyczną przyczyną śmierci była 4 razy ropnica, a 4 razy róża. Pobyt w szpitalu dla leczonych metodą przeciwnilną wynosił przeciętnie 60 dni, a dla leczonych innymi metodami 80 dni.

W wypadkach leczonych antyseptycznie wydarzył się tylko 1 wypadek ropnic, w leczonych innymi metodami było 21 śmierci z powodu ropnego zakażenia krwi.

Był 1 wypadek posocznicy, zakażenie nastąpiło przed nałożeniem opatrunku Lister'a.

Z wypadków leczonych antyseptycznie 8 skończyło się wtórną amputacją, ale wszystkie wyzdrowiały.

Największa różnica dotyczy ran części miękkich z obnażeniem kości, na 37 takich ran leczonych antyseptycznie zmarło 7 t. j. 19%, a na 67 leczonych antyseptycznie wydarzyła się tylko 1 śmierć t. j. 1,5%. Żadnej różnicy nie przedstawiają fracturae baseos cranii, gdzie antiseptis jest niemożliwe.

Pomiędzy nimi 3 rany drążące czaszki (2 wyzdrowienia) i 6 ran drążących klatki piersiowej (6 wyzdrowień)

W dwóch wypadkach wykonano wtórną amputację.

Po operacjach z następczym leczeniem przeciwnilnym ani jedna śmierć nie była skutkiem posocznicy.

Przytoczona tu przez S. seryja 84 wypadków z 21 śmierciami jest najlepszym wynikiem do jakiego doszedł S. przed wprowadzeniem opatrunku Lister'a. Po wprowadzeniu tego opatrunku miał już seryję 33 wyzdrowień z rzędu, gdy poprzednio było z rzędu najwyżej 27 wyzdrowień.

W pierwszej seryi, złożonej z 50 operacji, miał 11 śmierci, w szóstej seryi ani jednej śmierci.

Pierwsze 5 operacji wszystkie zakończyły się śmiercią, w pierwszych 78 operacjach było 35 śmierci, na ostatnich 19 tylko 2 śmierci.

Trzeba odróżnić 139 wypadków nie powikłanych, w których tylko 4 śmierci i 33 powikłanych z 19 wypadkami śmierci, 15 przybyło już do kliniki z zakażeniem septycznym.

Przed wprowadzeniem opatrunku Lister'a po amputacjach było w tymże szpitalu 25% śmiertelności, z przyczyn śmierci ropnica stanowiła 42%.

Z wypadków leczonych antyseptycznie 8 umarło w pierwsze 24 godzin, więc nie z winy opatrunku, jeśli te odjąć, to procent śmiertelności będzie wynosił 1,9%.

Śmiertelność po amputacjach traumatycznych wynosi 42,5%, a po amputacjach w skutek chorób 20,4%.

Pomiędzy nimi 40 amputacji, 27 rezekcji, 34 wyluszczenia guzów, 35 nekrotomij.

W 101 wypadkach wystarczył jeden opatrunek do zagojenia rany.

W tej liczbie 41 amputacji (17 biodra), 10 wyluszczeń (1 biodra), 53 rezekcje (15 główki biodrowej, 12 kolana) i t. d.

Było wszystkiego 6 wypadków posocznicy i wszystkie powstały po tak zwanych operacjach septycznych, w których zastosowanie metody Lister'a napotyka na nieprzewyciężone przeszkody np. lithotomia, extirpatio linguae i t. d.

ryjałów używanych w opatrunku przeciwnilnym. Materyjały opatrunkowe kupne są zbyt drogie, a co główniejsza z powodu długiego przechowywania tracą większą część środka antyseptycznego, którym zostały napojone i przez to stają się mniej pewnymi w użyciu, jedyny sposób zaradzenia złemu jest przygotowywać je samemu, co jak się okaże z przytoczonych tu poniżej wskazówek MAC-CORMAC'A nie jest wcale rzeczą trudną:

I. *Kwas karbolowy* (C_6H_6O). M., jak to już wyżej nadmieniliśmy, uważa go za najlepsze antisepticum, radzi go przechowywać w stanie płynnym, co łatwo osiągnąć, mieszając 500 grm. *Acidi carbolici cristalisati* z 28,3 grm. wody, otrzymamy płyn nie krzepnący, którego każdy centymetr sześcienny będzie zawierać 1 grm. czystego kwasu karbolowego. Dla przygotowania *gazy karbolowej* istnieje kilka przepisów; przepis BRUNS'A brzmi jak następuje: *Acid. carbol.* 100 grm. *Colophonii* 400 grm. *Ol. ricini* 80 grm. *Spirit. rectific.* 2000 grm., najprzód miało utłuczona żywica rozpuszcza się w spirytusie (co trwa około 20 minut), a następnie ciągle mieszając dodaje się kwas karbolowy i olej rycynowy, ilość tu podana wystarcza do napojenia 37 metrów gazy, (zwykły muślin apretowany, który poprzednio powinien być wymoczony w roztworze sody, a potem w wodzie, dla pozabawienia tłuszczu i krocmału), gdy płyn zupełnie wsiąknie w gazę, rozwiesza się ją do wysuszenia (co trwa nie więcej nad 10 minut), i przechowuje w szczelnie zamkniętych pudełkach blaszanych lub w papierze pergaminowym. Ponieważ olej rycynowy prędko jęlczeje, więc MAC-CORMAC podaje inny przepis, który nie ma tej wady: *Colophonii* 400 grm. *Stearini v. Parafini liquefacti* 60 grm. *Glycerini* 80 grm. *Spirit. rectific.* 1200 grm. *Acidi carbolici* 100 grm., manipulacja napojenia ta sama co poprzednio, do tej masy można

z pożytkiem dodać, przed napojeniem nią gazy, 100 grm. kwasu bornego, który w tej ilości nie krystalizuje, a powiększa znakomicie przeciwnilne własności gazy. BRUNS przygotował zgęszczoną masę: *Acidi carbolici* 25 part. *Resinae* 60 part. *Stearini* 15 part., masa ta ma konsystencję maści, 80 jej części łączy się łatwo ze 100 częściami spirytusu, a 675 grm. masy zmieszane z 2-ma litrami spirytusu wystarcza do napojenia 25-ciu metrów gazy. *Ostonka ochronna* (*protectif silk*) przygotowuje się z jedwabnej materii dobrze naoliwionej, obie jej strony pokrywa się warstwą lakieru kopalowego, a następnie naciera się za pomocą szcztoki następującą mieszaniną: *Dextrini* 1 p. *Amyli* 2 p. *Solutionis acid. carbol.* (5%) 15 p., potem się suszy i przechowuje w dobrze zamkniętych pudłach, przed użyciem powinna być pograżona w 2½% roztworze kwasu karbolowego. *Ligatury*. Używa się *katgut* i *jedwab*. Pierwszy przygotowuje się tak: surowy materyjał (u nas go nie ma, lecz za to trzeba poddać opisaną poniżej manipulacji *katgut* kupowany w sklepach, który dopiero po takiej przeróbce można bez skrupułu używać) pomieszcza się w następującej mieszaninie: *Acidi carbolici* 10 p. *Aq. destillatae* 1 p. *Olei olivarium* 59 p., trzeba najprzód zmieszać kwas z wodą przez ogrzanie, a potem dodawać oliwy ciągle mieszając, w tej mieszaninie powinien leżeć *katgut* 5—6 miesięcy przed użyciem. Dodatek wody jest potrzebny, gdyż bez niego *katgut* byłby zanadto miękki. Zle przygotowany *katgut* jest ślizki i pęcznieje w wodzie. Po upływie 5-ciu miesięcy trzeba przelożyć *katgut* do oliwy karbolowej (5%), którą jednak często trzeba zmieniać gdyż jęlczeje (o przygotowywaniu *katgutu chromowego* patrz *Kron. Lek.* 1882 Nr. 3 str. 133). *Jedwab* antyseptyczny przygotowuje się przez całonocne gotowanie w roztworze kwasu karbolowego (5%), a następnie przechowuje go się w roz-

tworze karbolowym takiéjże mocy; dobrze jest nasycić jedwab mieszaniną wosku z kwasem karbolowym (10%). *Dreny kauczukowe* przechowują się w 5% roztworze kwasu karbolowego (o wyborze ich patrz Kron. Lek Nr. 3, 1882 r. str. 136). *Dreny kostne* NEUBER'A przygotowuje się w następujący sposób: z kości zdrowego konia lub wołu trzeba kazać wytoczyć rurki około 10 ctm. długości, 3—6 mm. średnicy, ścianka ich powinna być 1/2 mm. gruba, tak przygotowane rurki wkłada się na 10 godzin do następującego roztworu: *Acidi hydrochlorici* 1 p. *Aq. destill.* 2 p., po upływie oznaczonego czasu są one już miękkie, wyjąwszy trzeba je obmyć w pięcioprocentowym roztworze kw. karbolowego, i przechowywać w oliwie karbolowej (5%). *Dreny z włosienia* przedstawiają tę wygodę, że objętość ich można bardzo stopniowo zmniejszać przez wyjmowanie pojedynczych włosów; dla użycia bierze się pęczek włosów jednej długości i okręca spiralnie jednym dłuższym włosem. Włosień użyty do drenowania powinien być poprzednio pozbawiony tłuszczu przez dłuższe moczenie w roztworze sody, i trzeba go zawsze przechowywać w roztworze kwasu karbolowego (5%). *Gąbki* trzeba pozbawić piasku przez kilkakrotne wygotowywanie i wymywanie i przechowywać w 5% roztworze kwasu karbolowego, gąbki użyte przy operacji trzeba kilka razy obmyć w wodzie, potem w roztworze sody dla pozbawienia ich krwi, którą zostały napojone, i dopiero wtedy położyć do kwasu karbolowego dla dalszego przechowania. *Mackintosh* jest jedyny materiał używany przy opatrunku LISTER'A, którego w domu przygotować nie można, *MAC-COR-MAC* jest bardzo za jego użyciem i twierdzi że ani ceratka kauczukowa ani papier woskowy zastąpić go nie mogą, wielką przy tém trzeba zwracać uwagę aby w kawałku użytym nie było najmniejszej dziurki (nawet od przekłucia szpilką).

II. *Kwas salicylowy* ($C_7H_6O_3$) jest daleko słabszym środkiem przeciwnilnym od kwasu karbolowego, ma jednak tę przewagę nad tym ostatnim że nie drażni powierzchni ziarninowych, używa się zwykle waty zawierającej 4% lub 10% kwasu. Sposób przygotowania: na 10 kilogramów waty pozbawionej tłuszczu trzeba przygotować roztwór złożony z 1 kilogramu kwasu salicylowego, 10 kilogramu spirytusu i 60 kilogramu wody, do roztworu, wlanego do osobno na ten cel przygotowanej wanny drewnianej, wkłada się watę warstwami; przytém trzeba uważać aby nie kłaść następnej warstwy dopóki pierwsza dobrze nie napoiła się płynem; gdy już wszystkie warstwy namoczono, przewraca się je w wannie, tak że najpierw położona staje się najpowierzchniejszą, wyjmuje się je z wanny i układa na stole dla wysuszenia, nie wyżymając. Żeby po wyschnięciu kryształki kwasu nie wypadły, można dodać do roztworu trochę gliceryny przed zanurzeniem waty, będzie ona wtedy nawet po dokładnem wysuszeniu zawsze trochę wilgotną. Watę tak przygotowaną należy przechowywać w papierze pergaminowym.

III. *Thymol* ($C_{10}H_{14}O$) podług M. nie zaleca się wcale do użycia, jest słabym środkiem przeciwnilnym, a oprócz tego bardzo piecze przy użyciu.

IV. *Acidum boricum* (BH_3O_3) można używać z powodzeniem przy oparzeniach i powierzchniowych owrzodzeniach, najlepiej używać jutę nasyconą kw. bornym, dla przygotowania jej macza się jutę (włókna rośliny *Corchorus capsularis*—w handlu juta oczyszczona jest dość tania) w gorącym wodnym roztworze kwasu bornego (30%), a następnie wyjmuje się i rozkłada bez wyżymania do wysuszenia.

V. *Acetas aluminii* ($Al_2O_3, 2C_4H_6O_3, 4H_2O$) środek antyseptyczny silniejszy od kwasu karbolowego, ma to tylko przeciw sobie że może być używany tylko w pły-

nie, suchy rozkłada się. MAC-CORMAC podaje sposób LOEWIG'A dla otrzymania roztworu acetatis aluminium stałej siły (15%): 10 części Hydratis aluminium mięsza się z 8 częściami Acidi acetici i pozostawia 24 do 36 godzin w temperaturze 30 do 40° R., po przefiltrowaniu otrzymuje się płyn zawierający 15% czystego acetatis aluminium.

VI. *Zincum chloratum* ($Zn Cl_2$) działa silnie przeciwnie, używa się najczęściej w roztworze 8% dla obmycia ran, które już uległy wpływowi septycznym, lub dla zniszczenia absorbcyjnych własności granulacyi. Można przygotować jutę cynkową nasycając 100 cz. juty stoma częściami dziesięcio-procentowego roztworu chlorku cynku; pomimo łatwego rozplywania się chlorku cynku na powietrzu, juta tak przygotowana wysycha już w 36—48 godzin i przechowuje się bardzo długo w szczelnie zamkniętych naczyniach.

Przytaczamy tu jeszcze przepis podany przez MAC-CORMAC'A dla przygotowania waty benzoesowej: Acidi benzoici 30 grm. T-rae benzoic. 20 grm. Aq. destill. 1000 grm., waty 1000 grm., kwas rozpuszcza się w wodzie gorącej i dodaje powoli nalewkę benzoesową, następnie płyn trzeba przefiltrować i w otrzymanym roztworze zamoczyć watę póki wszystko nie wsiąknie, wtedy się watę wyjmuje i suszy nie wyżymając.

Na tém musimy zakończyć streszczenie tego ze wszech miar godnego odczytania dzieła MAC-CORMAC'A. Szczególniej interesującym jest rozdział opisujący sposób zastosowania opatrunku LISTER'A przy różnych operacjach i w różnych okolicach ciała, streszczenie jego jednak za daleko by nas zaprowadziło, zaznaczmy tu tylko że MAC-CORMAC bardzo często dla utrzymania opatrunku używa bandaży elastycznych, szczególniej zaś w takich okolicach ciała gdzie utrzymanie opatrunku jest trudne np. na głowie, szyi, pod pachą, w pachwinie i t. d.

W. H. Krajewski.

113. Prof. J. GRUBER. **Wstrzykiwanie środków lekarskich przez trąbkę Eustachiego bez użycia kateteru usznego.** Ueber den therapeutischen Werth medicamentöser Einspritzungen durch die Eustachische Ohrtrumpete ohne Zuhilfenahme eines Ohrkatheters. (*Allg. Wiener mediz. Zeitung* 1882 N. 1 i 2).

Powszechnie wiadomo, że większa część przewlekłych chorób ucha średniego, połączonych z uchootokiem i przedziurawieniem błony bębenkowej, może być usunięta tylko za pomocą wstrzykiwań środków lekarskich przez trąbkę EUSTACHIEGO. Przy zaniedbaniu tej metody leczniczej, nie tylko słuch coraz bardziej tępieje, ale w wielu razach życie chorego zostaje zagrożone; produkty bowiem zapalne, gromadząc się w przestrzeni ucha średniego, łatwo ulegają rozkładowi—nadto proces może przejść na okoliczne organa. Pomimo jednak świadomości złych następstw, jakie pociąga za sobą pozostawienie procesu samemu sobie, choroby ucha średniego stosunkowo rzadko racjonalnie są leczone. Większość lekarzy ogranicza się na zapuszczaniu kropel lub wstrzykiwaniu do przewodu słuchowego zewnętrznego, co nigdy nie przynosi zadawalniających rezultatów, a nawet często szkodzi choremu. Obecnie, dla usunięcia złożeń i ropy z ucha średniego, do trąbki EUSTACHIEGO wprowadza się zazwyczaj kateter uszny, przez który wdmuchuje się do ucha powietrze lub wstrzykuje rozmaite płyny. Ta jednak metoda ma swoje niedogodności. Przedewszystkiem znaczna część lekarzy mało jest obeznana z techniką katetyzacji trąbki EUSTACHIEGO, oprócz tego wielu obawia się, acz bezzasadnie, użycia kateteru usznego; główna zaś niedogodność tej metody polega na tém, że kateter uszny nie zawsze daje się wprowadzić np. u dzieci, gdzie drogi nosowe są wąskie, i u dorosłych, których drogi nosowe także mogą być zwężone skutkiem procesów chorobowych.

Z tego względu, autor radzi następują-

ce postępowanie, które czyni zbyt czynnym, w wielu przynajmniej razach, użycie kateteru: Chory pochyla głowę na ramię, odpowiadające choremu uchu, przez otwór nosowy zewnętrzny wstrzykuje się za pomocą strzykawki 20 do 30 kropel płynu do nosa; operator dwoma palcami zatyka otwór zewnętrzny nosa i każe choremu wykonać silny ruch wydechowy. Prąd powietrza wypycha zastrzyknięty płyn przez trąbkę EUSTACHIEGO do ucha, i jeżeli błona bębenkowa jest przedziurawioną, pewna część płynu przez otwór słuchowy zewnętrzny wylewa się na zewnątrz.

Postępowanie to powinno być, zdaniem autora, użyte w wypadkach, gdzie skutkiem zwężenia dróg nosowych lub zbyt niżej czułości chorego, kateter nie daje się wprowadzić do trąbki EUSTACHIEGO, głównie zaś w tych wypadkach, gdzie oprócz ucha średniego cierpi jednocześnie błona śluzowa nosa i gardzieli, albowiem w tych razach cierpienie ucha jest tylko dalszym ciągiem chorobowego procesu błony śluzowej nosa i gardzieli. Płyn zastrzyknięty do nosa działa jednocześnie na błonę śluzową nosa i ucha. Oprócz tego metoda ta powinna być użytą w celu wydalania twardych złogów z jamy bębenkowej, albowiem samo wdmuchnięcie powietrza bardzo często nie wystarcza do wydalania nagromadzonych twardych mas; płyn zaś, rozpuszczając te ostatnie, ułatwia ich wydalanie przez przewód słuchowy zewnętrzny. *H. Goldblum.*

114. CAMPANI. **O przyczynach powstawania karjetycznego procesu zębów.** (*Corespodenzblatt f. Zahnärzte, Band X, Heft 3.*)

CAMPANI w swój pracy przedstawia poglądy już wygłaszane przez innych autorów na tę kwestyję, starając się głównie odpowiedzieć na pytania: 1) jakie przyczyny usposabiają (*praedispositio*) do karjetycznego procesu zębów, a jakie są konstytucjonalne, 2) jaki wpływ wywiera ślina na próchnienie zębów. Ząb przez całe swe życie zachowuje zewnętr-

ny kształt taki, jaki miał z chwilą wyrżnięcia się z pod dziąseł, stan zaś jego wewnętrzny wciąż się zmienia, ponieważ odżywianie wywołuje bezustanną przemianę materii. Wrodzone niedostatki budowy zębów, jedne są widocznymi, drugie zaś leżą głęboko i są ukryte przed naszym wzrokiem. Wszystkie jednak mają wpływ na uformowanie się i skład szkliwa. Braki wrodzone najczęściej spotyka się na zębach trzonowych wielkich, na ich powierzchniach górnych między pagórkami w postaci czarnych nieregularnych rys, w które cieniutki zgłębnik tylko z trudnością przeniknąć może. Drobnowidzowe badanie takich zębów wykazuje brak powłoki KÖLLIKER'A. Przy badaniu podłużnie rozpiłowanego takiego zęba, czarne rysy przedstawiają się głęboko drążącymi, nieraz do samej właściwej substancji zębowej (*zębina—dentina—substantia eburnea*). Podobne rysy, chociaż długo pozostawać mogą w jednym i tym samym stanie, to jednak mogą się stać punktem wyjścia dla procesu karjetycznego i dla tego musimy je uważać jako *locus minoris resistentiae*. Czasami braki takie przedstawiają się w postaci nieznacznego płytkiego wyżłobienia—barwy żółtej lub brunatnej. Zgłębnikiem możemy się przekonać, że w miejscach tych brak szkliwa, a więc i powłoki KÖLLIKER'A. Podobne braki najczęściej są spotykane na zębach dolnych trzonowych wielkich, na tylnych ścianach górnych siekaczy i na powierzchniach przytykających do siebie (*aproximalfläche*) zębów kłów i trzonowych małych. Również jako braki usposabiające do powstawania *caries* należy uważać nadżarcie szkliwa (*erosiones*). Nadżarcia te przedstawiają się jako utrata szkliwa nieraz tak głęboka, że widoczną się staje właściwa substancja zęba. Przy drobnowidzowym badaniu, szkliwo przedstawia się nieregularnym, zazębionym, żłobkowanym i poprzedziurawianym; zaś substancja właściwa zęba w miejscu nadżarcia, przedstawia się jako szereg czarnych

warstw, ułożonych podług wygięć korony. Te czarne warstwy są to kobiele śródzębowe (*Dentinkügelchen*) ze zniszczonemi przestworami środkobielowemi. Przy silniejszym powiększeniu dostrzedz można, że przyzmy szkliva są bezładnie rozrzucone i pokruszone, a pod nim leżąca substancja właściwa zęba, ma wygląd jakby karyjetyczny. Braki wrodzone można sobie objaśnić na drodze powstrzymania lub przeszkody we wzroście podczas tworzenia się zęba. Jeżeli w tym czasie nie było żadnych miejscowych lub też ogólnych chorobliwych zaburzeń, to możemy się spodziewać, że zęby będą należycie uformowane, lub przeciwnie. Na mocy zaburzeń chorobliwych w trakcie tworzenia się zębów, można sobie wyjaśnić jednocześnie karyjetycznego procesu w zębach odpowiadających sobie po obu stronach szczęk. Toż samo można powiedzieć i o *caries* zębów mlecznych; w tym razie trwałość takich zębów zależną jest od stanu zdrowia, w jakim matka podczas ciąży się znajdowała.

Są jeszcze wpływy dziedziczności na stan zębów. Wiadome są wypadki, gdzie wszyscy członkowie pewnej rodziny mają bardzo złe zęby, lub przeciwnie.

O wpływie dziedziczności na stan zębów przekonywają nas również pewne anomalije w kształcie lub ustawieniu zębów, które u większej liczby członków pewnej rodziny można obserwować. Zęby z niebieskim odcieniem (odcień ten zależnym jest od niedostatecznego zwapnienia zęba i obszerności kanalików) — są najbardziej usposobione do procesu karyjetycznego. Przeciwnie, zęby białe, niezbyt przezroczyste, najuporczywiej mu się opierają.

Co do ras—to murzyńska i arabska mają najtrwalsze zęby, kaukaska najbardziej usposobione do próchnienia, mongolska stoi po środku. Rasy mieszane mniej są usposobione do próchnienia. Co się tycze temperamentu, to ludzie pełnokrwisici i nerwowi mniej cierpią na próchnienie zębów, aniżeli cholerycy i lymfatycy. Chroniczne

choroby mogą wpływać na rozwój karyjetycznego cierpienia zębów, albo skutkiem wytwarzania szkodliwej dla zębów śliny, albo pozostawiając usposobienie, jeżeli działały na organizm podczas tworzenia się zębów. To się głównie odnosi do gruźlicy, zolżów i kily.

Wydzielina jamy ustnej zawiera w sobie: właściwą ślinę — produkt gruczołów ślinnych, śluz — produkt gruczołów znajdujących się w błonie śluzowej jamy ustnej i przymieszkę roślinnych i zwierzęcych pasorzytów. Roślinne pasorzyty po większej części powstają z pozostałości pokarmów i mają charakter grzybka *leptothrix buccalis*, rzadziej zaś zbliżone są do *oidium albicans*. Zwierzęce pasorzyty przedstawiają się w postaci metwików (*vibrio*nes), po większej części jako *vibrio lineola*. Wydzielina jamy ustnej ogólnie wzięta, oddziałuje alkalicznie. Rzadko kiedy znajdujemy ślinę neutralnie oddziałującą. Badania MAGROT i innych dowodzą, że ślina u zdrowego człowieka zebrana z dziąseł i z osad zębowych, oddziałuje kwaśno — albo chwilowo, albo też stale. To ostatnie zdarza się głównie przy obecności śluzu na zębach i ciągnącej się śliny. Obecność wydzieliny w jamie ustnej z kwaśną reakcją, wywołuje psucie się zębów. To kwaśne oddziaływanie śliny czasem daje się skonstatować jako właściwość familijna. Jeżeli ślina w normalnym stanie zdrowia może mieć różną reakcję, to témbardziej może to mieć miejsce podczas choroby. Ślina w takim razie może szkodliwie wpływać na zęby. Na mocy tego można objaśnić raptowne psucie się zębów po przebyciu jakiej ostrzej choroby, chociaż zwykle przypisują to szkodliwemu wpływowi przyjmowanych podczas choroby lekarstw.

F. Kobyliński.

115. Prof. ARLT, *Ankyloblepharon peculiare* (*Bericht d. Ophthalm. Gesellschaft in Heidelberg*, 1881).

Takim terminem autor oznacza rodzaj krupowego zapalenia łącznicy, przy któ-

rém wypocinowa błona pokrywa nietylko wewnętrzną resp. tarsalną stronę powiek, lecz nawet spaja ze sobą ich brzeg górny i dolny. Spojenie to zwykle rozpoczynające się od zewnętrznego kąta, zajmuje połowę lub $\frac{2}{3}$ szczeliny powiekowej. Między tę błonę, blisko 1 mm. grubą i gałkę oczną można wprowadzić sondę do zewnętrznego kąta oka. Przytém niema ani obfitych wydzielin, ani też objawów podrażnienia. Rogówka bywa nieuszkodzoną. ARLT zapalne spojenie powiek rozciął nożyczkami. Po kilku dniach proces ustępował; chorzy wyzdrowieli bez zrośnięcia powiek. Zwykle obserwowano tę chorobę u małych dzieci, cierpiących na wyrzuty skórne twarzy (*eczema*) i głowy (*crusta lactea*). HIRSZBERG obserwował też podobną formę *Conj. crouposae*. Wypocinowa błona pokrywała łącznicę tylko g. powieki, tworząc jakby worek zamykający g. oczną. Na razie stan ten zdaje się być groźnym, pod workiem jednakże gałka pozostaje nieuszkodzoną. Błonę zdejmuję się wprost cążkami, prócz tego zaleca się ciepłe okłady i obmywanie rozcieńczoną wodą chlorową. J. Talko

116. Dr. BRETTEAUER. Miejscowe stosowanie jodoformu w chorobach ocznych. (*Ibidem*).

U 3-letniej dziewczynki między przyczepem *m. rectus inf.* i *limbus conjunctivae* pokazał się pryszczyk (*phlyctena*), z którego uformował się guz wielkości grochu, kształtem przypominający szeroki lepień (*condyloma*). Autor wyciął nożykiem nowotwór: w ranie przeświecała naczyniówka (*corp. ciliare*); trudno było oznaczyć rodzaj nowotworu, mającego wiele podobieństwa do gruzelka, za czém przemawiało i to, że starsza, 3 $\frac{1}{2}$ letnia siostra zmarła na gruźlicze zapalenie opon mózgowych (*mening. tuberculosa*). Kiedy po tygodniu nowotwór począł nanowo odrastać, autor, zachęcony dobrymi rezultatami użycia jodoformu przy grzybowatych wyroślach stawowych, począł zasypywać na odpowiednie miejsca oka

krystalizowany jodoform zapomocą pędzelka (używał też maści jodoformowej z wazeliną); jednocześnie opaska. Jodoform nietylko nie wywołał podrażnienia i bólu w oku, lecz nawet przy jego użyciu zupełnie ustąpiła zwiększona wydzielina łącznicy i nowotwór znikł doszczętnie i bezpowrotnie.

Zachęcony dobrym rezultatem autor próbował używać jodoformu u 40 l. mężczyzny, leczonego przez 2 lata bezskutecznie na łuszczykę (*pannus*) przy granulacjach. Po 6 tygodniowym zasypywaniu jodoformu, rogówka o tyle odzyskała przezroczystość, że chory zamiast na $\frac{1}{2}$ metra, mógł liczyć palce na 3 metry.

Świeże owrzodzenia rogówki przy ostrych granulacjach nie stanowią przeciwskazania dla użycia jodoformu.

W ogóle autor wypowiada wnioski, że jodoform w chorobach łącznicy i rogówki nietylko nie wywołuje podrażnienia oka, lecz zmniejsza wydzieliny łącznicy, przy granulacjach rezorbująco działa na proces łącznicowo-rogówkowy i wyjaśnia rogówkę przy *keratitis interstitialis*.

HORNER chwali codzienne wcieranie jodoformowej maści wazelinowej (1 : 15) przy gruzelkach łącznicy, torebkowatęj (*trachoma follicularis*) jaglicy i zmętnieniach rogówki.

LEBER widział dobre działanie proszku jodoformowego zasypywanego przy *hypopyon-keratitis* i zapytuje: skoro worek łącznicy dobrze znosi jodoform, czyby nie można go używać jako środka antyseptycznego po operacjach?

NIEDEN opowiada, że obserwował dobre i szybkie rezultaty z użycia jodoformu przy *wilku powiek*, w połączeniu z *collod. elasticum* (1 : 10—15). Żeby jodoform mniej działał na powonienie, dobrze cokolwiek dodawać *acid. tannicum* (0, 1 : 10) ¹⁾.

HAASE nietylko stwierdził dobre działanie jodoformu w chorobach łącznicy i

¹⁾ Chirurdzy w tym celu dodają kumarynę (alk. z Faba de Tonco) w ilości 5 gr. na $\frac{1}{2}$ dr.

rogówki, lecz nawet przy *dacryocysto-ble-norrhoea*; przyciemnieniu rożnina worek i kładzie doń jodoform, a to w celu zmniejszenia ropnych wydzielin patologicznie zmienionych ścianek worka łącznicy.

Dr. SINGER—jak podaje *Hirschberg's Jahresb.* (Jan. 1882) — chwali zasypywanie jodoformem w limfatycznych zapaleniach łącznicy i rogówki: przekrwienie i obrzęk łącznicy ustępują, skurcz powiek ustaje i zmętnienia rogówki rezorbują się.

J. Talko.

117. Roczne sprawozdanie z zakładu oftalmiczno - otiatrycznego stanu Massachusetts w Bostonie za r. 1881.

Wszystkich ocznych chorych leczyto się w zakładzie 7,317 (usznych 2,765), przeważnie z cierpieniami łącznicy (1,932), rogówki i białkówki (1,641), zboczeniami refrakcyi i akomodacyi (842) i chorobami soczewki (334). Większych i mniejszych operacyj wykonano 815, w tej liczbie operacyj zaćm 102, irydektomij 20, strabotomij 90, wyłuszczenia gałki 42 i 555 (!) razy wydobywano ciała obce z rogówki, co dowodzi jak kwitnie w Ameryce fabryczny przemysł.—72 wypadki wydobywania twar-dych zaćm (cat. senilis) sposobem GRAEFEGO, zestawione przez dra H. DERBY'EGO wykazują, że pomyślny rezultat otrzymano u 85 na sto, niepomyślny u 2,7 na sto. Operowanych po większej części usypiano eterem. Leczenie pooperacyjne trwało od 10 — 35 dni, najczęściej około 3-ch tygodni. Do broszury dołączono pięknie wykonane fotogram 2 piętrowego zakładu, wybudowanego nad wodą i plan wewnętrzny jego urządzenia. *J. Talko.*

118. Dr. SCHÄFER. Wypadek wrodzonej jednostronnej zaćmy warstwowej. (*Zehender's Monatsblätter.* Dec. 1881).

Do tej pory znaliśmy jeden tylko wypadek jednostronnej zaćmy warstwowej, obserwowany przez E. MÜLLERA. Zwykle taki rodzaj zaćmy (cat. zonularis) jednocześnie znajdujemy w obu oczach. Dr. S. podał opis, objaśniony rycinami, zaćmy 3-ch warstwowej, spostrzegany na klinice w Heidelbergu, w lewem oku 6-cio letniej dziewczeczki. Zaćma była wrodzoną, dziecko nie cierpiało poprzednio na konwulsyje ani też na zapalenie oka. Chorój wykonano irydektomije. *J. Talko.*

119. Dr. WICHERKIEWICZ. Urazowa czy też przymiotowa oftalmija?

Spostrzeżenie to odczytane w towarzystwie przyjaciół nauk w Poznaniu, a następnie drukowane r. z. w Przeglądzie Lekarskim, zostało streszczone w *Monatsbl. f. Augenheilkunde* (Dec. 1881). U pewnego 26 letniego chorego, który stracił oko przed 15 laty w skutek zranienia pistonem, rozwinęła się *iridocyclitis* z objawami sympat. podrażnienia zdrowego oka. Już chciano choremu wyłuszczyć gałkę oczną, gdy kol. W. rozpoznał chorobę i poddał chorego specyficznój kuracyi, uwieńczonej pożądanym skutkiem. *J. Talko.*

120. H. HUNNIUS. Przyczynę do symptomatologii chorób mostu Varola i o skierowaniu oczu w jedną stronę (conjugirte Deviation) przy chorobach mózgowych. (*Bonn* 1881).

Jest to dość obszerna monografia napisana z powodu sekcji 40 letniego osobnika, który w skutek apopleksyi cierpiał na bezwład *prawej strony ciała*. Wzrok był nieuszkodzony, bezwład zajmował: *rect. int. i extern.* lewego oka i *rect. internus* prawego. Lewa strona *art. basilaris* w pośrodku mostu, tętniakowato była rozszerzoną i zatkaną zakrzepem. *Lewa połowa mostu* rozmiękczone, lewy pęczek piramidalny mostu, zupełnie zniszczony, co było przyczyną całkowitej hemiplegii. FOVILLE pierwszy przyjmował wspólny ośrodek dla *n. abducens* i *n. oculomotorius* w moście VAROLA. Stwierdzono to 18 spostrzeżeniami. Prawidłowe bokowe ruchy gałek bywają w chorobach m. VAROLA zniesione, albowiem jądra nerwów: okoruchowego i odwodzącego (Oculomotorius-Kern, Abducens-Kern) jednocześnie ulegają cierpieniu. Głowa u powyższego pacjenta skrzywioną była ku prawej stronie. W ogóle zauważono u większej części podobnych chorych jednakowe zboczenie głowy i oczów, tak że H. stawia jako prawidłó że: jeśli podczas połowicznych drgawek ciała, głowa i oczy zwrócone są konwulsyjnie ku stronie nie ule-

gającej drgawkom, to możemy przyjąć iż podrażnienie umiejscowione jest *zw moście* VAROLA. *J. Talko.*

121. **Trzecie sprawozdanie z oftalmicznego zakładu w Akwisgranie.** Napisał Dr. ALEXANDER. (*Aachen* 1882).

Znajdujemy w niem tylko statystyczne dane, a mianowicie: w r. z. leczono 2009 chorych—głównie z cierpieniami powiek (203 s. 10,10⁰/o), łącznicy (552 s. 27,47⁰/o), rogówki (568 s. 28,27⁰/o), zboczeniami refrakcji (161 s. 8,01⁰/o) i akomodacji (131 s. 6,52⁰/o), soczewki (61 s. 3,03⁰/o) i t. d. Operacji większych i mniejszych wykonano 299, najwięcej na rogówce (121), na powiekach (44), tęczęwce (41), drogach łzowych (37) i soczewce (22). *J. Talko.*

MISCELLANEA.

122. **Foetus in foetu.** MARCHAND na posiedzeniu szląskiego towarzystwa „für Vaterländische Kultur“, demonstrował guz wielkości dużej pięści, wypadkowo znalezionej między aortą i lewą nerką, przy sekcji 33 letniego suchotnika. Guz ten od przodu tworzą przestrzenie torbielowate, od tyłu utwory kostne. Substancją zasadniczą jest zbita tkanka tłuszczowa, zawierająca kość długą o jamie szpikowej. Największa torbiel wysłana jest bł. śluzową, pokrytą nabłonkiem migawkowym,—układ jej fałd przypomina *placae palmatae* lub bł. śluzową pochwy. Bezpośrednio przy niej znajdują się włókna mięsne gładkie, pośród których przewody gruczołowe spoczywają. W innej torbieli, której błona śluzowa podobną jest do bł. kiszek grubych, znaleziono 10 konkrementów. Trzecia torbiel przypomina swą budową pęcherz moczowy. U dołu guza znajduje się wyniosłość zawierająca część w włóknistej (*dura mater*), częścią w kostnej (kości czaszki) powłoce, masę mózgową. *J. E.*

123. LEWIS D. MASON (*The Medical Record, December* 10, 1881) zaleca przy leczeniu zarówno różnych form alkoholizmu jak i innych chorób, przepisywanie alkoholu czystego w odpowiedniem rozcieńczeniu, nie zaś jak to się najczęściej praktykuje w formie ogólnie używanych napojów wysokowych. Powołuje się w tym względzie na słowa wypowiedziane w r. 1878 przez Dr. Benjamin W. RICHARDSONA na zebraniu towarzystwa imienia HUNTERA w Londynie, a nadto na doświadczenia przeprowadzone w ciągu dwóch lat przez lekarzy zakładu leczniczego dla pijaków, (*the Inebriates' Home*) w Fort Hamilton, N. Y. Lekarze ci podają następujące korzyści ze stosowania alkoholu w czystej

formie: 1) Łatwość dokładnego dozowania. 2) Wielką oszczędność w wydatkach. 3) Wpływ moralny na pacjenta, któremu podajemy zwykły jego bodziec lecz w innej formie. 4) Wyleczenie następuje dwa razy prędzej aniżeli przy użyciu piwa, wina lub wódki, z powodu odpowiedniego nasycenia dawk. *Arnold B.*

124. **Pietruszka jako antilactagogum.** W celu usunięcia pokarmu, pokrywa się piersi świeżo zerwanymi liśćmi pietruszki (*petroselinum sativum*), które kilka razy dziennie należy zmieniać.

Sposób ten może znaleźć zastosowanie, ilekroć środki przeczyszczające lub t. p. dla jakiegobądź powodu są przeciwwskazane. *J. E.*

125. **Poród we śnie** opisuje Dr. WEILL u kobiety drugi raz rodzącej, która przebudzona potrzebą oddania moczu, usiadła na nocniku i bezwiednie urodziła dziewczynkę żyjącą. Matka tej kobiety w podobnych urodziła okolicznościach. *J. E.*

126. **Przy guzach hemoroidalnych**, zwłaszcza w okresie zapalnym, gdy takowe sprawiają nieznośne bóle, Dr. BLASCHKO z korzyścią stosuje *roztwór ergotyny* w formie okładów zmienianych co godzinę. *Rp. Ergotini gr. XV Aquae destillat. unc. III MDS* do okładów. Po użyciu tego środka bóle ustępują, guzy się zmniejszają, a nawet znikają zupełnie. W tym samym celu PASQUA poleca następujący środek: *Rp. Extracti belladon. gr. V, Jodophormi, Plumbi acetici aa gr. I, Vaselini dr. i. Mf. unguent. D. S.* trzy do czterech razy dziennie smarować guzy po poprzedniem użyciu ciepłej kąpieli. *Stiche.*

127. **RENDU. Nervöse Schwangerschaft.** (*Le concours*). Kobieta 17-to letnia przedtęm zupełnie zdrowa, dnia 18-go Lutego straciła regularność, w ciągu pierwszych czterech miesięcy cierpiała częste nudności, później obwód brzucha zaczął się zwiększać i pacjentka uczuła wyraźnie ruchy płodu, równocześnie obrzmiały gruczoły piersiowe. 19-go Listopada t. j. w dziewięć miesięcy po ustaniu regularności rozpoczęły się bóle, posiadające charakter porodowych, które zmusiły chorą udać się na klinikę położniczą w Lyonie; tu rozpoznano tak zwaną *nerwową* czyli *falszywą ciążę*; pacjentka dowiedziawszy się o tém, dostała regularności i wkrótce wróciła do zupełnego zdrowia, przyczem obwód brzucha szybko się zmniejszył. Autor obserwował 7 podobnych przypadków, z których każdy kończył się w 9-tym miesiącu typowymi bólami porodowymi. Dokładne opukiwanie brzucha wystarcza w zupełności do uchronienia się od błędów dyjagnostycznych. *Stiche.*

128. Dr. SCHOEMAKER. **O wpływie górskiego klimatu na popęd płciowy, sen i oddychanie.** (*The New-York-Med. Record* 1881). 1) Klimat miejscowości wysoko wzniesionych nad powierzchnię morza wywiera niekorzystne działanie na popęd

plciowy u mężczyzn, zmniejszając go lub znosząc zupełnie. 2) U kobiet autor zauważył zwiększenie popędu płciowego. 3) Sen zwykle bywa twardy, spokojny i orzeźwiający. 4) Zwiększa się liczba oddechów i częstość tętna przy normalnej ciepłocie ciała.

C. S.

129. Rzadki przypadek **zatrucia nasionami rącznika pospolitego** (*Ricinus communis*), świeżo z krzewu zerwanymi, obserwował Dr. LANGERFELDT u 10 letniego chłopca. (*Berl. klin. Woch.* 1882 N. 1). L. zastał chorego w stanie znacznego upadku sił z twarzą bladą, zimną i wyraźnie siną; ciepłota 36,3 C. puls nie zaledwie wyczuwalny, przy dotykaniu silny ból w okolicy żołądka, wymioty bardzo częste. Po zastosowaniu środków pobudzających, chory nazajutrz czuł się lepiej, a po 5 dniach zupełnie wyzdrowiał. Bóle w żołądku ustały po użyciu pigulek z lodu i makowca.

K.e.

130. **Smiertelność dzieci w pierwszym roku po urodzeniu w różnych krajach Europy** (1860—1878).

Norwegija.....	10,4	na 100
Szkocya.....	12,4	"
Szwecya i Danija .	13,5	"
Anglija i Belgija..	15,5	"
Francya.....	17	"
Hiszpanija.....	18,5	"
Niderlandy.....	19,6	"
Prusy.....	20,5	"
Włochy.....	22,8	"
Austryja.....	25	"
Bawaryja.....	30,7	"
Rosyja	32,6	"

(Reclus).

131. **Z badań nad obowiązanymi do służby wojskowej w Rosji roku 1879** okazało się, że z urodzonych w 1858 roku 1,568.305 chłopców tylko 750,622, czyli 47,8⁰/₁₀₀ dożyło 21 lat; tylko 37,6⁰/₁₀₀ dochoowało się zdrowo. Z urodzonych roku 1857 (według badań 1878 r.) 49,3⁰/₁₀₀ dożyło 21 lat, a 40⁰/₁₀₀ dochoowało się zdrowo.

132. **Jednym z najważniejszych miejsc kąpielowych w Abisynii** jest, według Dr. STECKERA, Wansage nad r. Gumara. Na lewym brzegu tej rzeki gorące źródło wytryska do wysokości 2 — 3 metr. nad powierzchnią ziemi i napenia wodozbiór urządzony przez króla Teodorosa, wodą o temperaturze 37⁰ C. Nad wodozbiorem zbudowana jest chatka, pod której przykryciem kąpią się razem mężczyźni, kobiety, młodzieńcy i panny. Zbierają się tu chorzy na rozmaite choroby i zamieszkują małe stoikowe ze słomy zbudowane chaty. Na jednym wzgórzu wznosi się willa zbudowana dla króla Jana, który przybywa tu do kąpiel na podobieństwo europejskich panujących. Chorzy pozostają zwykle 7 godzin w wodzie.

133. **Choroby i środki lecznicze krajowe w Northern Territory (Australija)**, Najstraszniej-

szą chorobą u mieszkańców tej części Australji, (dotykającą i psy) jest ospa, zawleczona tu przez Malajów, którzy nawiedzają te wybrzeża dla połowu trepangu. Jako lek używają tutaj gęstego białego soku pewnej rośliny, zwanéj goo-lou-wurrah, a należącej, jak się zdaje, do rodzaju euforbii. Złamanie kości leczą krajowcy bardzo zręcznie za pomocą obkładania korą drzewną, rozmiękczoną w moczu i obandażowania; na rany przykładają żywiczną matoryję z eukaliptu. Na ukąszenie przez węży bandażują miejsce ukąszone, a potem czynią bardzo głębokie cięcia dla wywołania silnego krwawienia. Nie było wypadku, ażeby który krajowiec zmarł od ukąszenia przez węży.

Wacław Natkowski.

134. **Czwarty kongres międzynarodowy higieniczny** (poprzednie miały miejsce w Brukselli, Paryżu i Turynie), odbędzie się w roku bieżącym w Genewie, w połączeniu z sekcją demografii i trwać będzie od 4 do 9 Września. Jednocześnie odbywać się będzie wystawa dzieł, wynalazków, planów i wszystkich przedmiotów, mających związek z higieną. Komitet przygotowawczy zaprasza wszystkich higienistów, jak również autorów, wynalazców i fabrykantów, chcących wziąć udział w wystawie, o wczesne zgłaszanie się pod adresem H. Cl. LOMBARDA, prezydującego w komitecie przygotowawczym.

kt.

Nekrologja. 11 Stycznia r. b. zmarł w Kolonii znakomity fizjolog Prof. Teodor SCHWANN, twórca nowożytnéj histologii, w 71-ym roku życia, w skutek apopleksyi. Urodzony w r. 1810 w Neuss pod Düsseldorfem, był od roku 1834 do 1839 asystentem Joh. MÜLLERA, następnie profesorem w Löwen, a później od 1848 r. w Liège. Badania swoje, stanowiące epokę dla histologii i fizjologii, ogłosił w r. 1839 p. t. „Mikroskopische Untersuchungen über die Uebereinstimmung in der Structur und dem Wachstum der Thiere und Pflanzen“.

Dnia 22 Grudnia r. z. umarł w Wiskitkach Andrzej Franciszek WENTZEL, lekarz b. wojsk polskich w 78 roku życia.

W Nicei zmarł Dr. FLAUBERT profesor chirurgii w Rouen.

W Paryżu umarł BRIERRE de BOISMONT, jedna z najdawniejszych znakomitości lekarskich, znany z prac swoich na polu anatomii, medycyny sądowej i psychiatryi.

Odpowiedź od Redakcyi. D-rowi Bronik: w Czerkas-sach. Żądane dzieło wystaliśmy pocztą.

Sprostowanie W Nr. 3 na str. 109, wiersz 27: zamiast: *niekiedy spadała na 600 lub 700 grm.*, powinno być: *gdy ilość moczu nie przechodziła 600 lub 700 grm.* Na téjże stronie, wiersz 32, zamiast: *moczanów*, powinno być: *mocznika.*

Wydawca:
Dr. Bauererz Adam.

Redaktor odpowiedzialny:
Dr. Kazimierz Fillpowlcz.