

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Anatomija i Fizjologija.

209. ROSWELL PARK. **Nowa metoda przygotowywania preparatów anatomicznych z zachowaniem ich giętkości.** On a new method of making anatomical preparations and preserving their flexibility. (*Annals of Anatomy and Surgery, March 1882 str. 120*).

Autor zaleca następującą metodę: Po dokładném odpreparowaniu i oczyszczeniu preparatu z tłuszczu (można też dni parę macerować w benzynie) pogrąża się preparat (dla zbielenia), w naczyniu kamiennem napełnioném wodą do której dodano 4 do 5 gramów chloranu potasu i 20 cent. sześć. stężonego kwasu solnego. Po 6—30 godzinach preparat wyjmuje się, obmywa i następnie pogrąża w następującęj mieszaninie:

cukru	2 części,
saletry	1 „
wysokoku metylowego	1 „
gliceryny	16 „

dodaje się do tego cokolwiek wody lub też zamiast cukru bierze się syrop w dobrym gatunku. W wysokoku można jeszcze rozpuścić cokolwiek tymolu. W roztworze tym preparat stosownie do wielkości pozostaje od 1—3 tygodni—następnie wyjmuje się go, obsusza i preparat już jest gotowym do pomieszczenia w gabinecie. Więzy i ścięgna zachowują zupełną jak za życia giętkość i nie tracą jej już nigdy. Metoda ta szczególnie nadaje się do preparowania stawów, chociaż i całe członki przygotowane tym sposobem wydały śliczne, giętkie zupełnie preparaty, szczególnie przydatne do demonstracyi.

Naczynia powinny być przedtém jeszcze nastrzyknięte mieszaniną z żelatyny i gliceryny na ciepło. Metodą tą można także przygotować preparaty anatomo-patologiczne.

Dinte.

210. SCHÜTZ. **O ruchach ludzkiego żołądka.** Über die motorische Function des menschlichen Magens. (*Prag. med. Woch. Nr. 12 i 13, 1882*).

Dotychczas nie mamy jeszcze dokładnego pojęcia o tém, w jaki sposób ruchy żołądka u człowieka się odbywają. Obecne nasze w tym przedmiocie wiadomości są przeważnie czerpane z doświadczeń nad zwierzętami, którym za życia rozcinano ścianę brzuszną w celu uwidocznienia żołądka. Rozumie się, iż zjawisk w ten sposób obserwowanych nie można uważać za ściśle fizjologiczne, gdyż mogły one być w najrozmaitszy sposób zmodyfikowane w skutek samęj wiwisekcyi, w skutek działania na obnażone trzewia zimnego i suchego powietrza.

Najdokładniejsze pojęcie o ruchowym mechanizmie ludzkiego żołądka możemy sobie wyrobić, obserwując osoby z cienką ścianą brzuszną, u których ruchy żołądkowe są widoczne na powierzchni brzucha.

SCHÜTZ obserwował dwie tego rodzaju osoby.

Jedna z nich, 67 letni mężczyzna, od 21 miesięcy chorujący na rozmaite dolegliwości żołądkowe, schudł do tego stopnia, iż ściana brzuszną stała się u niego nadzwyczaj cienką. Dolegliwości dyspeptyczne zależały u tego chorego od rozszerzenia żołądka. Przy szczegółowém badaniu brzucha autor przedewszystkiem zauważył bruzdę odpowiadającą linii wychodzącej ku dołowi ze środka chrząstki żebrowej (zapewne 7-mej lewej), bruzdę

dość głęboką, obejmującą całą wysokość żołądka. Od tej bruzdy rozchodziły się na lewo faliste ruchy (przeciwo-robaczkowe), znikające pod lewym łukiem żebrowym i natychmiast powracające napowrót na prawo, jako ruchy robaczkowe, które rozprzestrzeniały się po całej przedniej powierzchni żołądka, przy czém wyżej wzmiankowana bruzda na pewien czas znikala. Doszedłszy do odźwiernika, ruchy robaczkowe przyjmowały kierunek odwrotny, stawały się przeciwo-robaczkowemi i skoro tylko, jako takie, rozprzestrzeniły się na całą część odźwierniczą, wnet powstawała bruzda, będąca punktem wyjścia dalszych ruchów przeciwo-robaczkowych. W ten sposób cały akt ruchowy żołądka składał się z następujących pojedynczych ruchów, które najzupełniej rytmicznie jedno po drugich następowały:

a) występowanie bruzdy na lewej granicy części odźwierniczej,

b) ruchy przeciwo-robaczkowe lewej części żołądka i natychmiast zjawiające się w przeciwnym kierunku ruchy robaczkowe,

c) znikanie bruzdy,

d) ruchy robaczkowe części odźwierniczej, po których następowały ruchy przeciwo-robaczkowe tejże części i powstawanie bruzdy, od której zaczynał się nowy akt ruchowy. Ilość takich całkowitych ruchów żołądka wynosiła od 10—12 na minutę.

Drugą osobą przez autora obserwowaną był 58 letni mężczyzna, chorujący od dzieciństwa na rozmaite dolegliwości żołądkowe. Od 20 lat dość często występują bóle kardyjalgiczne. Podczas jednego z takich napadów autor widział a raczej ręką wyczuwał zjawisko następujące: w części odźwierniczej występował skurcz tetaniczny, jednocześnie wyczuwała się na granicy części odźwierniczej bruzda, przy czém część wpustowa (lewa) żołądka była nieskurczoną. Po skurczu części odźwierniczej, trwającym 2—3 minut, następował począwszy od bruzdy (skurcz prze-

ciwo-robaczkowy) części wpustowej trwający również 2—3 minut, a część odźwiernicza rozkurczała się. Po takim jednym akcie ruchowym następował drugi, albo też napad zupełnie ustawał. Przez bardzo wiele dni autor wraz z innymi lekarzami chorego obserwował i przekonał się, iż napad zawsze w jeden i ten sam sposób występuje. I w tym więc przypadku było widoczném, że przy skurczu żołądka występuje bruzda, że bruzda ta powstaje na granicy części odźwierniczej i że istnieją ruchy przeciwo-robaczkowe żołądka. W obu przypadkach wyżej opisane ruchy powstawały zarówno przy napełnionym jak i przy próżnym żołądku. Jakkolwiek dwie powyższe obserwacje były czynione nad osobami choremi, jednak autor uważa sposób występowania obserwowanych zjawisk za zupełnie fizjologiczny i w ten sposób tłómaczy znaczenie każdego pojedynczego ruchu wchodzącego w skład ruchowego mechanizmu żołądka:

a) bruzda ma dwojakie przeznaczenie, raz jako punkt oparcia dla przeciwo-robaczkowych ruchów części wpustowej i powtórę jako przegroda nie pozwalająca miazdze znajdującej się w części odźwierniczej przejść napowrót do części wpustowej. Przy ruchach robaczkowych części wpustowej bruzda czyli przegroda niknie, aby dalsze porcje pokarmu mogły wejść do części odźwierniczej;

b) ruchy wykonywane w obu kierunkach przez część wpustową, służą do dokładnego zmieszania pokarmu z sokiem żołądkowym i do rozcierania cząstek tego pokarmu. Ruchy robaczkowe tej części wprowadzają miazgę do części odźwierniczej;

c) w skutek ruchów robaczkowych części odźwierniczej, najbardziej strawiona część miazgi przechodzi do dwunastnicy, pozostała zaś część miazgi w skutek ruchów przeciwo-robaczkowych bardziej się jeszcze z sokiem żołądkowym miesza, po czém również przez skurcz robaczkowy zostaje do dwunastnicy wepchniętą.

Przypisek sprawozdawcy. Aby uwydatnić ważne znaczenie powyższego artykułu, sprawozdawca pozwoli sobie pokrótce przytoczyć obecne pojęcia o mechanizmie ruchowym żołądka. SCHWARTZ jak również i MAGENDIE, którzy badali ruchy żołądka na żywych z rozciętą przednią ścianą brzuszną zwierząt, doszli do następujących wniosków: żołądek porusza się peryjodycznie, przestanki odpowiadają chwilom, w których organ ten jest próżny; ruchy obserwuje się tylko w prawej połowie żołądka, idą one od odźwiernika ku środkowi żołądka, a ztąd znowu wracają ku odźwiernikowi (robaczkowe i przeciwrabczkowe). BEAUMONT badał ruchy żołądka na kanadyjczyku z fistułą żołądkową i przekonał się że kęs pokarmowy od wpustu idzie najpierw do dna żołądka, następnie porusza się po wielkiej krzywiznie ku odźwiernikowi (ruch robaczkowy), ztąd w kierunku małej krzywizny idzie ku wpustowi (ruch przeciwrabczkowy) i t. d. SCHIFF robił doświadczenia na zwierzętach z możliwymi ostrożnościami. Wyniki tych doświadczeń są następujące: na czczo żołądek się wcale nie porusza albo nadzwyczaj słabo, w początkach trawienia ruchy są słabe, dopiero w 2—3 godz. od początku trawienia znacznie się wzmagają; żołądek po napełnieniu pokarmem nie obraca się w koło osi podłużnej; część prawa żołądka wykonywa najważniejsze ruchy, które zaczynają się od górnej części dwunastnicy, idą do środka żołądka, tutaj się nieco zatrzymują i powracają назад (robaczkowe i przeciwrabczkowe). Część lewa żołądka wykonywa ruchy tylko robaczkowe. Wpust z dolną częścią przełyku wykonywa ruchy robaczkowe i przeciwrabczkowe.

LEVEN robiąc również doświadczenia na zwierzętach przyszedł do tych samych wyników co i SCHIFF; przekonał się nadto tylko że część (odźwiernicza) wykonywająca podwójne ruchy jest bardzo mała. MAYER widział u zwierząt wiwiskowanych, prócz ruchów robaczkowych i przeciwrabczkowych, bruzdę tworzącą się na środku pomiędzy odźwiernikiem i wpustem, wydatniejszą na przedniej niż na tylnej powierzchni żołądka. KUSSMAUL u chorych z cienką ścianą brucha obserwował tylko robaczkowe ruchy żołądka.

M. Rejchman.

II. Dyjetetyka, Farmakologija i Toksykologija.

211. Prof. P. L. DUNANT. **Amerykańskie mięso i włośnie.** Les viandes américaines et les trichines. (*Revue Médicale de la Suisse Romande.* Nr. 3, 15 Mar. 1882.)

Od czasu kiedy w roku 1876 profesor PERRONCITO z Turynu, a za nim inni, odkrył włośnie w mięsie sprowadzanem z Ameryki, podniesioną została kwestyja mogącego wypłynąć z użytku takiego mięsa niebezpieczeństwa.

Austria, Hiszpanija, Francyja, Włochy, Turcyja, które otrzymywały rocznie około 75 milionów kilogrammów mięsa z Ameryki, zabroniły w ciągu ostatnich lat wywozu takowego z mniejszemi lub większemi wyjątkami.

W Niemczech, Anglii, Belgii, Danii, Hollandyi, Szwecyi i Norwegii używają go dotąd, a roczny przywóz dochodzi w tych krajach do 300 milionów kilom. W Szwajcaryi, która zużywa także sporą ilość amerykańskiego mięsa, chociaż nie dostaje go z pierwszej ręki, dowóz takowego nie został wzbroniony, ani też nie przedsięwzięto środków zaradczych, ponieważ dotąd nie zauważono ani jednego wypadku włośnicy z jego powodu.

Ilość mięsa sprowadzanego z Ameryki jest w samej rzeczy ogromną: w jednym roku wysłano do Europy około 1,350 milionów kilogrammów wieprzowego mięsa. Z 55,008 szynek amerykańskich, badanych w Hamburgu, jeden procent zawierał włośnie.

W Marsylii prof. LIVON znalazł je tylko w trzech sztukach na dziesięć tysięcy, przytém ilość włośni była bardzo nieznaczna.

W Niemczech istnieje cała armija (18,000) inspektorów lekarskich badających szczegółowo każde mięso. Ze spostrzeżeń ich widać, że w mięsie osobników trzody chlewniej zrodzonej w kraju, włośnie zdarzają się raz na 2,100 sztuk. W niektórych częściach państwa stosunek ten daleko jest większy: w Poznańskim 1 na 117, w okręgu Marienwerder 1—700, w Berlinie 1 na 1,324. Pewniej niż zakaz wwozu i rewizyje lekarskie chroni od włośnicy odpowiednie przygotowanie mięsa. Prof. PERRONCITO przekonał się, że po dwugodzinnem gotowaniu szynki, ważą-

cją około 6 kilometrów, środkowe jej części ogrzewają się do 67° C., gdy tymczasem już 50° C. wystarcza do zupełnego zniszczenia włośni.

VALLIN, prof. higieny w Val de Grâce w Paryżu, utrzymuje, że dopiero przy 70° C. można być pewnym skutku, wymaga więc przedłużenia gotowania do trzech godzin. Autor ten radzi uczynić odpowiednie ogłoszenia na wszystkich rynkach dla wiadomości rzeźników i konsumentów.

Niedawno Dr. MÉGNIN zwrócił uwagę na małe otorbione glisty, znajdujące niekiedy w tkankach pewnych zwierząt, które można wziąć za włośnię. Tak naprzykład widziano je w błonie brzusznej niektórych małych ssących, w trzewiach glisty ziemnej, w mięsie kreta, jeża, w mięśniach uda kury. Glisty te jednak, różniące się zresztą od włośni, nie ściągnęły dotąd na siebie żadnego podejrzenia. Prawdziwa *trichina spiralis* dotychczas spostrzegana była tylko w mięśniach świń, szczurów i kotów. Odmienny jakiś rodzaj włośni spostrzegano u ptaków. I tak w 1878 r. zachorowało w Thionville na włośnicę kilku żołnierzy po zjedzeniu gęsiego mięsa; paru z nich nawet zmarło. Doświadczenia pokazują, że po zjedzeniu przez ptaki mięsa, zawierającego rzeczywiście otorbione włośnię, takowe prędko oswabadzają się, spółkują, lecz najczęściej samice zostają wyrzucone z kanału pokarmowego przed urodzeniem młodych, w ostatnim razie młode również zostają wydalone na zewnątrz. Podług MÉGNIN'A nigdy nie zauważono włośni w mięśniach ptaków.

O. Hewelke.

212. Dr. CERVELLO. **O działającym składniku Gorzykwiatu wiosennego.** Ueber den wirksamen Bestandtheil der Adonis vernalis. (*Archiv für experiment. Pathologie u. Pharmakologie XV Bd.*)

Dr. BUBNOW pierwszy zwrócił uwagę na kliniczne i fizjologiczne własności Gorzykwiatu wiosennego, rośliny należącej do rodziny Jaskrowatych i stwierdził

licznymi doświadczeniami, iż działając podobnie jak naparstnica, nie powoduje skutków zbiorowych (*cumulative Wirkung*).

Autor zajął się chemicznymi własnościami tej rośliny i znalazł jedyny działający pierwiastek—*Adonidin*, należący do glukosydów. *Adonidin* otrzymuje się w następujący sposób: roślinę, pokrajaną w drobne kawałki, należy przez dwa dni moczyć w 50-cio procentowym wysokoku; osad, otrzymany przez dodanie octanu ołowiowego zasadowego, oddzielić i ciecz przesączoną odparować w łaźni parowej do konsystencji syropu, który oddziaływa kwaśno i posiada smak gorzki. Do płynu zobojętnionego za pomocą kilku kropel amonii gryzącej, dodaje się skoncentrowany roztwór kwasu garbnikowego dopóki tworzy się osad; z osadu strąconego (*garbnikan adonidinu*) otrzymuje się czysty *adonidin* przez dodanie niedokwasu cynku i kilkakrotne powolne odparowanie w łaźni parowej z wysokiem i następnie eterem.

Adonidin otrzymany w ten sposób jest pierwiastkiem bezazotowym, przedstawia się jako ciało bezpostaciowe, bez barwy i zapachu, nadzwyczaj gorzkie; łatwo się rozpuszcza w wysokoku, trudniej w wodzie i eterze, przez ogrzanie z kwasami wydaje cukier.

Działanie na serce żaby. Po wstrzyknięciu *adonidinu* następują silniejsze skurcze serca, częstość uderzeń się zmniejsza, później powstaje nieregularność rytmu. Najcharakterystyczniejsze zjawisko przedstawiają tak zwane ruchy robaczkowe (*perystaltyczne*), które poprzedzają zupełne ustanie ruchów serca w stanie silnego skurczu. Najprzód ustają ruchy komórek, później—przedsionków. Ze znanych dotychczas Glukosydów, należących do grupy *digitalinu*, najsilniej działa *digitoksin*, który u żaby jadalnej w dawce 1—1½ mgrm. wywołuje ustanie ruchów serca. *Adonidin* wywiera też samo działanie w dawce 0,1—0,15 mgrm.

Działanie na mięśnie poprzecznie prążkowane. *Digitalin* i *digitoksin* w dawkach trujących zmniejszają lub znoszą pobudliwość mięśniową, co się stwierdza przez drażnienie prądem indukcyjnym, na działanie którego zatrute mięśnie nie oddziałują wcale, lub tylko w małym stopniu. W doświadczeniach z *adonidinem*, wykonanych na przyrządzie ROSENTHAL'A, autor stwierdził znaczne osłabienie siły mięśniowej, tak że w pół godziny po wstrzyknięciu *adonidinu* siła pracy zmniejszyła się o połowę.

Wpływ na ciśnienie boczne krwi. *Adonidin* równie jak *digitalin* i inne w podobny sposób działające glukosydy, zwiększa ciśnienie boczne krwi.

Ciśnienie krwi po wstrzyknięciu *adonidinu* zwiększa się u zwierząt znajdujących się w stanie normalnym, jako też w przypadkach, gdzie było poprzednio zmniejszenie ciśnienia, wywołane narcozą.

Na podstawie powyżej przytoczonych wyników doświadczeń, autor uważa *adonidin* za środek podobnie działający jak *digitalin*, który przedstawia tę wyższość nad ostatnim, iż nie wywołuje skutków zbiorowych, a w skutek tego może być przez dłuższy czas używanym bez szkody dla organizmu. *Stiche.*

213. Dr. LINGEN. **Zatrucie chloranem potasu.** Vergiftung durch Kali chloricum. (*St.-Petersb. Medicin. Wochenschr.* 1882, Nr. 10).

Student górniczego instytutu, 18 letni młodzieniec, nagle bez widocznej przyczyny zaczął wymiotować, wkrótce pojawiło się rozwolnienie, znaczny upadek sił, sinica twarzy i kończyń, tętno zaledwie wyczuwalne. Dowiedziano się, że chory 4 dni temu pracował w laboratorium chemicznym nad analizą minerału, zawierającego arsenik, na 2-gi dzień pojawiły się wymioty, nieznaczny ból głowy, zresztą czuł się dobrze; 5-go dnia z powodu bólu gardła płukał tako-

we rozczyne chloranu potasu, poczem wkrótce nastąpiły wyżej opisane objawy. Ordynujący lekarz sądził, że ma do czynienia z zatruciem arsenikiem, z czem jednak L. się nie zgadza, gdyż chory w laboratorium pracował z wszelką ostrożnością, żaden z kolegów, pracujących w tychże warunkach nie zachorował, nakoniec groźne objawy zatrucia wystąpiły dopiero 5 dnia. Wymioty, jakie pojawiły się 2 dnia, powstały zapewne w skutek użycia piwa i wina podczas uczy z kolegami. Zatrucie zaś, zdaniem autora, wywołanem zostało nadużyciem chloranu potasu: chory używał bardzo stężonego rozczyne (2 łyżki na szklankę wody) i cały dzień płukał takowym gardło, trzymając przez długi czas całą ilość rozczyne wziętą do ust, poczem część takowego połykał, część zaś wypluwał. Takich szklanek chory zużył 6—10 w ciągu kilkunastu godzin, dosypując za każdym razem sporą ilość soli do pozostałej w szklance w stanie nierozpuszczonym. W ciągu następnych dni do objawów wyżej przytoczonych dołączyły się bóle w okolicy wątroby, żołądka i nerek, mocz oddany w bardzo niewielkiej ilości, zawierał sporą ilość białka, czerwone i białe ciała krwi w stanie rozpadu, cylindry i niewielką ilość komórek nabłonkowych. Stan ogólny chorego coraz bardziej się pogorszał i nakoniec nastąpiła śmierć przy objawach znacznego upadku sił.

Przypadki zatrucia chloranem potasu w ostatnich czasach bardzo często widzieć się dają. MARCHAND spostrzegał objawy zatrucia u dzieci po użyciu soli wewnątrz w ilości 10—25 grm. w przeciągu 24—36 godzin. Przy sekcji znajdował on brunatne, czekoladowe zabarwienie krwi, nerki powiększone, kanaliki moczowe wypełnione brunatnemi, ziarnistemi cylindrami, składającymi się z rozpadłych ciałek krwi. Ponieważ w naszym przypadku sekcji przedsięwziąć nie było można, autor powyższych zjawisk

stwierdzić nie mógł, sądzi zaś, że znaczna sinica, słabe uderzenia serca, spowodowane zostały przez zmiany we krwi i przeszkody w krążeniu, zmiany zaś spostrzegane przez M. w samych nerkach, autor zauważył w wydzielinie takowych (rozpadłe ciała krwi, cylindry). KÜSTER podawał wewnątrz chloran potasu przy dyfterycie małym dzieciom do 10 grm. dziennie przez kilka dni z rzędu (30—40 grm.) nie wywołując zatrucia. Przypadki zatrucia opisują także EDLEFSEN i BILLROTH po zastosowaniu chloranu potasu przy nieżyście pęcherza moczowego. Autor podaje chloran potasu przy *anginam*, *stomatitis* i *diphtheritis* w ilości 3 j—3 jj na funt wody do płukania, przy nieżyście zaś pęcherza moczowego wewnątrz 3 β—3 j dziennie z dobrym skutkiem.

L. Krause.

III. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

214. COULBAULT. **Zmiany w rogu Ammona przy padaczce.** Des Lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie. (Paris 1881. 8^o stron. 64. Cena 1 marka).

Wiadomo od dawna, że przy padaczce istnieją pewne zboczenia w rogu Ammona. Te zboczenia bywają rozmaite: stwardnienie z zanikiem lub bez takowego, rzadziej rozmiękczenie lub guzy. Zadaniem rozprawy jest wykazanie, że te zboczenia często występują w jednym lub w obu rogach, i że wpływają na rozwój choroby, a nie są następstwem padaczki jak to MEYNERT mniema.

BOUCHET i CAREANVIELH (1825) byli pierwszymi, którzy zwrócili uwagę na związek zmian w rogu Ammona z padaczką. Następnie BERGMANN, FOVILLE, po części HOFFMANN a w końcu także CHARCOT i SOMMER uważają zmiany w rogach Ammona za przyczynę téj choroby.

Autor kreśli szczegółowo anatomiję i fizyologiję rogu Ammona na podstawie

dotychczasowych badań, poczem podaje własne i z literatury zebrane 93 przypadki padaczki wraz z opisem badań pośmiertnych, a następnie zastanawia się nad częstotnością zmian w rogu, które ocenia na 14^o/_o MEYNERT, HELLER, OTTO podają 100^o/_o, (SNELL 3—4^o/_o, SOMMER 10^o/_o, HEMKES 17^o/_o, PFLEGER 45^o/_o). Według SOMMERA te zmiany w 30 przypadkach znajdują się w rogu prawym, w 37 w lewym a w 39 przypadkach w obu rogach.

Ostatecznie wyciąga autor ze swéj pracy następujące wnioski:

1. W niektórych przypadkach padaczki znajdują się zmiany w jednym lub w obu rogach Ammona.

2. Te zmiany są rozmaite. Najczęściej występuje skleroza z zanikiem lub bez takowego, rzadziej rozmiękczenie lub guzy różnej przyrody.

3. Zmiany w rogu Ammona są częste przy padaczce.

4. Ze spostrzeżeń wynika, że tym zmianom towarzyszą rozmaite zboczenia w nerwach czuciowych.

5. Zmiany w rogu Ammona są przyczyną a nie skutkiem padaczki.

6. Histologiczne zmiany, zdaje się, że głównie polegają na przeroście tkanki łącznej i zaniku komórek piramidalnych.

Skórczewski.

215. ALBERTONI. **Poszukiwania nad działaniem niektórych leków na pobudliwość mózgu oraz przyczynę do terapii padaczki.** Untersuchungen über die Wirkung einiger Arzneimittel auf die Erregbarkeit des Grosshirns nebst Beiträgen zur Therapie der Epilepsie. (Archiv für experim. Pathologie u. Pharmakologie XV Bd.).

Autor przeprowadził na psach i małpach cały szereg zajmujących doświadczeń, mających na celu wykazanie zmian, zachodzących w pobudliwości istoty korowej mózgu pod wpływem niektórych środków leczniczych, a zarazem dla rozświetlenia niektórych ważnych pytań, odnoszących się do leczenia padaczki.

Pierwszy HITZIG zajmował się po części tą kwestyją. Ponieważ przy swych doświadczeniach na zwierzętach, HITZIG znieczulał je za pomocą eteru i morfiny, przeto musiał się zajmować, aczkolwiek nie bezpośrednio wpływem tych środków na pobudliwość mózgową. Następnie FERRIER badał wpływ chloroformu; autor zaś zajmuje się w obecnej pracy wpływem bromku potasu, atropiny i cinchonidyny na pobudliwość mózgową.

Postępowanie autora przy tych doświadczeniach było następujące: Wiadomo, że drażnienie umiarkowanym strumieniem elektrycznym tak zwaną przez HITZIGA *pobudliwą strefę* (erregbare Zone) kory mózgowej wywołuje napad epileptyczny. Otóż autor posługiwał się tym zjawiskiem w celu zbadania, czy przez podawanie powyższych środków, występowanie owych napadów zostaje ułatwione lub utrudnione. W tym celu A. przedewszystkiem za pomocą trepanu odsłaniał ośrodek ruchowy (*regio cruciata* HITZIGA) po jednej stronie czaszki; następnie daną strefę drażnił strumieniem indukcyjnym i oznaczał minimum siły strumienia, pod wpływem którego napad epileptyczny nastąpił. Zaraz potem rana została połączona (zagojenie zwykle szybko następowało) i przez pewien czas, dłuższy lub krótszy, autor dawał zwierzęciu jeden z powyższych środków. Gdy już wystąpiły wyraźne oznaki nasycenia organizmu, A. odsłaniał ośrodek ruchowy po drugiej stronie czaszki, który znowu drażnił strumieniem indukcyjnym. Z siły strumienia, który musiał być użytym dla wywołania danego efektu, wnosił, czy dany lek podnosi lub zniża *pobudliwość kory mózgowej*: Doświadczenia te wykazały, że:

1. *Bromek potasu* jest najdzielniejszym środkiem przeciwpadaczkowym. Po dłuższym podawaniu bromku potasu, dla wywołania napadu epileptycznego u psa przez drażnienie strumieniem elektrycznym *regionis cruciatae* ¹⁾, siła tegoż musi być znacznie większą, aniżeli przed podawaniem

tego środka. Bardzo zaś często pobudliwość do tego stopnia zostaje zmniejszoną, że wcale nie występuje napad epileptyczny, a tylko kurcze oddzielnych mięśni. Pobudliwość mózgową wraca stopniowo po usunięciu bromku potasu.

2. *Atropina*, silnie podnieca pobudliwość mózgową. Doświadczenia, w powyżej opisany sposób robione na psach i małpach okazały, że po dłuższym stosowaniu atropiny (najczęściej podskórnym), pobudliwość tak bardzo zostaje wzmożoną, że już słabe strumienie wywołują najsilniejsze napady epileptyczne. Autor przytém robi uwagę, że działanie atropiny będzie tém słabsze, im zwierzę jest młodsze. To samo zjawisko opisują FULLER i FURGHARSON u ludzi: dzieci daleko lepiej znoszą nalewkę wilczej jagody (*tinctur. Belladonnae*, aniżeli dorośli, u których $\frac{1}{3}$ część dawki znoszonej przez dziecko jest już w stanie wywołać pierwsze objawy zatrucia. Autor tłumaczy to zjawisko mniejszą pobudliwością i słabszym stopniem rozwoju mózgu w wieku młodym.

Doświadczenia z atropiną pokazały dalej, że średnie dawki atropiny zwężają naczynia wewnątrz mózgowe, a rozszerzają skórne.

Na zasadzie tych doświadczeń, autor nie wierzy w skuteczność atropiny przy padaczce, a nawet sądzi, że jest ona szkodliwą. Zresztą liczne obserwacje kliniczne, głównie BROCCA w Medyolanie, stwierdzają fakt, że atropina podawana epileptykom, nie tylko nie wstrzymuje napadów epileptycznych, ale nawet bardzo często wzmacnia ilość takowych.

Zdaniem autora, ci klinicyści, którzy przemawiali za leczeniem padaczki atropiną, podawali opisy bez ścisłej i dokładnej obserwacji. Epileptycy, którzy przy le-

¹⁾ Najbardziej czułym miejscem tej okolicy jest obręb nerwu twarzowego i kończyn przednich, t. j. przednia część drugiego zewnętrznego zawoju czyli t. z. *gyrus suprasylvicus* dla n. twarzowego u psa i *gyrus sigmoideus* dla kończyn przednich.

czeniu atropiną nie mieli żadnego napadu w ciągu jednego lub dwóch miesięcy, nieprzedstawiają jeszcze dowodu przemawiającego za skutecznością tego środka, wiadomo bowiem, że uporczywa nawet epilepsja bardzo często, bez żadnej widocznej przyczyny, może się przez czas dosyć długi wcale nie objawiać.

W niektórych jednak razach, atropina w istocie mogłaby oddać pewne usługi przy leczeniu padaczki. Ma to mianowicie miejsce w przypadkach, w których epilepsja powstała u dzieci skutkiem silnego psychicznego wrażenia np. strachu, ponieważ zdaniem autora, zaciera ona w mózgu zbyt żywe wrażenia (?) Gdyby jednak pomimo wysokich dawek nie osiągnięto dobrego wyniku, należy zaniechać użycia atropiny.

Oprócz tego, atropina może być użyteczną w padaczce powstałej skutkiem czynnych napływów lub biernych zastojów w jamie czaszkowej. Ponieważ środek ten zwęża naczynia wewnątrz-czaszkowe, przeto w tych razach wypełniłby wskazanie przyczynowe. Jednak i w tych razach A. nie radzi używać atropiny, a raczej woli uciec się do innych środków, które bez podwyższenia pobudliwości mózgowej, również jednak dobrze mogą za sobą pociągnąć zwężenie naczyń mózgowych.

3. *Cinchonidyna* należy do środków silnie mózg pobudzających. Obserwacje, przeprowadzone w szpitalu Sieneńskim, przez autora razem z PALMERINIM, nad chorymi, dotkniętymi zastarzałą idiopatyczną epilepsją przekonały, że cinchonidyna podawana tym chorym wewnątrznie w ilości $\frac{1}{2}$ —1 gramma dziennie, znacznie zwiększa ilość napadów: Chory, który przed używaniem cinchonidyny, w przeciągu 58 dni, miał 8 napadów, podczas użycia takowej w przeciągu 31 dni miał 24 napadów; inny znów chory bez cinchonidyny w ciągu 14 dni ani jednego napadu, przy cinchonidynie w ciągu 47 dni 13 napadów.

Również i BROWN-SÉQUARD utrzymuje, że kory chinowe szkodzą epileptykom.

Doświadczenia na zwierzętach także przekonały, że cinchonidina przez pobudzenie ośrodków nerwowych jest w stanie wywołać silne napady epileptyczne.

Na zasadzie powyższego, ALBERTONI sądzi, że cinchonidina jak również i inne działające składniki kory chinowej, powinny być przy padaczce przeciwwskazane, jako środki zbyt mózg pobudzające.

H. Goldblum.

216. ALFRED FOURNIER. **Bezład ruchowy przymiotowy.** De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. (*Annales de Dermatologie et de Syph.* 1882, Nr. 1, 2).

Cyfry dowiodły niewątpliwie, że znaczna, bardzo znaczna ilość tabetyków przechodziła przymiot; cyfry jednak te, przez różnych badaczy podane, znacznie się między sobą różnią. Że syfilidologowie podali najwyższy procent przymiotu u tabetyków (80^o/_o, 90^o/_o i więcej), nic to dziwnego, gdyż właśnie poczuwający się do przymiotu tabetycy, udawali się przeważnie do syfilidologów. Góły fakt jest w każdym razie niezbitym i nikt nie myśli już podawać go w wątpliwość. Idzie tylko o to, czy wiąd rdzenia jest, czy nie jest specyficznym objawem przymiotu. Przeciwnicy stawiają następujące zarzuty: Wiąd rdzenia nie jest objawem przymiotu, gdyż:

1. *Tabes syphilitica* nie posiada własnych, specjalnych objawów.

2. Nie posiada specjalnych zmian anatomicznych.

3. *Tabes* jest cierpieniem systematycznym (System-Erkrankung) — przymiot nie wytwarza podobnych cierpień.

4) Leczenie przeciw przymiotowe jest bezskuteczne.

5) Współistnienie wiądu i przymiotu — to przypadkowy zbieg okoliczności.

Zarzuty te można odeprzeć bardzo łatwo:

1) *Tabes syphilitica nie posiada specjalnych objawów.* Rzeczywiście ich nie posiada. Ale czyż *paraplegia*, albo *hemiplegia* niewątpliwie przymiotowa, posiada specjalne objawy, różniące ją od nieprzymiotowej? Czyż posiada je cały przymiot mózgu, albo *cirrhosis hepatis syph.*, albo *nephritis syph.*? Proste rozumowanie wyjaśni, jak nielogicznym jest żądanie specjalnych objawów. Mamy do czynienia ze zmianą anatomiczną organu—klinicznym jej objawem jest zniesienie lub osłabienie fizjologicznej funkcji tegoż organu. Przyczyną zmiany anatomicznej może być przymiot, lub co innego—objawem będzie zawsze zniesienie jednej i tej samej fizjologicznej funkcji. Jest to stara historia z zegarkiem: czy między kółka wpadnie ziarnko piasku, czy włos, zegarek objawia zawsze w jeden sposób naruszenie funkcji—przestaje chodzić.

2) *Tabes syph. nie posiada specjalnych zmian anatomicznych.* Prawda. Ale czym są zmiany w trzeciorzędnym przymiocie? Jest to rozrost komórkowy prowadzący ostatecznie do *sklerozy*, lub do guzów przymiotowych (*gumma*). *Gumma*, jeśli niehistologicznie, to klinicznie przynajmniej, jest typowym objawem przymiotu, ale skleroza—bynajmniej. W patologii, skleroza jest objawem tak pospolitym, jak zapalenie, wcale nie specyficznym. Przy przymiocie ośrodków nerwowych, rzadko spotykamy *gummata*, najczęściej, prawie wyłącznie sklerozę—sklerozę opon, substancji mózgowej, tętnic. Nie żądamy specjalnych zmian przy paraplegii, hemiplegii przymiotowej, a dziwimy się, gdy *tabes syph.* ich nie posiada.

3) *Tabes jest cierpieniem systematycznym (System-Erkrankung)—przymiot zaś nie wytwarza podobnych cierpień.*

I na ten zarzut łatwo odpowiedzieć. Pomijawszy już, że i przymiot może zająć cały system tkanek, choćby limfatyczny, zapytajmy, czy rzeczywiście zmiany wiaǳu rdzenia stale i wyłącznie umiejscowione są w tylnych pęczkach. Bynajmniej.

Bardzo często przy wiaǳie spotykamy zmiany w odpowiedniej tylnym pęczkom części *opon rdzeniowych*. Często zmiany, nie ograniczając się do tylnych pęczków, przechodzą i na tylne rogi, na pęczki boczne, nawet na przednie rogi (*tabes z zanikiem mięśniowym*). Nie zapomnijmy o tak częstych przy *tabes* porażeniach nerwów czaszkowych, epilepsyi, hemiplegii, afazyi, zбочzeniach umysłowych, i t. d., i t. d. Czyż to jest cierpienie systematyczne? Oczywiście *myelitis sclerosa posterior* daje najważniejsze objawy kliniczne wiaǳu, ale nie stanowi jeszcze wiaǳu rdzenia.

4) *Leczenie przeciwprzymiotowe wiaǳu jest bez korzyści.* W każdym razie z niewielką korzyścią—na to się zgodzić można, lecz nie zapominajmy, że leczenie bywa naznaczone w późnych okresach choroby, gdy już niewątpliwie objawy wiaǳu trwają od lat kilku—a objawy te poprzedza długi okres utajenia. Mamy już wtedy do czynienia z faktem spełnionym—z zanikiem substancji rdzeniowej. Czyż mamy prawo od leczenia jakiegokolwiek, specyficznego lub nie, żądać regeneracji zanikłej tkanki i poprawienia tego, czego już nie ma?

Leczenie dla tego jest mało skutecznym, że pierwszy wyraźny objaw wiaǳu rdzenia—to oznaka już dawno i skrycie nurtującej choroby. Niedawno, dwa wypadki obdukcji u CHARCOT'A i jeden u DEBOVE'A wykazały dosyć rozwiniętą *myelitidem sclerosam posteriorem* u chorych, którzy za życia nie mieli jeszcze żadnych objawów bezładu ruchowego.

5) *Tabes u syfilityka—to zbieg przypadkowy dwóch chorób.* Przymiot jest tak częsty, mówią przeciwnicy, że nie możemy się dziwić znajdując go w anamnezie każdej, jakiegokolwiek choroby.—Zarzut ten łatwo zbić. Weźmy pierwszą lepszą sprawę chorobną, choćby *bronchitis*—czy znajdziemy w anamnezie 80% wypadków przymiotu. Rzeczą jest zbytęczną dłużej się nad tęp rozwodzić. Inni przypuszczają, że przymiot jest *causa praedisponens* dla

wiądu rdzenia. Ale dlaczegoż nie przypuszczamy tegoż samego i dla przymiotu mózgu—moglibyśmy to z równą uczynić słusnością. Miałoby to jeszcze jakiś cień racyi, gdyby wiąd występował po ciężkich, głęboko wyniszczających organizm formach przymiotu—ale dzieje się wprost przeciwnie, wiąd rdzenia występuje po bardzo łagodnych wtórnych objawach.

Przechodzimy teraz do argumentów na korzyść przymiotowej genezy wiądu rdzenia.

1) *Niezmierna, uderzająca częstość poprzedzających objawów przymiotu u tabetyków.*

2) *Rozwój wiądu wyłącznie w trzeciorzędnym okresie przymiotu.* I tak, z 85 wypadków wiądu u syfilytów, w 81 wiąd zjawiał się po 4-tym roku trwania przymiotu, w 3-ch tylko—w 3-cim roku przymiotu, w jednym—w końcu 2-go roku. Jest to potężny argument na korzyść przymiotowej genezy wiądu. Dlaczegoż wiąd nie zjawia się z równą częstością w epoce wtórnych objawów, albo szankra?

3) *Wpływ leczenia specyficznego.* Leczenie specyficzne wstrzymuje niewątpliwie dalszy bieg sprawy chorobowej, a niezrządkiem polepsza nawet stan obecny, i usuwa pewne objawy. Nie ma wreszcie leczenia, któreby w skutkach wyrównywało specyficznemu—*jodek potasu* ogólnie jest uważany za najskuteczniejszy środek przy wiądzie [?].

4) *Współczesność bezładu i pewnych bardzo częstych objawów przymiotu.* Przy wiądzie bardzo są częste porażenia nerwów czaszkowych—przy przymiocie również. Z tych, przy wiądzie najczęściej porażony bywa nerw wzrokowy i pary okoruchowe, zwłaszcza *oculomotorius communis*—również przy przymiocie. Toż samo powiemy o objawach mózgowych, jak hemiplegija, padaczka, afazja, zboczenie umysłowe, zwłaszcza *hebetudo progressiva*. Cóż wreszcie powiedzieć o tak częstym zbiegu wiądu z *paralysis generalis progressiva*, której bardzo częsta przymiotowa geneza jest dobrze znaną.

5) *Współczesność wiądu i niewątpliwych objawów przymiotu.* I tak, w jednym wypadku były *exostoses tibiae*, w drugim, *syphilis serpiginea capillitii*, w trzecim—*syph. gummosa testis*, w czwartym—*exostosis cranii*, i t. d., i t. d. Oto argumenta na korzyść przymiotowego pochodzenia wiądu. Co do wniosków praktycznych, te są następujące: W każdym wypadku wiądu rdzenia należy poszukiwać przymiotu, (badanie organów, anamneza). Jeśli przymiot jest niewątpliwym (w danej chwili, lub w przeszłości), naznaczamy energiczne leczenie przeciwprzymiotowe.

Toż samo czynimy nawet wtedy, gdy zamiast pewności, mamy silne podejrzenie przymiotu. Wreszcie ostatnia, najważniejsza wskazówka: leczyć energicznie i długo każdy przymiot, nawet o bardzo łagodnych objawach, wiedząc, co zagraża choremu w przyszłości. Niewątpliwą bowiem jest rzeczą, że wiąd jest następstwem zaniedbanego, niedostatecznie leczonego przymiotu. *Funk.*

217. Prof. ZDEKAUER. **Przypadek nosacizny u człowieka.** Ein Fall von Malleus am Menschen. (*St.-Petersb. Medicin. Wochenschr.* 1882. Nr. 10).

Chora, 46 letnia osoba, bardzo zamożna, żyjąca w warunkach higienicznych nader szczęśliwych, dotychczas zupełnie zdrowa, przed 10 dniami zapadła na ostry gościec stawów napięstkowego i łokciowego ręki lewej z obrzmieniem i zaczerwienieniem skóry i silną gorączką. Badanie dróg oddechowych oraz organów brzusznych nie wykazało nic nienormalnego, śledziona *wcale* nie powiększona, mózgowie nie zajęte, język czysty, wilgotny, apetyt zachowany. Po użyciu salicylanu sodu, chininy i po kilkakrotném zapędzłowaniu zajętych stawów glicerynowym roztworem jodu, bóle i obrzmienie stopniowo się zmniejszyły, temperatura jednak nie tylko nie opadła, ale się podniosła. Po 5 dniach znów pojawiły się bóle reumatyczne w prawym stawie kolanowym i golenio-stopowym ze zna-

cznym obrzmieniem; objawy te wkrótce ustąpiły po zastosowaniu wyżej wymienionych leków. Podczas następnych dni temperatura wciąż trzymała się około 40°, mózgowie niezajęte, organa wewnętrzne normalne, śledziona *niepowiększona*, język wilgotny, apetyt cokolwiek zmniejszony. Autor sądził, że ma do czynienia z chorobą zakaźną skrycie przebiegającą a skomplikowaną ostrym gościeniem stawów, która jednak jako tyfus rozpoznać się nie daje. Dnia 18 choroby Z. po raz pierwszy zauważył język suchy i *śledzionę cokolwiek powiększoną*, rozwolnienie, upadek sił. Wkrótce na lewym ramieniu pojawiły się pryszczki wielkości grochu, obrzmienie twarzy, lekkie zaczerwienie około lewego oka, które po jakimś czasie pokryło się pryszczkami koloru szarego; na sinem obrzmiałym dniu, gdzie niegdzie rysowały się naczynia limfatyczne; podobne pryszczki wystąpiły na obrzmiałym nosie i lewym kącie ust. Wkrótce przy objawach głębokiej *śpiączki* chora zmarła. W ten sposób zaledwie na dzień przed śmiercią przedstawił się jasny obraz nosaczyny. Autor stawia pytanie, czy nosaczyna skrycie przebiegająca była w tym przypadku przyczyną silnej gorączki i pseudo-reumatyzmu, czy też chora znajdująca się *in stadio incubationis* nosaczyny, zasłabła na ostry gościec stawów. Autor skłania się do ostatniego przypuszczenia, podobnie jak to widzimy przy wodowstręciu nieraz skrycie przebiegającym w skutek przyłączenia się jakiejś choroby, po ustąpieniu której nagle objawia się w całej sile. Temperatura nawet po zniknięciu objawów reumatycznych trzymała się stale wysoko, co tylko przy ciężkich chorobach zakaźnych może mieć miejsce. Zajęcie stawów ustąpiło pod wpływem przeciwgościewego leczenia, nakoniec mocz przynajmniej na początku choroby przemawiał za ostrym gościeniem. Co się tyczy przyczyny zarażenia, to ono powstać mogło w skutek

przypadkowego opryskania chorąg przez konia podległego nosaczynie, podczas jazdy w karecie, gdyż jak wiadomo, małe kropelka jadowitej wydzieliny, dostająca się na błonę śluzową oka, nosa lub wargi, jest dostateczną do wywołania tej groźnej choroby. *L. Krause.*

218. Dr. P. LANDOWSKI. **Przewlekłe zatrucie morfiną.** Le morphinisme et son traitement. (*Journal de Thérapeutique* Nr. V. 1882).

Autor, zwróciwszy uwagę na rozpowszechniające się z dnia na dzień (we Francji) nadużywanie wstrzykiwań podskórnych morfiny, wykazuje w jaki sposób tej manii („*morphiomanie*”) podpada coraz to więcej osób.

Zaznajomiony przez lekarza z cudownym znoszącym ból środkiem, chory żąda go ciągle, a dostawszy do ręki—używa przeciw wszystkim dolegliwościom i niebawem przyzwyczajają się doń nałogowo; zmuszony zaś do przyjmowania ciągle większych ilości dochodzi prędko do zupełnego zatrucia. Bardzo często zdarza się, że osoby oddające się temu nadużyciu zarażają inne, podobnie jak onaniści etc.

W Niemczech wypadki chronicznego zatrucia morfiną są daleko częstsze. Zauważono, że wojna r. 1866 wpłynęła znacznie na powiększenie ich liczby. Istnieje tu nawet kilka specjalnych zakładów (najlepsze: Dr. LEVINSTEIN'A w Marienburgu i dr. BURKART'A w Schönebergu), przedmiot jest więc opracowany i ma swoją literaturę: LAEHR, FIEDLER, LEVINSTEIN, BURKART. Chorzy, o których mowa, rekrutują się przeważnie z wyższych warstw społeczeństwa. Nadużycie może się rozwijać u każdego, jednak gdy u jednych osobników zastrzyknięcie morfiny znosi tylko ból, u innych oprócz tego wywołuje ono jakieś mniej lub więcej trwałe uczucie przyjemności, ogólnego zadowolenia, kończącego się spokojnym snem. Ci ostatni właśnie stanowią materiał na morfiomanów. Podług obliczeń LEVINSTEIN'A (110), BURKART'A (36) i autora (11) na ogólną liczbę 157

chorych było 55 lekarzy i 28 osób, mających jakąkolwiek styczność ze sztuką lekarską (szarytki, dozorcynie chorych, etc.). Czwartą część ogólnej liczby stanowią kobiety. Autor przyjmuje, że liczba ta jest za niską. Wygląd chorych bywa rozmaity. Wkrótce po zastrzyknięciu chory wydaje się zupełnie zdrowym, lecz po upływie kilku godzin widać ogromną zmianę: twarz blednie, przyjmuje szarawy odcień, policzki zapadają, wzrok staje się błędnym, niespokojnym, ruchy wolne, niepewne, mowa wykazuje pewne zaambarasowanie. Rozumie się, trzeba uwzględnić różnice indywidualne. Niektórzy chudną, inni tyją, przyłącza się niekiedy pokrzywka, wyprysk. Żrenice najczęściej rozszerzone.

W całym organizmie można zauważyć skutki działania narkotyku. Wprowadzona do wewnątrz morfina wywiera przede wszystkim wpływ na układ nerwowy i serce. Powoduje zrazu przyspieszenie działalności serca, później zaś znaczne zwolnienie; równocześnie naczynia z początku skurczone, rozszerzają się, z czego wynika znakomite zwolnienie krążenia krwi i zastoinowe przekrwienie rozmaitych narządów. Z pomiędzy objawów, dotyczących układu nerwowego spostrzegamy: hallucynacje, iluzje, uczucie strachu, niepokój, nadczułość, amblyopję, diplopię. Jako zjawisko stałe występuje drżenie członków i powiększona wydzielina potu. Popęd płciowy słabnie, u kobiet rozwijają się nieprawidłowości miesiączkowania, w końcu następuje nawet całkowite wstrzymanie regularności.

Mocz zawiera prawie zawsze cukier, a nie rzadko i białko.

Sekcje podług FIEDLER'A, BURKART'A, LEVINSTEIN'A i SCHWENNINGER'A pokazują następne zmiany: Skóra usiana setkami małych ukłuc, sąsiednie gruczoły chłonne obrzmiałe. Dolne kończyny obrzękłe. Wewnętrzne organy przedstawiają obraz mniej lub więcej wyraźnego zastoinowego przekrwienia, wysięki w workach opłu-

cnój i osierdzia. Stale spostrzegano rozszerzenie lewej komórki i lewego uszka. W mózgu przekrwienie i czasem krwawe wylewy.

Leczenie zasadza się przede wszystkim na usunięciu przyczyny, co może być uczynione w dwojaki sposób: a) odrazu, według LEVINSTEIN'A, b) powoli, nieznacznie, według BURKART'A. W pierwszym razie zjawiają się z początku silne zaburzenia. Po upływie 5 do 15 godzin chory czuje się bardzo źle, dostaje silnego bólu głowy, zawrotu, dreszczy, ogarnia go niepokój, czasem dochodzi do zupełnego wyczerpania sił. LEVINSTEIN poleca wtedy wyczekujące zachowywanie się i leczenie czysto objawowe. Najtrudniej dać sobie radę z bezsennością. Podobne nagłe powstrzymanie chory przerosi jak najgorzej, często następuje *collapsus* i śmierć. Przytém dozór powinien być bardzo ścisły, ciągły, ażeby nie dać choremu możności wypełnienia samobójczych zamiarów.

BURKART zmniejsza powoli ilość morfiny, a nawet zastępuje ją przez opium. Za metodą tą przemawiają następne punkty:

- 1) Chory nie jest wystawiony na silne wstrząśnienia.
- 2) Stan chorego, z innych względów wymaga użycia opium.
- 3) Chory nie potrzebuje być odosobnionym, przeciwnie towarzystwo, rozrywki wywierają wpływ dodatni.

Dozór powinien głównie polegać na tém, żeby chory nie mógł znikąd dostać upragnionego narkotyku.

Przekonać się zaś o tém na pewno można badaniem moczu, w którym morfina po pewnym czasie się wydziela.

W pierwszych dniach można dawki zmniejszać dość nagle, zależy to być może od tego, że organizm jest jakby przesycony morfiną, która nie zdołała się zeń jeszcze wydzielić.

Autor przytacza następny przykład ze swjej praktyki: Chory, który przez jaki dziesięć lat stale oddawał się w mowie

będącemu nadużyciu, doszedł do ogromnej ilości 1—1,5 grm. wstrzykiwanej w kilku razach. W pierwszym dniu leczenia przyjął 0,50 grm., piątego 0,30 grm., ósmego 0,05. O północy tego dnia wystąpił silny niepokój, bezsenność, mocne poty, uderzenie do głowy, szum w uszach; zjawiska te trwały do rana i ustąpiły po zastrzyknięciu 0,10 grm.; po upływie kilku godzin nowy atak uśmierzony 0,05 grm. morfiny.

W tej mierze zmniejszono stopniowo zadawaną ilość aż do 0,005 grm. Po miesiącu chory był zdrow zupełnie, zastrzykiwania wstrzymano kilka dni wcześniej. Autor zastanawia się, jakby zapobiedz rozszerzaniu się tej nowej, a szkodliwej manii między publicznością, i daje następujące rady:

1) Ażeby lekarze uciekali się do wstrzykiwań morfiny tylko w koniecznych razach.

2) Zabronić aptekom wydawania morfiny drugi raz za tym samym przepisem.

3) Przestrzedz publiczność przed grzącym jej złąd niebezpieczeństwem.

O. Hewelke.

219. Dr. E. FINGER. **Liodermia sypilitica.** (*Vierteljahrsschrift für Dermatologie u. Syphilis*, 1882, Heft 1).

Autor opisuje niezmiernie ciekawe *rozlane* zmiany w skórze, zostające w niewątpliwym związku z przymiotem. Chora, 42-letnia, od lat 10 dotknięta przymiotem, przyjęta została na Wiedeńską klinikę chorób wenerycznych z niewątpliwymi objawami przymiotu (znacznie powiększone gruczoły chłonne, wyrosła kostna na obu goleniach i t. d.). U chorej tej skóra *całego grzbietu* i zewnętrznej powierzchni ramion przedstawia się w szczególności sposób zmienioną. Cała ta znaczna przestrzeń skóry odgraniczona jest od zdrowych części falisto-lukowatym brzegiem, o ciemnej, miedziano-czerwonej barwie. Odgraniczona w ten sposób przestrzeń, *pokryta nietkniętym naskórkiem* jest *zapadnięta*,

leży pod poziomem otaczającej zdrowej skóry, co szczególnie wyraźnie przedstawia się na brzegach. Charakterystyczna miedziano-czerwona barwa u brzegu, bliżej stopniowo w kierunku ku środkowi zmienionej skóry, przybierając miejscami sinawy odcień. Barwa ta nie znika przy nacisku, zależy więc nie od przekrwienia, ale od nacieku (*infiltratio*). Zmieniona skóra na całej przestrzeni jest matowa, sucha, pomarszczona, na dotyk twardsza od normalnej. Czynność gruczołów łojowych i potowych zniesiona—gdy cała skóra perspiruje, na przestrzeni chorej nie zjawia się ani kropelka potu. U brzegu naskórek lekko się łuszczy. W okolicy łopatek, prócz opisanych zmian znajduje się kilka symetrycznych powierzchownych owrzodzeń i twardych keloidowych blizn (prawdopodobnie w skutek mechanicznych urazów). Wreszcie na okolicy kości krzyżowej znajduje się przestrzeń skóry, wielkości dłoni, zmieniona jak powyżej, ale zupełnie biała, pozbawiona barwnika. Zmiany te trwają już przeszło od lat 6, ciągle postępując, miedziano-czerwony brzeg ustawicznie posuwa się dalej, co dało się zauważyć i podczas pobytu chorej w szpitalu. Mikroskopowe badanie wykazało, że mamy tu do czynienia z *rozlanym, drobnokomórkowym naciekiem*. Poczyna się on w najgłębszych warstwach skóry, dokoła naczyń, które są niezmiennione i następnie zwiększa się stopniowo i posuwa ku górnym warstwom, aż wreszcie zajmuje całą grubość skóry i nawet dolne warstwy siatki MALPIGHEGO. Górne warstwy naskórka są nienaruszone. To jest *acme* sprawy chorobowej, poczem następują przemiany wsteczne. Komórki nacieku, a przynajmniej część ich, przyjmują formę wrzecionowatą i powoli przechodzą we włókna łączno-tkankowe.

Nowa ta tkanka ściąga się coraz silniej, uciska naczynia i przyprowadza gruczoły skórne do zaniku. Co do dalszego przebiegu procesu, to znaczne dawki jodku potasowego (3,0—4,0 dziennie) wstrzymały rozszerzanie się sprawy i brzeg prze-

stał się dalej posuwać. Przy 25 wcieraniach (po 3,0 *ung. cinerei*), zmieniona skóra stopniowo bladła od środka ku brzegowi, aż do zupełnego zbielenia. Brak barwnika łatwo wyjaśnić zniszczeniem dolnej warstwy siatki MALPIGHIE'GO.

Ten skutek leczenia przeciwprzymiotowego, jak również anamneza i obecność niewątpliwych objawów przymiotu, dostatecznie stwierdza przymiotowy charakter opisaną sprawę. *Cirrhosis cutis syphilitica*, byłoby tu najstosowniejszą nazwą, uwydatniającą istotę procesu i podobieństwo uderzające do przymiotowego stwardnienia (*cirrhosis*) innych organów, np. wątroby. *Funk.*

IV. Gyniekologija i Pediatria.

220. BRIL. **Przypadek porodu skomplikowany obecnością bąblowców** (*echinococcus*) **w mięszu szyjki macicznej i jamie Duglasa.** (*Wracz Nr. 10, 1882 r.*).

Do kliniki prof. ŁAZAREWICZA w Charkowie 26 Listopada 1881 r. przybyła kobieta w czasie porodu po odejściu wód płodowych, u której od 3 dni poród nie postępował naprzód. Przy zbadaniu jęj okazało się drugiepotylicowe położenie, otwór maciczny na 5 cc., a w tylnej i lewej części szyjki wyczuwa się guz rozlany, dosyć wielki, tak że główka zaciśnięta między guzem i spojeniem łonowem. Bicia serca płodu nie słycać—T. 38, p. 86. Widząc niemożność rozwiązania dobrowolnie, autor nałożył kleszcze dla próby, ale te były niedostateczne; wtedy przystąpił do wymóżdżenia i założenia kраниoklastu i płód został wydobyty, poczem jasno można było wyczuć zgrubione tylną i lewą ściankę szyjki macicznej, a w jamie DUGLASA okrągły, sprężysty guz, wielkości dużej pięści, mający związek z tylną ścianą samej macicy. Do 7 dnia przebieg porodu był prawidłowy i tego dopiero dnia dostała chora boleści w dolnej części brzucha i silnego dreszczu, poczem temperatura dosięgła 40°, a w 4 dni potem wyszedł z po-

chwycy pęcherz na wpół przezroczysty, wielkości główki dziecięcia z płynną zawartością, a przy bliższem zbadaniu okazał się pęcherzem bąblowca (znaczna ilość soli, obecność kwasu bursztynowego, brak białka w płynie a w pęcherzykach siedzących na wewnętrznej powierzchni dużego pęcherza glisty (*scolices*) i wtedy wyczuwało się na tylnej ścianie szyjki otwór, 2 cc. średnicy, z chrząstkowatemi brzegami, przez który wchodziło się w jamę napełnioną cuchnącą ropą (*ichor*), miejscami wyczuwało się pęcherze wielkości jaja gołębiego do wielkości grochu, a przez odbytnicę wyczuwało się guz gładki, sprężysty. Przez następne dni codzien odchodziły błony pęcherzy, 3-go dnia wyszedł dosyć duży pęcherz, 4-go wyszło 5 pęcherzy wielkości jaja gołębiego a potem przez 3 dni jeszcze odchodziły pęcherzyki—odtąd t. j. od 11 Grudnia tylko cuchnąca wydzielina, temperatura dochodziła wieczorem 40°, przestrzykiwania robiono 2 razy dziennie kwasem karbolowym. Dnia 16 Grudnia czuła się dosyć dobrze, temper. spadła do 38° i d. 17 Grudnia czując się znośnie wypisała się z kliniki.

Autor konstatuje, że otwór w pęcherzu bąblowca utworzony został przez zaciśnięcie spowodowane główką, a następne zgangrenowanie tylnej ściany szyjki macicznej—następnie, że bąblowiec najprawdopodobniej dostał się do jamy DUGLASA z pęknięcia pierwotnego w wątrobie bez wywołania znaczniejszych dolegliwości, chociaż w wątrobie nie został stwierdzony, a znów w jamie brzusznej pierwotnie nie bywa. *Rogosiński.*

221. E. HENOCH. **Przezynek do patologii odry.** Zur Pathologie der Masern. (*Berl. Klin. Woch. 1882, Nr. 13*).

Podczas zeszlórocznej bardzo rozległej epidemii odry w Berlinie, H. spostrzegł niezwykle przypadek tej choroby, ze względu na charakter wysypki. Dziewczynka 4-ro letnia, poprzednio zdrowa zupełnie, zapadła na odrę, przebiegającą

z początku prawidłowo. Trzeciego dnia wszakże, przy trwającej wciąż gorączce, wystąpiły na całym ciele obfite i gęsto obok siebie ułożone pęcherze różnej wielkości, miejscami dosięgające wielkości orzecha laskowego, w innych talara i większe. Całe policzki i powierzchnie grzbietowe dłoni zajęte były przez pojedyncze wielkie pęcherze, wypełnione żółtawym płynem surowicznym. Wysypka odrowa na skórze między pęcherzami ciemno-czerwona. W niektórych miejscach na skórze pokrytej pęcherzem widzieć się dawała wysypka, w innych przeciwnie, takowe były umiejscowione na zdrowej zupełnie skórze. Cała skóra przedstawiała obraz róży pęcherzowej (*erysipelas bullosum*) albo pęcherzycy (*pemphigus acutus*). Stan ogólny chorób mało przedstawiał nadziei wyzdrowienia, pomimo że 5-go dnia choroby, po opadnięciu temperatury, czuła się dobrze. Następnego dnia rozwinęło się zapalenie dolnego zrazu prawego płuca, a wkrótce potem dziewczynka zmarła.

W całej literaturze H. znalazł tylko kilka opisów, podobnych do powyższego. STEINER widział przebieg podobny uczworga dzieci jednego rodzeństwa; pęcherze bardzo liczne i wielkie występowały niekiedy na skórze, wolnej od wysypki, a nawet w jednym przypadku po zupełnym usunięciu takowej, powracały one kilkakrotnie. KLÜPFEL spostrzegał również podobny przebieg odry jednocześnie u pewnej kobiety i jej dwojga dzieci. Drobne pęcherzyki, a nawet pojedyncze nieco większe pęcherze, jak wiadomo, spostrzegane bywają przy wszystkich chorobach wysypkowych, jako następstwo silniejszego zapalenia skóry, doprowadzającego do występowania wysięku pod naskórkiem, tak obszerne jednak i liczne pęcherze, jak w powyższym przypadku, nie dadzą się w ten sposób wyjaśnić. Pęcherze te nie znajdowały się zawsze na skórze zaczerwienionej, obficie wysypką pokrytej, ale często na skórze zupełnie prawidłowej, a w przypadku STEINERA były one nawet

przed wystąpieniem wysypki, albo po zupełnym jej zniknięciu 13-go dnia choroby. Z tego powodu H. przypuszcza, że w przypadkach tych miało miejsce powikłanie odry z inną chorobą, mianowicie *pemphigus acutus*. W ten sposób również daje się pojąć występowanie podobnej formy u kilkorga dzieci jednego rodzeństwa.

Jul. Kramsztyk.

222. Dr. CAMPARDON. **Spostrzeżenia nad zastosowaniem gorących (50° C.) kąpeli w razie pozorniej śmierci.** (*Journal de Thérapeutique* Nr. 5, 10 Mar. 1882).

Sposób ten, wskazany i potwierdzony doświadczeniami na zwierzętach przez dra G. LE BON, zastosowanym został u noworodków przez dr. GOYARD'A. Autor użył go z powodzeniem w dwóch następujących przypadkach:

1. Drugie dziecko kobiety wątłej i osłabionej przyszło na świat w mało obiecującym stanie zdrowia. Waga niedochodziła przeciętnej cyfry, źle ssało, było skłonne do snu, stolce nieliczne i utrudnione. Karmione przez matkę, której pokarm okazał się przy badaniu zupełnie dostatecznym, zyskiwało zaledwie 8 grm. na dzień. Około półtrzecia tygodnia po urodzeniu stan pogorszył się znacznie. Dziecię leżało bez ruchu przez kilka godzin, nie chciało ssać, wykrzywione usta zlekka posiniały. Wszelkie środki domowe i lekarskie były stosowane bez skutku.

Autor wpadł na myśl zastosowania sposobu dra GOYARD'A. Włożone do gorącej wanny, dziecko zaczęło się po upływie dwudziestu sekund ożywiać, stopniowo wzmożła się częstość oddechu, nastąpiło obfite wypróżnienie. Po upływie dwóch minut zostało wyjęte, owinięte ogrzaną watą i otoczone butelkami z gorącą wodą. Noc przeszła szczęśliwie, dziecko ssało, chociaż nieregularnie i niewiele. Nad ranem częstość oddechu zmniejszyła się znowu, skóra zaczęła stygnąć. Urządzono nową wannę z również pomyślnym skutkiem. Dziecię zaczęło ssać chciwie,

potem spokojnie usnęło. W przeciągu kilku dni poprawiło się niedopoznania.

2. Dziecię, urodzone w stanie pozorniej śmierci, nie mogło być przywołane do życia zwykłymi sposobami. Po upływie dwudziestu minut od urodzenia zostało pogrążone w gorącą wodę—około 45° C. Po upływie piętnastu sekund zaczęło dawać znaki życia: ruszać się, krzyczeć; po dwóch minutach wyjęte z wody przedstawiało stan zadawalniający. Dziecię żyje dotąd.

O. Hewelke.

V. Chirurgija i Oftalmologija.

223. MAX OBERST. **Rozdarcia cewki moczowej u mężczyzn.** Die Zerreißen der männlichen Harnröhre, und ihre Behandlung (*Volkman's Sammlung Klinischer Vorträge*, Nr. 210).

O. dzieli rozdarcia cewki moczowej na 1) takie, gdzie rozdarła została tylko część ściany cewki moczowej a ciągłość cewki nie została naruszona i 2) gdzie ściana w zupełności rozdartą została a ciągłość cewki zniesioną zupełnie.

Rozdarcia niezupełne powstają zwykle w skutek upadku na krocze lub uderzenia w krocze jakimś ciałem tępym. Rozdarcia te napotyka się zwykle w części błonistej cewki lub też w początku części opuszkowej, zajmują prawie zawsze ścianę dolną (tylną) i są poprzeczne. Z objawów mamy: podbiegnięcia krwawe i obrzmienie na kroczu lub moszny, krwawienia z cewki. W początku zwykle mocz oddany zostaje jeszcze z łatwością, ale jeśli pozostawić sprawę samą sobie, następuje obrzmienie cewki a z tego powodu ciężkie zaburzenia w oddawaniu moczu, nawet zupełne zatrzymanie. Oprócz tego grozi jeszcze zaciekanie moczu przez ranę w cewce do części sąsiednich (*infiltratio urinosa*) i zakażenie posocznice. W obec tego bezwarunkowo wskazane jest zaprowadzenie grubego kateteru do pęcherza (przyczem trzymać się trzeba zawsze górnej ściany cewki). Gdyby się

nie udało założyć cewnika wtedy postępować trzeba jak przy rozdarciach zupełnych. Przez założenie i pozostawienie kateteru, zacieki moczowe dają się prawie zawsze usunąć. Natomiast tworzą się niekiedy na kroczu ropnie, które zresztą nie mają żadnego większego znaczenia a po nacięciu goją się zwykle bardzo szybko. Utworzeniu się zwężenia w miejscu rozdarcia, zapobiega się przez staranne zaprowadzenie świeczek.

Daleko cięższe cierpienie stanowi rozdarcie cewki zupełne. Zdarzyć się ono może: 1) w skutek tych samych przyczyn jak rozdarcie częściowe, 2) przy złamaniach kości miednicy przez działanie ostrych brzegów odłamków. W sprzeczności z przypuszczeniem GOSSELIN'A, że w takich razach następuje zwykle częściowe rozdarcie cewki, OBERST konstatuje fakt, że we wszystkich, przez siebie i innych autorów obserwowanych wypadkach złamań miednicy, miało miejsce rozdarcie cewki zupełne. Przyczem O. rozumowaniem przychodzi do tego wniosku, że jeśli siła łamiąca kości miednicy działa z boków miednicy, odłamki przerwać muszą część błoniastą lub opuszkę cewki; w razie zaś gdy działa z przodu ku tyłowi, odłamki przerwą części cewki wyżej położone lub nawet pęcherz. Obserwacje autora fakt ten potwierdzają.

Po rozdarciu cewki zupełnym, następuje przedewszystkiem silny krwotok cewki;—z powodu zniesienia całości cewki, mocz z pęcherza nie może wyjść drogą naturalną, a w miejscu rozdarcia pozostaje, mięszając się z wylaną krwią. Występuje groźna obawa, utworzenia zacieków moczowych. Leczenie nasze głównie skierowanem być winno przeciwko temu groźnemu zatrzymaniu moczu. Założyć trzeba natychmiast kateter, ale ponieważ w miejscu przerwania kateter nie znajduje więcej cewki, zaprowadzenie nie udaje się zwykle nigdy. Przekłucie (*punctio*) pęcherza stanowi tylko operację paliatywną—przynosi ona ulgę chwilową ale nie

ochrania od następnych operacyi celem powrócenia całości cewki, jak i z drugiej strony pomimo przekłucia pęcherza i pozostawienia rurki, z powodu silnego ugniecenia i osłabienia m. zwieracza pęcherza, mocz z pęcherza ciągle dostawać się będzie do miejsca rozdarcia—przez przekłucie więc nie zapobiega się dostatecznie niebezpieczeństwu utworzenia zacieków moczowych. Jedyna racjonalna metoda zdaniem O. stanowi przecięcie krocza, odnalezienie miejsca rozdarcia i wprowadzenie tędy kateteru. Chorego układa się w położeniu jak do litotomii, wprowadza się do cewki przewodnik, przecina się krocze dokładnie w kierunku szwu na długości 5—8 ct. do samego prawie odbytu, jamę oczyszcza się starannie ze skrzepów krwi i przemywa kw. karbolowym. Odcinek cewki obwodowy odnajduje się łatwo, tak samo nietrudno jest odnaleźć odcinek środkowy. Niekiedy jednakże w samej rzeczy trudno jest odcinek ten wśród masy zgniecionych tkanek rozpoznać. O. podaje bardzo dobry sposób do odnalezienia takowego: asystentowi kazać nagniątać pęcherz (zwykle wtedy przepelniony) a natychmiast w pewnym miejscu rany okaże się kilka kropel moczu—w kierunku tym kateter wprowadzić należy. Po wprowadzeniu kateteru, jamę powstałą na kroczu dokładnie należy dezynfekować, przedrenować, założyć nawet we właściwych miejscach kontrapertury, opatrzyć gazą antyseptyczną, i opatrunek mocno utwierdzić—na kateter założyć rurkę gumową i takową wyprowadzić za łóżko do naczynia szklanego. Opatrunek zmienia się 2 razy dziennie. Po 2—3 dniach wyjmuje się kateter i już przez otwór zewnętrzny cewki wprowadza się do pęcherza gruby kateter Nelatonowski. Po 6—10 dniach jak tylko utworzy się trwała ziarnina usunąć można kateter, wprowadza się tylko 2 razy dziennie sondę metaliczną, a po ostatecznym zagojeniu przetoki, systematycznie chory wprowadzać sobie winien świeczki. O. przy-

tacza 10 przypadków rozdarć cewki zupełnych i niezupełnych, leczonych w klinice VOLKMANNa opisaną metodą, które się wszystkie zakończyły bardzo pomyślnie.

W wypadkach gdzie rozdartą została część cewki w bliskości szyjki pęcherza, z powodu zupełnego zatrzymania moczu, utworzenia się zacieków moczowych i zapalenia następczego luźnej tkanki łącznej powięzi miednicowej, niebezpieczeństwo grożące choremu jest jeszcze większe, tém energiczniejszą też być powinna pomoc lekarska. Zaprowadzenie kateteru zwykle się nie udaje. O. zaleca tedy następujące postępowanie: Szerokim cięciem na kroczu dojść trzeba aż do miejsca rozdarcia, odszukać odcinek górny cewki, gdyby zaś odnaleźć się go nie udało, wykonać trzeba bezzwłocznie cięcie nadłonowe (*sectio alta*) pęcherza, a przez utworzoną ranę pęcherza przystąpić do t. z. *catheterismus posterior* (VERGUIN, VOLKMANN, NEUBER) t. j. wejść kateterem metalowym, mocno zakrzywionym do otworu cewkowego pęcherza a następnie wysunąć takowy przez cewkę do rany na kroczu. Do okien kateteru tego przywiązuje się koniec tylny kateteru Nelatonowskiego i takowy do pęcherza, przez wyciąganie kateteru metalowego się wprowadza; taką samą drogą przedni koniec kateteru NELATONA przeprowadza się przez *orificium urethrae externum*. OBERST przytacza przypadek RANKE'GO leczony tym sposobem, gdzie po 7 tygodniach można już było kateter usunąć, chory wyzdrowiał zupełnie, pozostało tylko zwężenie, które usunięto za pomocą świeczek. W razie, gdyby nie chciało wykonać cięcia wysokiego, można pęcherz nakłóć, pozostawić kaniulę do utworzenia kanału, a tą drogą następnie wykonać *catheterismus posterior*. Dinte.

224. WÖFLER. O wpływie bezkrwiistości wywołanej opaską Esmarcha na wsysanie płynów. Ueber den Einfluss der Esmarch'schen Blutleere auf die Resorption flüssiger Stoffe. (*Arch. Lang. Bd. 27, s. 413*).

Że sznur elastyczny nałożony na kończynę będzie przeszkodą dla wessania płynów do organizmu, to z góry można było przewidzieć, ważniejszym jednak ze względów praktycznych było pytanie: czy w tej części kończyny, którą zrobiliśmy anemiczną w skutek nałożenia aparatu ESMARCHA, są możebne jakiegokolwiek procesy rezorbcyjne? i jak się odbywa wessanie płynów po zdjęciu uciskającego sznura elastycznego? Autor na zasadzie całego szeregu doświadczeń na zwierzętach, po których szczegóły musimy odesłać czytelnika do oryginału, dochodzi do następujących wniosków: 1) Podczas działania sznura elastycznego nie tylko że niema miejsca wessania płynu do organizmu, ale nawet niema miejsca wessania do tej części kończyny, która znajduje się między sznurem elastycznym a raną na której płyn się znajdował. 2) Po zdjęciu sznura elastycznego wessanie płynu znajdującego się na ranie, dokonywa się daleko szybciej niż w stanie normalnym. Wnioski te nasuwają następujące uwagi czysto praktyczne, dotyczące zastosowania opaski ESMARCH'A w chirurgii operacyjnej: 1) Dopóki sznur elastyczny pozostaje na miejscu, dopóty nie powinniśmy się obawiać trujących własności silnych roztworów kwasu karbolowego, ani innych środków dezynfekcyjnych, gdyż wessanie nie ma miejsca. 2) Toż samo stosuje się do materij septycznych, któreby się dostały na ranę podczas działania sznura elastycznego. 3) Te to teoretyczne wywody zmuszają nas do utrzymania sznura elastycznego dopóty, dopóki nie nałożymy na ranę opatrunku antyseptycznego. 4) Jeżeli jesteśmy zmuszeni usunąć sznur elastyczny przed nałożeniem opatrunku, to w każdym razie należy obmyć ranę mocnym roztworem kwasu karbolowego, przed usunięciem sznura (szczególniej u dzieci).

W. H. Krajewski.

225. Dr. H. TILLMANNS. **O obrażeniach i zszywaniu nerwów.** (*Arch. f. klin. Chir. Bd. XXVII. Heft. 1. S. 1—103*).

W obszerniej tej pracy autor postanowił sobie na zasadzie skrupulatnie zebranej kazuistyki rozstrzygnąć pytanie, czy szew nerwowy jest operacją potrzebną, czy pomaga zrastaniu się końców nerwu, jaki szew jest lepszy, bezpośredni czy paraneurotyczny i t. p. Na kwestyję tę zapatruje się T. z czysto chirurgicznego i praktycznego punktu widzenia; autor zebrał 43 wypadki szwu, z tych, 36 jest *bezpośrednich* gdzie ligatura przechodziła przez samą substancję nerwu, a 7 *paraneurotycznych*, gdzie szew przechodził przez otaczającą tkankę łączną. TILLMANNS naliczył tyle bezpośrednich szwów z tego powodu, że za taki uważał każdy wypadek, w którym nitka przechodziła przez *perineurium* i ledwie dotykała włókien nerwowych. Kazuistykę rozrzuconą w literaturze T. z bogactw dwoma nowymi nieogłoszonymi dotychczas, a pomyślnie zakończonymi wypadkami, jeden z nich należy do KÖRNERA i THIERSCH'A, a drugi do samego autora.

W rozprawie swój przytacza T. opis zmian czucia, ruchów, odżywiania i t. p. występujących po przecięciu nerwu; opis ten zaczerpnięty jest z dzieł wielu innych autorów i nie zawiera nic nowego.

Có do *rezultatu szwu nerwowego* przychodzi T. do następujących liczebnych danych: Na 35 wypadków bezpośrednio szwu (wypadek DESPRES'A nie został uwzględniony przy obliczaniu) w *ośmiu* był rezultat *bezwarunkowo dobry*, należą tu wypadki NELATONA, JESSOPA, NOTTA, SIMONA, ESMARCHA, v. LANGENBECK'A, THIERSCHA i TILLMANNSA. Autor nie przytacza szczegółowej analizy tych wypadków.

Daliej autor zadaje sobie pytanie, w jakim czasie po zszywaniu nerwu powraca czucie i ruchy; nie będąc jednak w sta-

nie stanowczo rozstrzygnąć tej kwestyi, ilustruje ją tylko kilku przykładami, a mianowicie w wypadku NÉLATONA ruchy powróciły podobno już na czwarty dzień; wiadomość ta jest jednak wątpliwą, najwcześniejszy zaś a pewny termin powrotu ruchów, jest 19 dzień (wypadek v. LANGENBECK'A) i koniec trzeciego tygodnia (wypadek autora).

Szew bezpośredni nigdy nie wywołał żadnych komplikacyj ani niebezpiecznych następstw, jest zatem również bezpieczną operacją jak pośredni; z drugiej jednak strony wylczenia dowodzą że rezultaty szwu pośredniego były stosunkowo lepsze jak bezpośredniego, gdyż z 7 wypadków—6 doskonale się zakończyło.

Następnie zwraca autor uwagę, że prawdziwej *Restitutio ad integrum* nerwu nigdy nie zauważono, zawsze bowiem czynność danego nerwu cokolwiek była ograniczona, nawet przy najlepszych rezultatach, z tego więc wnosi że skłonność nerwów do odtwarzania się nie jest wielką, w każdym razie znacznie mniejszą, jak GLUCK przypuszczał.

Czy funkcje mogą powrócić w przeciętym, a nie zszytym następnie nerwie? Takie wypadki były obserwowane, są to jednak wyjątki, nie zmieniające reguły, że każdy przecięty nerw powinien być zszywany; najlepszym materiałem jest *katgut*, a jako instrument — *igła* WOLBERGA, która ma tę zaletę że jaknajmniej niszczy włókna nerwowe. Po operacji, która ma być antyseptycznie wykonaną, utrzymujemy kończynę przez 3 tygodnie w absolutnym unieruchomieniu i leczymy następnie elektrycznością.

W razie wycięcia kawałka nerwu, niemożności zszycia z sobą obu końców nie pozostaje nic do roboty, gdyż żadna z metod polecanych w tym celu nie zasługuje na zaufanie. Zdarzają się niekiedy wypadki regeneracji nerwu jednak bez powrotu czynności; takie wypadki obserwowali NASSE, GÜNTHER i SCHÖN, FLOURENS, BIDDER.

Co do wpływu zszywania nerwów na ich odtwarzanie, to wedle T. nie ulega wątpliwości, że *szew znakomicie przyspiesza regenerację*; podczas gdy *primae intentionis* w nerwach autor nie przyznaje.

L. Wolberg.

226. Dr. J. HIRSCHBERG. **Mędoweszki powiek.** (*Berl. Klin. Woch. Nr. 1, 1882*).

U 3-letniej dziewczeczki, cierpiącej na pozór na *blepharadenitis*, na brzegu obu górnych powiek H. znalazł małe, przezroczyste okrągłe wyniosłości, przyczępione do osady rzęśców, a które się okazały zbiorowiskiem jaj z rodzaju *Phthirus inguinalis* (*Pediculus pubis*); zwierzątka głównie siedziały w gruczołach przywłosowych, uwydatniając się na zewnątrz brzegu powiek tylną częścią swego ciała. Wyleczenie nastąpiło po oczyszczeniu powiek za pomocą rzęścowych cążek a także po wcieraniu *ung. cinerei*. Dr. H. twierdzi że podobne wypadki w Berlinie *nader są rzadkie*: spostrzegął ich bowiem 3 razy na 40,000 chorych. Stwierdza toż samo i dr. LÉMOINE: „*cet affection est non seulement rare, mais absolument inconnue dans nos collèges.*“ Referujący kilka razy leczył zapalenie rzęścowego brzegu u małych dzieci, wywołane mędoweszkami; mali pacjenci zarażali się zwykle od starszych, śpiąc z niemi w jednym łóżku. Dr. Talko.

227. Dr. H. DERBY. **Anaesthesia and non-anaesthesia in the extraction of Cataract.** (*Cambridge 1882*).

W broszurce tej autor, zwolennik operowania zaćmy sposobem GRAEFEGO, przedstawia historycznie kwestyję znieczulenia chorych podczas tej operacji (JACOBSON, PAGENSTECHEK, WILLIAMS etc.) i wskazałszy na pewne zarzuty robione anestezji (krwotok do przedniej komórki, brak *vis a tergo*, trudność wydobywania resztek korowych soczewki, wymioty, trudność sprawdzenia widzenia), przechodzi do opisu trzech aktów operacji. W końcu przedstawia porównawcze tablice 100 wypadków operowanych z ete-

rem i bez użycia takowego. Porównując rezultaty nie widzimy znacznej różnicy i, zdaniem naszym, uważamy usypianie chorych przy operacji zaśmy co najmniej za zbytne, chyba w razach wyjątkowych. *Dr. J. Talko.*

228. Dr. WALTER EDMUNDS. **Pano-phthalmitis w skutek podwiązania art. carotis communis.** (*Towarz. oftalmiczne Wielkiej Brytanii, pos. 9 Mar. 1882.*)

W skutek krwotoku gardzieli podwiązano tętnicę szyjową wspólną. W kilka dni potem powieki lewego oka obrzękły, gałka wysadzona, chemosis, rogówka i ciecz wodnista zmętniały. Po miesiącu chory zmarł przy objawach hemiplegii prawej strony. Znaleziono 3 ropnie w lewej połowie mózgu i ciałko szkliste lewego oka w stanie ropnego przeistoczenia. Mikroskopem wykryto silne zapalenie między obydwojma pochwami n. wzrokowego. Autor cytuje 3 inne podobne obserwacje: w 1-szym wypadku powiedziano tylko o utracie wzroku; w 2-gim wzrok utracony zupełnie, polepszył się po 6 miesiącach; w 3-cim nastąpiło kompletne zniszczenie oka.—Dr. JAMES ADAMS był zdania, że wypadek WALTERA spowodowany był zapewne embolią, wytworzoną na miejscu ligatury, do tego się przychyła i dr. MACKENZIE; przeciwnie WALTER EDMUNDS tłumaczy to ischemią mózgu, która spowodowała ropnie i, zdaniem jego, cierpienie oka mogło być tego samego pochodzenia. *Dr. J. Talko.*

229. Dr. ARMAIGNAC. **Paraliż m. prostego górnego.** (*Revue clin. d'Oculistique du sud-ouest Nr. 3, 1882.*)

Jeden podobny wypadek miał miejsce u 17 letniej dziewczyny, w skutek tyfusu w 5 roku życia: lewa gałka wcale nie mogła się ruszać ku górze; unosiciel g. powieki funkcjonował prawidłowo. Zdaniem autora przyczyna paraliżu prawdopodobnie centralna. Podobny wrodzony zupełny paraliż tegoż mięśnia spostrzegął A. w lewym oku 2 letniego dziecka. Wypadki izolowanego paraliżu m.

prostych górnych należą do rzadkości—przeto o nich wspominamy.

230. Dr. ARMAIGNAC. **Ankyloblepharon i symblepharon szczęśliwie operowane** (tamże).

W skutek urazowego zapalenia lewego oka, chory utracił wzrok, przytém $\frac{1}{3}$ nosowego brzegu dolnej powieki przyrosła do g. powieki i do skurczonej gałki, z którą była zrosnięta $\frac{1}{4}$ część g. powieki. Ankyloblepharon A. zniszczył elastyczną kauczukową ligaturą. Symblepharon—autoplastyką łącznicy, którą od gałki odseparował w postaci czworokątnego platu, przyłożył go do wewn. powierzchni powieki i przyszył 2-ma szwami związanymi na wółku diachylonu na zewn. powierzchni powieki. Chory po operacji mógł nosić sztuczne oko, z początku mniejszych rozmiarów a potem większych. *Dr. J. Talko.*

VI. Medycyna publiczna.

231. Dr. R. KAYSER i Dr. I. GOTSTEIN **O stopieniu słuchu u ślusarzy i kowali.** (*Breslauer aerzt. Zeitschrift u. Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin u. öffentliches Sanitätswesen. XXXVI Bd. 1 Heft. 1882.*)

Pytanie o ile prace zawodowe wpływają na ograniczenie zmysłu słuchu, podniesione na otologicznym kongresie w Medyolandzie, spowodowało autorów do poszukiwań w tym kierunku.

Dla przeprowadzenia swych badań autorowie wybrali kowali i ślusarzy, albowiem zajęcia ich zmuszają do pracy przy nieustannym huku. Możeby było stosowniejszém ze stanowiska higieny publicznej, użyć do doświadczeń maszynistów kolejowych i palaczy, autorowie jednak przestali na kowalach i ślusarzach, albowiem ci mają podobne zajęcia i z nich rekrutują się maszyniści i palacze.

Ażeby prowadzić poszukiwania nad ludźmi zostającymi mniej więcej w jednakowym bycie i w jednostajnych warun-

słyszących, 9 cierpiało na szum, a z 7-iu skarżących się na szum, wszyscy słyszeli głos, jeszcze na odległość przeszło 3 metrów.

Z obiektywnych objawów, godniejszymi uwagi były następujące: u osób 2-ięj i 3-ięj kategorii znaleziono zmiany na błonie bębenkowej, u 10-iu poszukiwanych (13%) w obu uszach stwardnienie woszczyzny (*Schmalzpfropfe*). BÜRKNER uważa ostatni objaw za częsty u osób, zmuszonych z powodu swego zawodu, podlegać rozgrzaniu głowy.

Nakoniec autorowie zwracają uwagę, że u ślusarzy i kowali i innych podobnie pracujących ludzi, przyczynia się do zaburzeń w słuchu, nie tylko szum i huk, ale zmiany ciepłoty, przeciągi, wdychanie pyłu z węgla i t. d., to wszystko jednak gra tylko podrzędną rolę, bo i mularze na wszystkie podobne szkodliwości są narażeni. Zatem autorowie, głównie huk za przyczynę głuchoty ślusarzy i kowali uważają.

Dobieszewski.

MISCELLANEA.

232. Nowe Szpitale dla obłąkanych w Szkocyi, pod względem obchodzenia się z chorymi, wielce się różnią od podobnych zakładów na kontynencie Europy. W szpitalach tych panuje nadzwyczajna wolność osobista. Drzwi szpitala są otwarte. Strzegąca je służba ma polecone jak najłagodniej obchodzić się z choremi niestosującymi się do prawideł szpitalnych. Czas dla zajęć, spoczynku i pożywienia jest ściśle określony. Chorzy jedzą razem, zbierają się do stołu sami na odgłos dzwonka. W zakładach tych znajdują pomieszczenie mężczyźni i kobiety i większą część dnia przepędzają razem. Personel szpitalny stara się o zachowanie względów etykiety. Te starania zwykle zostają uwiecznione pomyslnym skutkiem.

rn.

233. HARRIES. Leczenie błonicy za pomocą miejscowego stosowania roztworu kwasu borsowego. (*The Lancet* Nr. 8).

Autor w ciągu 7 lat, mając do czynienia z licznymi przypadkami błonicy, doszedł do przekonania, że choroba ta jest cierpieniem z początku miejscowym, a dopiero w następstwie staje się ogólnym; oprócz tego, zdaniem autora, choroba z początku zawsze się zaczyna od złożeń na migdałkach lub łukach podniebiennych, a dopiero później

przenosi się na krtań lub tchawicę. HARRIES powiada, że kwas borsowy wywiera specyficzne działanie na cierpienie dyfterytyczne i błony rzekome traktowane kwasem borsowym, bardzo szybko giną. H. daje następujący przepis: *Rp. Acidi borici unc. ij Aq. destillatae, Glycerini aa unc. β DS.* Smarować miejsca zajęte co godzinę, a w miarę znikania błon rzadziej. Manipulację tę należy robić jeszcze przez kilka dni po zupełnym oczyszczeniu się gardzieli.

H. G.

234. Produkcya chininy na całej ziemi wynosi 230,000—260,000 funtów; z tego Niemcy zużywają 56,250, Włochy 45,000, Francja 40,000, Anglia 27,000, Indyje 12,250, Ameryka 63,000 funtów.

W. N.

235. Cechy fizyczne i stosunki zdrowotne ludu Tubu w górskiej krainie Tibesti (Sahara). Miejscowe warunki krainy Tibesti odbiły się bardzo wyraźnie w fizycznych cechach jej mieszkańców. Uboóstwo świata roślinnego i zwierzęcego, niedostatek wody, częsta potrzeba odbywania dalekiej drogi szybko i z małymi zapasami—wszystkie te okoliczności wytworzyły w mieszkańcach niezwykłą zręczność, wielką łatwość w biegu i skoku, zdolność znoszenia głodu i pragnienia, odporność na wszelkie trudy. Z temi własnościami idzie w parze i budowa ciała: są oni średniego wzrostu, bardzo proporcjonalnie zbudowani, z małymi rękami i nogami.

Choroby są rzadkie w Tibesti. Klimat jest nadzwyczaj zdrowy i niema sposobności do przeładowania żołądka lub spożywania niezdrowych pokarmów. Szczególniej ciężkie wrodzone choroby jak skrofule i krzywica są zdaje się nieznane. Od epidemii chroni odosobnione położenie kraju. Do tego wszystkiego dodać jeszcze należy brak miejscowości zamkniętych i właściwych im chorób. Wiedza lekarska Tubusów jest bardzo pierwotna i ogranicza się na środkach przeczyszczających, na wewnętrznym użyciu roztopionego masła i na wypalaniu żelazem. Dość dobrze stoi chirurgija: Tubusi umieją nastawiać zwichnięcia i złamania oraz zesztywiać rany. Ilość dzieci jest bardzo mała u Tubusów: same trudne warunki życia już wymagają tego, a przytém skąpe pożywienie i sposób życia nie wiele pobudzają zmysłowość, nakoniec mężowie spędzają często w podróżach całe miesiące a nawet lata, pozostałe zaś żony dochowują im wierność.

Wacław Natkowski.

236. Niezwykłe gorąco zeszłego lata spowodowało w Cincinnati bardzo wiele wypadków śmierci. W tygodniu od 9-go do 16 Lipca umarło 693 osób przy ludności niedochodzącej 300,000, to stanowi 108,6 na 1,000 rocznie. Te wypadki dzieją się jak następuje: mężczyzn 250, kobiet 164, dzieci niżej 5 lat 118, osób między 10 i 20 lat 161. Między 264 zmarłymi na udar (*Hitzschlag*) znajdowało się

146 zrodzonych w Niemczech. Średnia temperatura trzech dni (10, 11 i 12 Lipca) wynosiła $91,4^{\circ}$ F. ($=26,4^{\circ}$ R. $=33,0^{\circ}$ C.), najniższa temperatura w ciągu była $80,5$ F. ($=21,6^{\circ}$ R. $=26,9^{\circ}$ C.), najwyższa zaś $103,5^{\circ}$ F. ($=31,8^{\circ}$ R. $=39,7^{\circ}$ C.). (*Ausland*).

Wacław Natkowski.

237 Klimat algierskiego wybrzeża. Algierja dzieli się jak wiadomo pod względem układu pionowego na trzy pasy z północy na południe: północne wybrzeże, środkowa wyżyna i rozciągająca się na południe od ostatniej algierska Sahara. Pod względem klimatycznym część druga i trzecia mają wspólną cechę: krańcowość; pas zaś pierwszy północny różni się od nich zupełnie i jest pod każdym względem najszcześniejszą krainą w Algierji.

Algierskie wybrzeże zbliża się swym charakterem do szczęśliwych północnych wybrzeży morza Śródziemnego, szczególnie do leżącej naprzeciwko Rivieri. Wprawdzie leży ono przeszło o 6° dalej ku południowi, ale ta różnica położenia zaciera się pod wpływem układu pionowego.

Wybrzeża Prowansalskie i Algierskie tworzą dwa symetrycznie położone pasy. Tam góry wznoszą się od północy a pochylają ku południowi. Dla tego tam zimne wiatry północne natrafiają zapórę, podczas gdy gorące wiatry Afryki mają swobodny dostęp przez morze. Tutaj zaś gorące wiatry pustyni są wstrzymane, podczas gdy chłodne wiatry Europy dostają się swobodnie przez morze. Tak więc tam przewyżka zimna, tu zaś przewyżka ciepła są wyrównane. Zawsze jednak Algierskie wybrzeże jest o kilka stopni cieplejsze niż Riviera. Tak np. średnia roczna temperatura Nizy wynosi $15,30^{\circ}$ C, Algieru zaś $20,63$ (a bardziej na południe leżącej Madeiry tylko $18,36$).

Różnica ta nie polega jednak na wyższej temperaturze letniej Algieru, owszem obserwowane tam maximum wynosi o 1° mniej ($30,10$) niż w Nizy. Ale za to zima jest cieplejsza; mianowicie minimum w Nizy wynosi $3,60$ w Algierze zaś $7,50$. Wprawdzie obserwowano w Nizy po wielokroć -3° i więcej, w Algierze zaś podczas najsurowszych zim termometr zwykle nie spada niżej jak $+4^{\circ}$ i raz tylko w przeciągu długiego czasu spadł do $+0,40$. A zatem klimat Algieru jest jeszcze w wyższym stopniu morski niż klimat Nizy i na tem polega jego wielkie lecznicze znaczenie nie ustępujące a nawet może przewyższające wszystkie inne najslawniejsze w tym względzie miejscowości.

Też same mniej więcej warunki klimatyczne spotykamy na całym rąbku wybrzeża ale już w odległości kilku kilometrów we wnętrze łądu u stóp Atlasu termometr spada w zimie poniżej zera a w lecie podnosi się do 40° a nawet 45° . Lato jest suche, deszcze padają w jesieni (Październik i Listopad) ale nie długo i wilgoć szybko wysycha na wapiennym gruncie. Zima jest tak lekka że na

początku najzimniejszego miesiąca Stycznia kwitną już kwiaty.

Dla tych wszystkich powodów klimat algierskiego wybrzeża należy do najzdrowszych w świecie a wielka liczba tamtejszych mieszkańców dochodzi stu lat i więcej. Dawniej tylko niskie miejscowości z napływowym gruntem były siedliskiem febrы ale osuszenia i plantacje eukaliptu usunęły po większej części to jedyne zle.

Wacław Natkowski.

238. Praktyka kobiet-lekarzy w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej.

Doktorzy Emilija POPE, Emma CALL i Augusta POPE zebrały ciekawe dane statystyczne dotyczące się kobiet-lekarzy praktykujących w Stanach Zjednoczonych, z których niektóre przytoczymy. Pierwsza promowana w Ameryce Północnej lekarka była Dr. Elżbieta BLACKWELL Angielka, która skończyła kursa w Genewie w 1848 r. W tym samym roku założoną została w Bostonie pierwsza szkoła lekarska dla kobiet p. n. „*Female Medical Education Society*.” W następstwie bardzo wiele podobnych utworzyło się szkół i prócz tego wszystkie prawie uniwersytety amerykańskie otworzyły swe podwoje i dla kobiet. Z liczby 430 kobiet, o których autorki zdołały zebrać wiadomości, 390 zajmuje się praktyką, 11 nigdy nie praktykowały, a 29 rozpoczęły praktykę, następnie zaś porzuciły ją, (12 z powodu wstąpienia w związki małżeńskie, 7 z powodu choroby, a 5 z powodu niepowodzenia w praktyce obrały inny zawód).

Przed rozpoczęciem studyjów lekarskich 75% było niezamężnych, 19% zamężnych, a 6% wdów. Przeciętny wiek 27 lat, a czas przeciętny trwania studyjów $4\frac{1}{2}$ roku. Praktykuje mniej jak 5 lat 144 kobiet, od 5—10 lat 123, od 10—15 lat 40, od 15—20 lat 15, przeszło lat 20, kobiet 23.

Kobiet 341 zajmuje się prawidłową medycyną, 13 homeopatją, 10 kobiet na zapytanie to nie dało odpowiedzi. 269 zajmuje się praktyką ogólną, chociaż przeważnie kobiecą, 45 zajmuje się specjalnie ginekologią i akuszerją lub chirurgią, 4 oftalmologią i otiatryją, 7 chorobami umysłowemi, a 13 zajętych jest praktyką w szpitalach. Z liczby 138 praktykujących więcej niż 2 lata, 11 wykazuje dochody swoje jako nie wystarczające dla utrzymania; 32% z tej liczby ma do utrzymania jedną lub więcej osób, niekiedy całkowicie od nich zależnych. Kobiet 13 podaje że zdrowie ich w złém stanie się znajduje, a z tych 4 przypisują chorobę swoją skutkom praktyki lekarskiej. Kobiet 34 podało, że w pewnym okresie są mniej lub więcej niezdolne do zajęcia się praktyką, gdy tymczasem 273 nigdy z tego powodu przeskroby nie doznawały. Po otrzymaniu już dyplomów, 65 kobiet wyszło za mąż, a z tych 19 za lekarzy. Z liczby tej 14 przestało praktykować albo odrazu albo też gdy zaczęły

ciężyc na nich obowiązki matek. Dzieci z małżeństw tych urodziło się 67, a z wyjątkiem dwóch wypadków, matki same zajęły się swemi dziećmi. Istnieją niektóre szpitale dla kobiet i dzieci, w których funkcjonują tylko lekarki. Pierwszy szpital taki założony został w 1857 r. w Nowym-Yorku przez dokt. Elżbietę i Emilję BLACKWELL i Maryją ZAKRZEWSKĄ. W 1859 r. dr. ZAKRZEWSKA założyła podobny szpital w Bostonie przy istniejącym tam „*New-England Female Medical College*“ ale w 1862 r. szpital oddzielony został od szkoły i pod nazwą „*New-England Hospital of Boston*“ zostaje pod zarządem dr. ZAKRZEWSKIEJ, zawiera 46 a 12 łóżek dla rodzących.

Wiele kobiet-lekarki praktykuje również w rządowych zakładach dla obłąkanych w niektórych stanach (Pensylwania, Jawa, Michigan i t. p.). Około 12 kobiet-lekarki zostało również przez Stowarzyszenie Misyjonarskie postanych do rozmaitych stacyj misyjonarskich, gdzie znakomite usługi ołdają miejscowej ludności jak np. w Barilly, Allalabad, Bombaju i t. d.

Dinte.

239. **Ekstrakt mięśniowy i mocza jako środki lekarskie.** Rozbiory chemiczne ekstraktu mięśniowego LJEBIGA wykazały niejednokrotnie, że z wyjątkiem mniejszej ilości mocznika i kwasu moczowego, ekstrakt ten zawiera te same prawie części składowe co mocza. Zwyczajny buljon z ekstraktu razem z solami alkalicznymi nie zawiera więcej jak 1,5—2% części stałych, a to przeważnie mocznik, kreatynę, kreatyninę, isolinę i hematinę w rozkładzie—te same więc części składowe jak mocza. Na tej zasadzie NEAL twierdzi, że wartość odżywcza buljonu jest bardzo wątpliwa. SIBSON wykazał jak niebezpiecznie działa buljon może przy chorobie BRIGHT'A, przy której nerki obciążone by zostały balastem którego wyprowadzić nie mogły. NEAL twierdzi na tej samej zasadzie, że ekstrakt mięsny działać będzie źle, (prawie jak trucizna) przy bieguncie, dysenterji, albo przy bieguncie w przebiegu tyfusu. NEAL odmawia ekstraktowi wszelkiego działania odżywczego a natomiast przypisuje mu działanie pobudzające i wykazuje, że te same własności posiadać może mocza, i w samej rzeczy jako *stimulans* używanym bywał już dawniej. W Ameryce Południowej mocza stanowi zwykłe *vehiculum* dla rozmaitych leków, a mocza małych chłopców zachwalanym bywa jako *stimulans* przy złośliwej ospie. Chińczycy i Malajczycy bardzo często używają moczu. W pewnym wypadku krwotoku z nosa, który nie ustępował przez 36 godzin, pomimo wszystkich środków zużytych przez europejskich lekarzy, krwotok ustał natychmiast po wypiciu 1/2 kwarty świeżego moczu. NEAL'OWI więcej takich wypadków wyleczeń przytoczyli krajowcy. W niektórych okolicach Anglii używają również moczu jako środka lekarskiego. W 1852 r. BAUER zalecał użycie zewnętrzne moczanu ammonii przy trądzic i

innych uporczywych chorobach skórnych. W 1862 r. dr. HASTINGS wydał pracę o działaniu wypróbowania plazów przy leceniu suchot.

(Ref. w „*Medical Herald*“ 1882 Nr. 4, str. 98). *Dinte.*

240. Dr. PACZKOWSKI. **Fuchsanilinum nitricum.** (*Przegląd Lekarski* Nr. 8).

Korzystając z doświadczeń BOUCHUT'A, autor stosował w chronicznej chorobie BRIGHT'A fuksynę w ilości 3—4 ch grm. dziennie, podając ją w pigułkach lub roztworze; po kilkotygodniowym użyciu, w dwóch przypadkach znikło zupełnie białko w moczu, w trzecim zaś ilość białka znacznie się zmniejszyła. Zachęcony tym powodzeniem, autor zaczął używać fuksyny przeciw zapaleniu nerek, powstałemu podczas przebiegu płonicy. Dwu lub pięciodniowe używanie fuksyny w ilości 1—4 ch grm. dziennie, wystarczyło do zupełnego usunięcia choroby.

Stiche.

241. Dr. BRIEGER na posiedzeniu towarzystwa berlińskiego medycyny wewnętrznej, zakomunikował rezultaty doświadczeń jakie robiono z rezorcyną w klinice uniwersyteckiej berlińskiej. Zewnętrznie stosowano rezorcynę tylko przy rzeżączce w roztworze 5% bez żadnego skutku, przyczem wstrzykiwania połączone były zawsze z gwałtownym bólem. Wewnętrznie działa rezorcyna w dawkach od 1,5 grm. jako *antipyreticum* przy zapaleniu płuc, suchotach płucnych z gorączką trawiającą i przy tyfusie brzuszny. Jednakże obszerniejszemu zastosowaniu rezorcyny stoją na przeszkodzie ważne względy. Pominąwszy delirjya i objawy upadku sił (*collapsus*) jakie nieraz występują po małych nawet dawkach rezorcyny, jej działanie przeciwgorączkowe jest bardzo krótkotrwałe, niekiedy po opadnięciu temperatury występuje nagła *hyperpyrexia*, a nakoniec dreszcz silny w czasie opadania a częściści w czasie podnoszenia się temperatury. Nadto, trzeba zwrócić uwagę, że przy dłuższym użyciu rezorcyna zabiera z organizmu kwas siarczany a przeto tworzą się z niej łatwo utleniające się, trujące, ciemno-zabarwione produkty. Przy zimnicy rezorcyna jest zupełnie bezskuteczna.

Dr. GUTTMANN próbował w trzech przypadkach chronicznego kataru pęcherza, przepłukiwań roztworem 5% rezorcyny. Nie spostrzegł żadnego dodatniego wpływu na katar pęcherza, przeciwnie bardzo niemile drażniące działanie i bóle, kilka godzin trwające. W jednym nawet przypadku wystąpiły po wypłukaniu pęcherza 5% roztworem rezorcyny, gwałtowne bóle i parcie na mocza, dreszcze, mocza krwawa. Bezskuteczność rezorcyny przy cierpieniach pęcherza, stwierdzili także prof. LEYDEN i dr. GOLDAMMER. Dr. LUSTIG zwraca uwagę na przypadek zakomunikowany z Anglii, w którym po użyciu rezorcyny w dawce 6 grm, nastąpiło ostre otrucie z zejściem śmiertelnym

K. F.