

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

308. Dr. Fr. FISCHER. **Ogólna faradyzacja Beard'a i Rockwell'a.** (*Arch. f. Psychiatrie und Nervenkr. XII B. 3 H. 1882*).

Autor przedewszystkiem opisuje technikę wykonywania ogólnej faradyzacji, pierwotnie opisaną przez amerykańskich lekarzy BEARD'A i ROCKWELL'A w r. 1871. Szczegóły te pomijamy, albowiem znajdują się w każdym podręczniku Elektroterapii.

Najprzód elektryzuje się grzbiet, a zwłaszcza kolumna kręgową ze zwróceniem szczególnej uwagi na okolice pierwszego, drugiego i siódmego kręgu szyjowego (*centrum ciliospinale*) oraz na punkta bolesne. Biegun jużto utrzymuje się w miejscu, już przesuwa się po skórze.

Potem następuje elektryzacja piersi, w której wywołuje się kilka skurczów mięśniowych i całą powierzchnię klatki piersiowej przez krótki czas lekko pociera się elektrodą.

W dalszym ciągu poddaje się elektryzacji brzuch, za pomocą przesuwania bieguna, a później stałego działania na kilka punktów, a mianowicie w okolicy nadpepkowej (*plex. solar.*), w okolicy żołądka, śledziony, wątroby, oraz w dolnej części brzucha. Później elektryzują się górne i dolne kończyny za pomocą przesuwania elektrody w celu wywołania mocnych skurczów we wszystkich mięśniach. Wreszcie następuje elektryzacja głowy i zwojów szyjowych nerwu współczulnego (nerw ten w ogólności elektryzować należy we wszy-

stkich dostępnych punktach). Dokonywa się to najlepiej za pomocą ręki lub palca, gdy druga ręka trzyma biegun.

Zwykle używa się strumień indukcyjny, ale w uporczywych wypadkach może być zastosowany i galwaniczny. Autor używa indukcyjnego przyrządu du Bois, a dla stałych strumieni posługuje się aparatem STÖHRER'A.

Elektroda łącząca się ze stopą przedstawia blachę mosiężną mającą 16—20 ctm. długości i 10 ctm. szerokości, pokrytą kawałkiem flaneli; druga przedstawia półkulisty kawał mosiądzu mający 4 ctm. średnicy i pokryty grubą warstwą gąbki; pierwsza przy faradyzacji zostaje połączoną z Ka, druga z An.

Co do siły zastosowywanego prądu, radzi autor używać o tyle mocnych strumieni elektryzując grzbiet, pierś, brzuch i kończyny, iżby powstawały umiarkowane skurcze; co zaś do elektryzowania głowy, to w tej mierze należy kierować się po części uczuciem pacjenta, po części własnym; zresztą strumienie muszą być w ogólności słabe.

Miejsca przeważnie cierpiące muszą być uwzględniane szczególnie; punkta bolesne powinny być przez dłuższy czas elektryzowane.

Czas trwania jednego posiedzenia oznaczają BEARD i ROCKWELL 5—15 minut, autor zaś nader rzadko zadawał się 5 minutami (tylko u dzieci i u dorosłych przy pierwszym posiedzeniu), a jako zwykły czas trwania oznacza 10—45 minut (rzadko więcej jak 30 minut).

Co do pojedynczych okresów zgadza się autor na stosunek podany przez BEARDA i ROCKWELL'A, a mianowicie:

Elektryzowanie głowy trwa 1 minutę	
„ szyi, nerwu	
„ współczulnego	4 „
„ grzbietu	3 „
„ brzucha	3 „
„ kończyn	4 „

Dwa lub trzy posiedzenia tygodniowo wystarczają zwykle, lubo stosownie do okoliczności nawet i codziennie faradyzacja może się odbywać. Kuracja może trwać całe miesiące. Niektórzy pacjenci tak przyzwyczajali się do niej, że przychodzili do autora prosić jeszcze choć o jedno posiedzenie po skończonej kuracji. F. radzi, ażeby na pierwszym posiedzeniu nie elektryzować wszystkich części ciała, ale tylko krzyż, a później stopniowo coraz więcej.

Działanie ogólnej elektryzacji BEARD i ROCKWELL dzielą na pierwotne czyli pobudzające (*stimulirende*), wtórne, czyli odczynowe (*reactive*) i stałe czyli wzmacniające (*tonische*).

Do pierwszego należy polepszenie snu, zmniejszenie bólów, lub znużenia, weselsze usposobienie, u wrażliwych zaś i przy niewłaściwym zastosowaniu prądu—omdlenie, zimny pot, drżenie, zawroty, ból i uderzenie do głowy i t. p.

Do wpływów następczych zaliczyć wypada bóle mięśniowe, nie dające się bliżej określić usposobienie nerwowe, znużenie, i pogorszenie niektórych objawów. Wpływ ten występuje zwykle w jeden lub dwa dni po elektryzacji, i to zwykle tylko w początku kuracji.

Do stałych skutków zalicza autor następujące: polepszenie snu, apetytu i trawienia, uregulowanie czynności trzewiów (uleczenie zaparcia lub rozwolnienia) i krążenia, zmniejszenie chorobliwej wrażliwości nerwowej i pognębiaenia psychicznego, zmniejszenie znużenia i bólu, powiększenie objętości i mocy mięśni oraz ciężaru ciała, zwiększona skłonność i zdolność mięśni i umysłu do pracy, wzmocnienie czynności organów płciowych, wreszcie zmniejszenie osłabienia oka i krtani.

Opisane działanie ogólnej elektryzacji zależy po części od wpływu na ośrodki nerwowe, po części zaś od częstych skurczów mięśniowych.

Ogólne elektryzowanie wskazaném jest, według autora, w następujących kategoriach chorób:

1) Przy cierpieniach zależących od wadliwego odżywiania lub ogólnego osłabienia (niestrawność nerwowej natury, osłabienie nerwowe, niedokrwistość, blednica, śledziennictwo, macinnica i t. p.).

2) Przy chorobach zależących od miejscowych przyczyn nie dających się rozpoznać (nerwobóle, porażenia, padaczka, macinnica, hypochondryja i t. p.).

3) Przy nieuleczalnych chorobach, którym towarzyszą zaburzenia w odżywianiu ogólném.

Autor podaje dwa zajmujące spostrzeżenia własne i jedno prof. ERBA (zakomunikowane autorowi)—dotyczące skuteczności ogólnego elektryzowania.

Przypadek pierwszy dotyczy 30-letniej pacjentki, która od dawnych lat czuła się słabą i miewała od czasu do czasu napady tak znacznego osłabienia że następował zupełny bezwład rąk, który zresztą znikał zwykle po upływie ośmiu dni. W r. 1870, kiedy umarła w położu siostra pacjentki, ta ostatnia doznała głębokiego wzruszenia, skutkiem czego nastąpił niepokój psychiczny, zaburzenia gastryczne, brak łaknienia, ciśnienie w okolicy nadpępkowej i uporczywa obstrukcja. Wszelkie leki pozostawały bez skutku. Wreszcie wpadła chora w usposobienie melancholiczne i miewała halucynacje, a nadto pamięć zaczęła słabnąć; wrażliwość nerwowa doszła do tych rozmiarów, iż chora przy najmniejszym powodzie płakała i dostawała gwałtownego wstrząśnienia całego ciała przy najłżejszym niespodziewaném poruszeniu. Później przyłączyły się: brak snu, bicie serca, bóle nieokreślone, znikające po upływie kilku godzin, skurcze w mięśniach, drżączka, skłonność do wymiot, ściskanie w gardle, a zaparcie

stolca opierało się wszelkim środkiem rozwalniającym.

Miesiączkować poczęła pacjentka w 13-ym roku życia. Od 17-go roku peryjody występowały w nieprawidłowych odstępach czasu i były połączone z mocnymi bólami. W r. 1876 chora wyszła za mąż, lecz pozostała bezdzienna; stan zdrowia jej pogorszył się od tego czasu.

Ojciec choréj umarł w 59-ym roku życia na suchoty płucne, dwie siostry ojca cierpiały na melancholiję i umarły w wieku lat 20. Dziadek pacjentki miał trzy żony, z których jedna (nie wiadomo jednak z pewnością, czy to była babka choréj) dostała w połogu melancholji i skończyła do wody. Matka pacjentki chorowała na uporczywy ból głowy. Badanie dokonane w r. 1880 przez autora wykazało czerwone plamiste zabarwienie skóry piersi i szyi, zwolnienie czynności serca, wzmocnienie jego tonów, tętno 120—144, przekrwienie łącznicy, dziąseł, gardła, podniebienia i języka, bolesność w dołku podsercowym, zwiększona wrażliwość na wszelkie pobudzenia, nadczułość kolumny kręgowéj, lekkie osłabienie kończyn, źrenice nieco rozszerzone o prawidłowym odczynie na światło, zaburzenia psychiczne poprzednio opisane; ciężar ciała wynosił 85 funtów.

Rozpoznanie: melancholja w połączeniu z objawami naczynio-ruchowemi.

Po wypróbowaniu licznych środków (obmywań, spacerów, kąpiei i t. p.) autor przystąpił 6 września (po raz pierwszy widział chorą 28-go maja) do ogólnej faryzacji. Po pierwszym już posiedzeniu chora uspokoiła się, bicie serca i drżenie lewej nogi ustało; polepszenie to jednak trwało tylko pół godziny. Po 13 posiedzeniach tegoż rodzaju polepszenie trwało już 2—3 godzin, a po piętnastém skutek pozostał trwały; plamiste zabarwienie szyi i piersi ustąpiło, a 21-go grudnia po 24 posiedzeniach pacjentka była już zdrową, zdolną do wszelkich zajęć; od czasu do czasu doznawała tylko przemijającego bólu głowy i lekkiego bicia serca.

Drugi przypadek dotyczył 35-letniego mężczyzny, u którego rozpoznanie brzmiało: *status nervosus*. Stan ten trwał od najpierwszej młodości, a pod wpływem wielu zmartwień wzmógł się znacznie w ostatnich latach. Zbadany 27-go września r. 1880 chory, mocno zbudowany i żadnych objawów chorobnych w ważniejszych narządach nie przedstawiający, uskarżał się na bóle w mięśniach grzbietowych. Kończyny były osłabione, odruch kolanowy wzmocniony znacznie, puls 88.

Po 6 posiedzeniach nastąpiło znaczne polepszenie, ale przemijające. Zupełne wyzdrowienie nastąpiło dopiero po 29 posiedzeniach (11-go stycznia).

W przypadku ERB'A (r. 1874) została usunięta za pomocą ogólnego elektryzowania (trzy razy tygodniowo, po 10 minut) blednica, której inne środki wyleczyć nie były w stanie. Po każdym posiedzeniu ustawał ból głowy i pojawiała się skłonność do snu.

J. Polak.

309. Y. DÉJÉRINE. **O pewnej szczególnej i uleczalnej formie chronicznego rozlanego zapalenia rdzenia kręgowego.** Sur une forme particulière et curable de myélite centrale diffuse chronique. (*Revue de Médecine* Nr. 3 i 4—1882 r.).

Przeglądając liczne dzieła, traktujące o chorobach rdzenia kręgowego, widzimy, że wszyscy autorowie odzywają się jednakowo o rokowaniu przy *myelitis centralis diffusa chronica*: choroba ta uważana jest za nieuleczalną, skazującą chorych na przepędzenie resztek życia w łóżku i po pewnym czasie sprowadzającą śmierć. Autor zupełnie na to się zgadza, przytém dodaje, że w literaturze nie znalazł ani jednego przypadku, któryby się miał skończyć wyzdrowieniem.

Zachodzi jednak pytanie, czy objawy chorobowe, znajduwane w niektórych razach, są zawsze następstwem uogólnionego stwardnienia rdzenia t. j. czy zanik i porażenie mięśni, przykurczenia (*contracturae*), głębokie zaburzenia czucia, są zawsze tylko zależne od stwardnienia (*scler-*

*rosis*) czy też i od innych zmian anatomicznych rdzenia? Autor na zasadzie dwóch obserwacji, twierdzi, że objawy chorobowe powyżej przytoczone nie zawsze są zależne od rozlanego, chronicznego zapalenia rdzenia, albowiem ostatnie to cierpienie jest chorobą nieuleczalną, tymczasem obaj chorzy autora wrócili do zupełnego zdrowia.

Rozpoznanie początkowe brzmiało: *myelitis chronica, diffusa*. Gdy chorzy zaczęli powracać do zdrowia, rozpoznanie to upaść musiało.

Historyje obu chorych są bardzo do siebie zbliżone: Chorzy z klasy roboczej, z których jeden liczył lat 57, drugi 43, wstąpili do szpitala z przyczyny niemocy kończyn. U jednego cierpienie trwa od roku, u drugiego zaś dopiero od 4 miesięcy. Z początku zauważyli, że zwyczajna robota zaczyna ich męczyć i że nogi są słabsze. Po jakimś czasie nastąpił pewien stopień ogólnego bezwładu. Badanie wykrywa zmiany następujące:

Zanik wszystkich mięśni ciała, z wyjątkiem mięśni twarzy, objętość kończyn zmniejszona. Chorzy z trudnością zmieniają położenie ciała. Znaczny stopień porażenia mięśni. Przy wykonywaniu ruchów biernych czuć się daje pewien opór, co dowodzi, że oprócz porażenia, mamy jednocześnie i skrócenie (*contractura*) mięśni. Osłabienie mięśni bardzo wyraźne, chorzy z trudnością stawiają kroki powłócząc nogami. Mięśnie kończyn górnych przedstawiają również zanik i porażenie. Język, gardziel i krtań nie przedstawiają żadnych zbroczeń. Ani śladu jakiegoś niedowładu (*paresis*) mięśni, pozostających pod wpływem nerwu twarzowego.

Znaczne wzmoczenie odruchów ścięgniastych. Czucie skórne wszędzie, z wyjątkiem twarzy, prawie zupełnie zniesione; chorzy nie czują ani dotknięcia; lechtanie nie wywołuje odruchu. Przy ułknięciu, chory zamiast bólu, czuje tylko niedokładnie dotknięcie, które jednak do świadomości dochodzi dopiero po jakimś czasie. Ist-

nieje więc u chorego opóźnienie w przeprowadzaniu wrażeń; chory jednak dokładnie oznacza miejsce ułknięcia. Świadomość położenia członków zachowana w zupełności: przy zamkniętych oczach, choroby dokładnie określają miejsce położenia swych członków. Wrażliwość na temperaturę zachowana.

Czucie elektro-skórne bardzo znacznie zmniejszone.

Brak objawów bezładu ruchowego.

Zwieracze pęcherza i odbytnicy nie przedstawiają nic szczególnego.

Kurczliwość (*contractilité*) elektryczna jest prawie normalną we wszystkich mięśniach.

Wszystkie organa wewnętrzne przy badaniu okazały się zdrowymi.

Chorzy dawniej nie przebywali żadnych chorób, nie mieli nigdy do czynienia z ołowiem; przymiotu nie przechodzili.

Leczenie polegało na codziennym faradyzacji. Przytoczony powyżej obraz kliniczny trwał bez żadnej zmiany w pierwszym przypadku 6 miesięcy, w drugim 2 miesiące; poczem zaczęła się powolna poprawa. Zanik i porażenie zaczęły powoli ustępować; czucie wróciło; najdłużej utrzymało się wzmocnienie odruchów ścięgniastych. Chorzy wyzdrowieli zupełnie. W pierwszym przypadku choroba trwała 30 miesięcy: podczas 12 pierwszych, rozwijała się; przez 7 następnych utrzymywał się *status quo*, w ciągu ostatnich 11 miesięcy poprawa i powrót do zupełnego zdrowia. W drugim przypadku choroba trwała tylko 10 miesięcy.

Dodać należy, że przez cały ten czas nie zauważono ani razu odczynu gorączkowego. U obu więc chorych przez znaczny przeciąg czasu istniało cierpienie rdzenia, które charakteryzowało się rozlanym zanikiem, osłabieniem i lekkim przykurczeniem mięśni, powiększonym odruchem ścięgniastym i głębokim zakłóceniem czucia.

Co do rozpoznania, z początku nie mogło być zdaniem autora, żadnej wątpli-

wości, że mamy do czynienia c. *myelit. chron. centralis diffusa*. Szczegółowy rozbiór objawów pokazuje, że:

1) uogólniony zanik mięśni jest następstwem zmian w przednich rogach rdzenia;

2) porażenie mięśniowe ponieważ nie dało się odnieść wprost do zaniku mięśni, stosunkowo nieznacznego, autor tłumaczy cierpieniem pęczków piramidalnych;

3) głębokie zmiany w czuciu muszą być przypisane zmianom części centralnej substancji szarej [?] Rozpoznanie więc początkowe, zrobione przez autora brzmiało: *myelitis diffusa chronica*, zajmująca rogi przednie, pęczki piramidalne i substancję szarą, około-wysciółkową (*péripendymaire*).

Gdy jednak chorzy zaczęli wracać do zdrowia, rozpoznanie powyższe nie mogło być nadal utrzymane, ponieważ *myelitis diffusa* ma przebieg postępowy i zawsze sprowadza śmierć chorego.

Zastanawiając się nad pytaniem, do jakiej kategorii chorób rdzenia powyższe 2 przypadki zaliczyć, autor w końcu dochodzi do wniosku, że nie mogą być podciągnięte pod żadną z dotychczas znanych przyjętych form chorób rdzenia. Jest to pewna forma *myelopathiae generalis chronicae* ale *uleczalna*; autor przytém dodaje, że nie może sobie stworzyć pojęcia o zmianach, jakie miały miejsce w rdzeniu u obu tych chorych. Że zmiany były, o tém autor ani na chwilę nie wątpi; jakie jednak to były zmiany, przy których nastąpić mógł powrót elementów nerwowych do stanu pierwotnego, autor nie wie. Cierpienie obu tych chorych miało nadzwyczaj wiele podobieństwa do *myelitis centr. diffusa*, od którego wszelako odróżniało się pewnymi szczegółami które w przyszłości posłużyć będą mogły do rozpoznania: Kurczliwość elektryczna mięśni była bardzo mało zmienioną, skóra nie przedstawiała żadnych zaburzeń troficznych (nigdzie na częściach skóry, podległych uciskowi, niepowstało ani razu ja-

kieś zaczerwienienie które mogło spowodować odleżynę, tak zwykłą przy chorobach rdzenia), nakoniec przez cały czas choroby, zwieracze pęcherza i odbytnicy pozostały prawidłowemi. Z powyższej pracy autor wyprowadza następujące wnioski:

1) Istnieje jakaś *myelopathia* z przebiegiem chronicznym lub podostrowym, a mająca wszystkie cechy *myelitis centralis diffusae*.

2) Cierpienie to po pewnym czasie, mniej lub więcej długim, kończy się wyzdrowieniem zupełnem.

3) Uleczalność ta świadczy, że chodzi tu o jakąś szczególną chorobę rdzenia, której jednak natura anatomo-patologiczna nie jest jeszcze znaną.

4) *Myelopathia* ta powinna być oddzieloną od *myelitis centralis chronica* i zająć oddzielne miejsce w patologii rdzenia kręgowego.

H. Goldblum.

310. DUMONTPALLIÉR. **Letarg niezupełny z zachowaniem słuchu i pamięci.** Léthargie incomplète avec conservation de l'ouïe et de la mémoire. De l'indépendance fonctionnelle de chaque hémisphère cérébral. (*Gazette des hopitaux*, 65, 1882).

Młoda pacjentka w szpitalu „De la pitié“ była przedmiotem zajmującej obserwacji, albowiem będąc w stanie letargicznym i przedstawiając zupełny bezwład mięśniowy i znieczulenie, zachowała jednak zmysł, słuch i pamięć.

16-go maja o ósmej rano zastał ją autor jakoby śpiącą. Sen ten przypisywano zmęczeniu jakiego doznała skutkiem sąsiedztwa z majaczącą chorą.

O 11-jej godzinie sen trwał jak dawniej, a chora znajdowała się w tém samym położeniu. Wówczas już podejrzewał autor stan letargiczny. Nakłócia szpilką w rozmaitych miejscach nie wywoływały najmniejszych poruszeń, a podniesione członki spadały natychmiast bezwładnie; pocieranie skóry przedramienia i lekki nacisk

okolicy nerwu łokciowego wywoływały odruch.

Spojrzenie w nawpół zamknięte oczy wystarczyło do obudzenia choréj, z ruchów twarzy której łatwo było wyczytać usiłowanie krzyknienia, atoli zupełny bezgłos nie pozwolił jéj tego wykonać. Chora zdołała wyjaśnić, iż w nocy została przestraszona przez majaczącą sąsiadkę, która zbliżyła się do jéj łóżka. Od téj pory nie mogła się ruszać, słyszała jednak co się działo w sali i o ile można było ją zrozumieć, z niecierpliwością oczekiwała przybycia lekarzy. Bała się ona dostać zupełnego porażenia, które mogłoby nadać jéj postać umarléj. Nie mogła ruszać ustami ani językiem, otwierać oczu, podnosić kończyn, słyszała jednak rozmowę dokładnie. Ciężota, tętno i oddech nie zostały wówczas zbadane.

Autor zauważa iż pomienione objawy przedstawiały obraz śmierci pozornéj, jaka powodowała niekiedy przykre następstwa. Letarg ten zbliżony był do wywoływanego sztucznie, różniąc się jednak zachowaniem słuchu i pamięci.

W dalszym przebiegu choroby pacjentka kilkakroć okazywała zjawiska nerwowe, dowodzące wzajemnéj niezależności czynnościowej obydwóch półkul mózgowych.

Po obudzeniu chora poruszała głową z prawéj strony ku lewéj jakoby szukając prawem okiem jakiegoś przedmiotu. Po wywołaniu zaś stanu letargicznego autor zauważył, iż letarg ten objawiał się tylko w prawéj kończynie górnej i lewéj dolnej. To samo stosowało się do stanu kataleptycznego i somnambulicznego. Działanie światła na lewe oko i naciskanie lewéj okolicy ciemieniowéj pozostawało bez skutku.

Wówczas obudzono chorą kierując promienie światła na oczy. Badając następnie pacjentkę spostrzeżono, iż nie rozróżniała przedmiotów lewém okiem i nie czuła ułkócia lewéj ręki, podczas gdy

na prawéj stronie stosunki te były prawidłowe.

Doświadczenie to dowodzi, że tylko siatkówka prawego oka oddawała mózgowi wrażenie światła, i ucisk prawego tylko ciemienia oddany został mózgowi, z ką należało przypuszczać, że tylko lewa półkula mózgowa odbywała prawidłowo swą czynność.

Nazajutrz wykonał autor przeciwné doświadczenie, a mianowicie: wywołałszy za pomocą blaszek metalowych przeniesienie znieczulenia ogólnego i specyficznego zmysłowego, zauważył, że wpływ spojrzenia lub promieni światła skierowanych na oczy ażeby zahypnotyzować chorą, wywoływał poruszenia głową z lewéj strony na prawą, a stany letargiczny, kataleptyczny i somnambuliczny kończyny górnej i dolnej mogły być wywołane tylko działaniem na lewe oko, którego siatkówka była wrażliwą, oraz na lewą okolicę ciemieniową, która pozostała wrażliwą na ucisk. W tym więc razie prawa półkula znajdowała się w tych samych warunkach, w których dnia poprzedniego znajdowała się lewa.

Doświadczenia te dowodzą:

1) Że znieczulenie i *amyosthenia* były następstwem połowicznego porażenia mózgowego;

2) że czynność połowicza mózgu mogła być przeniesioną z jednéj strony na drugą przez zastosowanie blaszek metalowych z jednéj strony, co dowodzi skrzyżowanej czynności (*l'action croisée*) pobudzeń obwodowych.

Autor zakrywał też oko wrażliwe, gdy chora znajdowała się w stanie hypnotycznym, a kończyna górna była znieczuloną. Stan letargiczny, kataleptyczny i somnambuliczny nie ustępował, ale zmniejszał się.

Wreszcie po zastosowaniu blaszek metalowych na obie strony czoła, wrażliwość ogólna i specyficzna istniała z obydwóch stron górnej części ciała, ale była osłabioną. Przypuścić wypada, iż

gdy ogół czynności układu nerwowego został równo podzielony pomiędzy obydwie półkole mózgowie, czynność musiała być znacznie mniejszą dla każdej niż w przypadkach, w których jedna tylko półkole była siedliskiem czynności nerwowej.

Fakta te zgadzają się z uwagami podanymi przez autora w r. 1877 i 1878 (Société de Biologie), dotyczącymi przeniesienia zucia (transfert).

Autor wreszcie zachęca do dalszych poszukiwań nad niezależnością czynnościową obydwóch półkul, a mianowicie nad rozwiązaniem pytań:

1) Czy rozmaite funkcje pochodzą głównie od tej lub owej półkolei.

2) Czy istnieje dopełnienie czynnościowe (*suppléance fonctionnelle*) każdej półkolei, przy jakich warunkach i w jakich rozmiarach może być ono obserwowane.

J. Polak.

311. Prof. BROWN-SÉQUARD. **Przykurczenia pośmiertne.** Recherches experimentales, montrant que des causes diverses, mais surtout des lésions de l'encéphale et en particulier du cervelet, peuvent déterminer après la mort une contracture générale ou locale. (*La France médic.* 2—1882).

Znane zjawisko iż zabici na polu bitwy żołnierze, nader często zachowują po śmierci takie położenie jakie mieli w chwili zgonu, wywołało rozmaite objaśnienia dotyczące obserwowanej zwykle w tego rodzaju wypadkach dość znacznej sztywności mięśniowej, ani jedna atoli teoryja nie wyjaśniła rzeczy dotychczas. B.-S. opisuje liczne doświadczenia swe na zwierzętach, które doprowadziły go do następujących wniosków: 1) prawdziwe przykurczenie może występować po upływie pewnego czasu po śmierci, jak również na pewien czas przed śmiercią; przykurczenie to może trwać długo i przechodzić w zwykłą sztywność trupa (*rigor mortis*) albo zniknąć i wówczas pozwala określić czas trwania podrażnienia mięśniowego; 2) mó-

zdek (*cerebellum*) w największym stopniu posiada własność wywoływania przykurczeń po śmierci; 3) zachowanie jednostajnego położenia po śmierci na polu bitwy, nie zależy od nagłego wystąpienia sztywności trupiej, ale od prawdziwego przykurczenia.

J. Polak.

312. P. K. PEL. **O t. zw. ropnicy skrytej.** Zur Diagnose und Casuistik der sogen. occulten Pyaemie. (*Zeitschr. für Klin. Medicin — Tom IV — Z. 4*).

Przed niespełna 25 laty WUNDERLICH ogłosił 5 przypadków ropnicy, przy których za życia nie można było wykryć ogniska ropnego, źródła zakażenia krwi. Podobne też przypadki opisali następnie LEUBE i WAGNER. We wszystkich tych przypadkach przyczyna, która wywołała zakażenie krwi, nie była dość jasną. Takie przypadki zaliczyć należy do tak zwanej skrytej ropnicy, której rozpoznanie napotyka, często przewycięży się nie dające przeszkody. W wielu bowiem razach przebieg takiej ropnicy przedstawia nadzwyczajne podobieństwo do innych chorób, jak do ostrej prosówkowej gruźlicy, do zakażenia bagiennego, tyfusu, zapalenia opon mózgowych. Obraz kliniczny jest często tak podobny do tych chorób, że zwykle dopiero na stole sekcyjnym przez wykrycie pierwotnego ogniska ropnego i przerzutowych ropni w rozmaitych organach, możliwem jest właściwe rozpoznanie.

PEL podaje kilka swych własnych obserwacji skrytej ropnicy, które ze względu na objawy są nadzwyczaj pouczające:

I. 23-letnia dziewczyna wstąpiła do oddziału klinicznego prof. STOKVISA w Amsterdamie, uskarżając się na silne napady zimnicy codziennej. Badanie chorób pokazało, że wszystkie narządy nie przedstawiają nic nieprawidłowego, z wyjątkiem śledziony, która jest znacznie powiększoną. Chora skarży się oprócz tego na brak łaknienia i osłabienie. Podczas pobytu w szpitalu, zimnica wracała się codziennie

pomimo wysokich dawek chininy; napady zaczynały się z rana dreszczami, a kończyły się nad wieczorem obfitymi potami. Po kilkodniowych powrotach zimnicy, nastąpił nagły upadek sił i śmierć chorób. Sekcja wykryła *ropne zapalenie* około wyrostka robaczkowego i następcze ropne zapalenie żyły wrotnój.

W przypadku tym skrytej ropnicy przeważały: 1) zimnica codzienna, 2) obrzmienie śledziony, 3) zaburzenia w trawieniu. Obraz choroby najzupełniej odpowiadał zakażeniu bagiennemu (jedyna różnica—nieskuteczność chininy), dopiero oględziny pośmiertne wykryły, że przyczyną tej codziennie wracającej zimnicy było przenikanie do krwi gorączkotwórczych substancyj z ropnego ogniska, jażkiem było ograniczone ropne zapalenie otrzewnej, którego obecności za życia nawet nie podejrzowano. Przypadek ten jest nowym dowodem, że sprawy ropienia mogą się rozwijać w jamie brzusznej zupełnie skrycie.

II. 25-letnia dziewczyna wstąpiła do szpitala z objawami zimnicy codziennej. Badanie chorób wykrywa powiększoną śledzionę, brak łaknienia; wszystkie narządy prawidłowe. Po kilku dniach, wystąpiły opryszczki na wargach (*herpes labialis*); zimnica powracała codziennie; po przejściu potów chora czuła się zupełnie dobrze. Chinina nie wywierała żadnego skutku. Po dwudziestu dniach pobytu w szpitalu, wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych i chora zmarła. Sekcja wykryła *ograniczone, małe, ropne zapalenie* okostnej szczęki dolnej skutkiem spróchniałych zębów z następczą ogólną ropnicą.

Ten przypadek również był podobny do zakażenia bagiennego; dopiero sekcja wykryła prawdziwe źródło codziennych dreszczów, gorączki i potów.

III. 17-letni fotograf, cierpiący od 6 miesięcy na uchatok, wstąpił do szpitala z objawami zimnicy codziennej. Zimnica pomimo zadawania wysokich dawek chininy powracała codziennie, zaczynając się

op dreszczów, a kończąc się potami przed wieczorem. Po przejściu potów chory do następnego rana czuje się zupełnie dobrze. Śledziona powiększona, łaknienie prawie żadne. Po 2 tygodniach obrzmienie i silne bóle w prawym stawie napiętkowym i w lewym barkowym; po kilku dniach wysięk do jamy płucnej ze strony lewej. Wkrótce obrzmienie i ból w stawach zaczęły się zmniejszać, ale nastąpiło zapalenie i obrzmienie lewej żyły udowej, a w kilka dni potem zapalenie lewego stawu łokciowego. Po 5 tygodniach nastąpił obfity wyciek z ucha, zimnica więc nie wracała się; obrzmienia stawów zaczęły również ustępować i chory wyzdrowiał. Całe cierpienie trwało 40 dni. PÉL zalicza i ten przypadek do ropnicy skrytej ze względu na nieznaczne ognisko początkowe (próchnienie wyrostka sutkowego i uchatok). I tu przeważały: 1) codzienna zimnica, 2) powiększenie śledziony i 3) zaburzenia w trawieniu. Cierpienie było więc zupełnie podobne do zakażenia bagiennego, od którego odróżniało się tylko tym, że chinina nie wywierała skutku.

Oprócz ropnicy, podobny obraz kliniczny posiada *wrzdziejące zapalenie wsierdzia*, które również bardzo często wyraża się gorączką typu przepuszczającego codziennego, powiększeniem śledziony i zaburzeniami w trawieniu. Jeżeli więc wrzdziejące zapalenie wsierdzia występuje samodzielnie u osoby zupełnie poprzednio zdrowej, bez jawnej i widocznej przyczyny, łatwo może być zapoznanem i wziętem za zimnicę, témbardziej że objawy fizykalne wrzdziejącego zapalenia wsierdzia nie są stałe i na szmery sercowe niewiele liczyć można.

Również i *tyfus* może posiadać ten sam obraz kliniczny. Są przypadki tyfusu, w których gorączka już w początkach drugiego tygodnia choroby przybiera charakter przepuszczający; stan ten może potrwać 2 lub 3 tygodnie i nakoniec przychodzi wyzdrowienie.

Nakoniec i *cierpienia krwi natury*



przymiotowej posiadać mogą ten sam obraz kliniczny, jak to widać z następującej obserwacji:

IV. 33-letni mężczyzna wstąpił do szpitala z objawami zimnicy codziennej. Śledziona powiększona; łaknienie upośledzone. Chinina nie wywierała żadnego skutku. Napady zimnicze trwały bez przerwy. Po kilku tygodniach chory zaczął się użalać na ból palca wskazującego u prawej ręki, zależny od zapalenia okostnej trzeciego członka palcowego i na ból w czole, na którym zauważyć można było bolesne obrzmienie. Chory się przyznał, że przed kilkunastu laty miał owrzodzenie na żołądki. Zalecono podskórne wstrzykiwania sublimatu. Rezultat był zadziwiający; po dwóch dniach zimnica przeszła i następnie chory wyzdrowiał zupełnie.

Z tego widzimy, że chociaż natura wyliczonych powyżej chorób jest różnaitą, jednak istota choroby była zawsze jednaka t. j. *zakażenie krwi*, które wyrażało się codziennie powracającym napadem gorączki, powiększeniem śledziny i upośledzonym trawieniem. Zdaniem autora, fakt ten, że przy tak rozmaitych cierpieniach, których istota jednak ma wiele do siebie podobieństwa, objawy kliniczne również są do siebie podobne, zaśluguje na zaznaczenie.

Zestawiając wyniki swoich obserwacji, PEL dochodzi do następującego wniosku: Jeżeli u poprzednio zupełnie zdrowej osoby wystąpią codzienne napady gorączki typu przepuszczającego, z obrzmieniem śledziny i zaburzeniami w trawieniu, i jeżeli po wykluczeniu miejscowych cierpień (gruźlica) chinina nie wywiera żadnego skutku, w takich razach należy pomyśleć, że w tym przypadku ma miejsce:

- 1) albo t. zw. skryta ropnica, jeżeli gorączka jest znaczna;
- 2) albo wrzodziejące zapalenie wsierdza, jeżeli i badanie serca przemawia również za tym rozpoznaniem;
- 3) albo nieregularne formy gorączki durzycowej i wreszcie

4) cierpienie przymiotowe, nawet wtedy, gdy niema innych oznak cierpienia natury przymiotowej. *H. Goldblum.*

313. Prof. E. HARNACK. **Wykrycie jodu w moczu po zastosowaniu jodoformu.** (*Berl. Klin. Woch.* Nr. 20).

Liczne przypadki zatrucia przy stosowaniu zewnętrznym jodoformu, spostrzegane od czasu, kiedy środek ten wszedł w powszechne użycie, powstają bez wątpienia w skutek oswobodzenia się jodu, który wessany do krwi, szkodliwy wpływ swój na mózg wywiera. Wiadomo, że już w skutek wdychania ulatniającego się jodu wywołany bywa pewien stan podochocenia (*ivresse jodique*), podczas kiedy jodek potasu w wielkich stosunkowo dawkach może być bez szkody do organizmu wprowadzanym. Warunki rozkładu jodoformu i wessania wolnego jodu są nam mało znane, a tylko mniej lub więcej szybkie wydzielanie go w moczu, może dać pewne wskazówki o ilości wessanego jodu. Używane jednak powszechnie sposoby wykrycia jodu w moczu (przez dodanie kwasu siarczanego z kilku kroplami kwasu azotnego dymiącego i krochmalu, albo przez mieszanie moczu z chloroformem lub siarkiem węgla i wodą chlorową) dają się zastosować tylko wtedy, jeżeli jod znajduje się w roztworze w kształcie jodków (potasu lub sodu). Przy użyciu zaś jodoformu, jod występuje zapewne jeszcze w innych połączeniach, albowiem zwykłymi sposobami wykryć się nie daje podczas kiedy w popiołach spalonego moczu znaleźć go można z łatwością. Prawdopodobnie po części łączy się on we krwi z ciałami białkowatymi, a po rozłożeniu się ich powstają ciała organiczne, zawierające jod, które z moczem się wydzielają. Dla wykrycia jodu w tej postaci, H. zaleca odparować do suchości mocz z dodatkiem sody, spalić pozostałość w tyglu platynowym, a wyciąg wodny traktować rozcieńczonym kwasem siarczanym z dodatkiem kw. azotnego dymiącego, krochmalu i kilku kropli siarku wę-

gła. Po zmieszaniu, opadający na dno siarek węgla barwi się fioletowo, a nad nim osiada niebiesko zabarwiona warstwa krochmalu. Porównyując zabarwienie, jakie daje sam moc z temiż odczynnikami, będziemy w stanie dostrzedz, o ile reakcja jest w pierwszym razie wybitniejsza, czyli o ile jod w inném połączeniu, a nie jako jodek się znajduje. H. przypuszcza, że może przez równoczesne zastosowanie jodoformu i jakiego innego ciała np. zasady, uda się wolny jod zamienić na jodek i uczynić go przez to nieszkodliwym.

*Jul. Kramsztyk.*

314. LEUBE. **O przemianach cukru trzcinowego w ludzkim żołądku.** Über die Veränderungen des Rohrzuckers im Magen des Menschen. (*Arch. Virch. T. 88, Z. II*).

Kwestyja przemiany cukru trzcinowego w żołądku była dotychczas nierozstrzygniętą. Jedni autorowie zupełnie odrzucali możliwość takiej przemiany (FRERICHS, MALY), inni obserwowali ją tylko w tych razach, w których błona śluzowa żołądka znajdowała się w stanie zapalnym (HOPPE-SEYLER i KÖBNER u psów, UFFELMANN u gastrotomizowanego człowieka). LEUBE przy pomocy sondy żołądkowej przekonał się, że cukier trzcinowy zarówno w zdrowym jak i chorym żołądku zamienia się na cukier gronowy. Przemianę tę w zdrowym żołądku trudno bardzo wykryć, gdyż w miarę tego jak powstaje cukier gronowy, natychmiast zostaje przez błonę śluzową wessanym. U osób zaś chorych, u których sprawa wchłaniania w żołądku jest upośledzoną, można po wprowadzeniu doń roztworu cukru trzcinowego, przez pewien czas wydobywać znaczne ilości cukru gronowego. Przemiana cukru trzcinowego na gronowy w żołądku, przychodzi do skutku pod wpływem soku żołądkowego, o czém autor przekonał się na zewnątrz ustroju, działając na cukier trzcinowy wydobyty z żołądka (za pomocą przepłukania

bardzo zimną wodą) sokiem żołądkowym. Ponieważ rozcieńczony kwas soku, również zamienia cukier trzcinowy na gronowy, jakkolwiek daleko słabiej i powolniej niż sok żołądkowy, przeto widoczną jest rzeczą, że głównym czynnikiem tej przemiany w żołądku jest kwas wchodzący w skład soku żołądkowego. Być może, że pepsyna lub inny jaki ferment zwiększa w tym względzie energję działania soku żołądkowego. Śluz, jak to z doświadczeń autora wynika, nie wywiera żadnego wpływu na sprawę przemiany cukru trzcinowego.

*M. Rejchman.*

315. HILLER. **O podskórném stosowaniu środków wypróżniających.** Über die subcutane Anwendung von Abführmitteln. (*Zeitschr. f. Klin. Med. IV T., IV Z. 1882*).

Ponieważ kwestyja stosowania środków wypróżniających metodą podskórną była kilkakrotnie podnoszoną, przeto autor postanowił odpowiedniami doświadczeniami kwestyję tę rozstrzygnąć. Dla doświadczeń wybrał tylko te środki, które przy wewnętrzném zastosowaniu, już w bardzo małej dawce wywołują silny skutek i które są rozpuszczalne w wodzie (albo w mieszaninie równych części wody, wysokoku i gliceryny). Środkami odpowiadającemi tym warunkom są: *Aloina, Colocynthia, Citrullina, Katartina* i *kwas katartynowy*. *Aloina* działa podskórnie w dawce od 0,15—0,2 grm. Skutek jest taki sam jak przy wewnętrzném użyciu tej dawki. *Kolocynthia*, czysta z fabryki MARCKA, zarówno przy podskórném jak i przy wewnętrzném zastosowaniu działa bardzo silnie. Dawka 0,01 grm. przy obu sposobach wprowadzenia do ustroju jest wystarczającą do wywołania obfitych stolców. *Citrullina* (z fr. *Colocynthidis* wstrzyknięta pod skórę w ilości 0,005—0,01 grm. sprowadza wypróżnienie po upływie 4—6 godzin. Taką samą dawką jest wystarczającą przy zastosowaniu

wewnętrzny. Katartina (z fol. Sennae) działa bardzo słabo. Kwas katartinowy działa silniej, wstrzyknięty pod skórę w ilości 0,1 grm. wywołuje po upływie 8—12 godzin obfite wypróżnienie. Środki więc powyższe wstrzyknięte pod skórę w nadzwyczaj małej ilości, działają wypróżniająco. Wszelako nie mogą one być w zwykłych warunkach w ten sposób stosowane, gdyż wywołują silne bóle i objawy zapalne w miejscu wstrzyknięcia. Przekonawszy się jednak, że środki powyżej wymienione, działają na kanał pokarmowy za pośrednictwem krwi, autor postanowił spróbować inną drogą wprowadzać je do tej ostatniej. Mianowicie spożytkował w tym celu szybkie wchłanianie w odbyticy. Środki powyżej wymienione, we wskazanej dawce rozpuszczone w wodzie lub w mieszaninie wody, wysokoku i gliceryny i wstrzyknięte do odbyticy; prędko się wchłaniają i po upływie mniej więcej godziny wywołują obfite stolce. Pod tym względem szczególnie Kolocyntina, Aloina i Citrullina powinny znaleźć w praktyce obszerne zastosowanie. Płyn do rozpuszczenia tych środków należy brać bardzo mało, mianowicie od 5—10 cent. sześć. gdyż nie idzie tutaj o podrażnienie кишки znaczną ilością wody, lecz przeciwnie o wessanie wstrzykniętego środka. Do wstrzykiwań autor używał małej szpryki z twardego kauczuku.

*M. Rejchman.*

316. PENZOLDT i FABER. **O zdolności chłonnicy ludzkiego żołądka i o jej rozpoznawczym zużytkowaniu.** Über die Resorptionsfähigkeit der menschlichen Magenschleimhaut und ihre diagnostische Verwerthung. (*Berl. Klin. Woch.* 1882, Nr. 21).

Zdolność chłonnicy błony śluzowej ludzkiego żołądka autorowie badali w sposób następujący. Osobom zdrowym lub chorym na żołądek dawali łykać kapsułki żelatynowe zawierające po 0,2 grm. jodku potasu, poczem co minutę probowali za

pomocą papierków nasyconych krochmallem czy jod ze śliną się nie wydziela. U osób zdrowych, wydzielanie się jodu ze śliną następowało bardzo prędko. Już po 6 $\frac{1}{2}$ —11 minutach papierek krochmalowy zmoczony śliną barwił się na czerwono od dymiącego kwasu azotowego, a po upływie 7 $\frac{1}{2}$ —15 minut od początku doświadczenia, występowała na zmoczonym śliną papierku charakterystyczna barwa niebieska. Lecz takie szybkie wchłanianie jodku potasu w żołądku miało miejsce tylko wówczas, gdy ten środek został przyjęty na czczo lub nie przedź jak we trzy godziny po jedzeniu. U chorych na żołądek wchłanianie jodku potasu nie zawsze odbywa się z taką prędkością. Przy wrzodzie okrągłym żołądka zdolność chłonnicy błony jego śluzowej jest takąż samą jak w stanie prawidłowym. Przy rozszerzeniu żołądka wchłanianie jodku potasu znacznie się opóźnia. Zaczervenienie papierku krochmalowego występuje dopiero po 13—30 minutach, a zniebieszczenie po 22—45 min. Przy innych chorobach żołądka (nieżyt, niestrawność nerwowa i t. d.) autorowie mogli się przekonać, że we wszystkich tych razach w których trawienie żołądkowe zbyt długo się przeciąga, wchłanianie jodku potasu znacznie się opóźnia. Wyniki tych doświadczeń mogą być zastosowane do rozpoznawania chorób żołądka, w tych mianowicie razach, w których badanie za pomocą sondy żołądkowej, napotykałoby pewne trudności.

*M. Rejchman.*

317. CHAUFFARD. **Objawy gastryczne w gorączce durzycowej.** (*Paris, J. B. Baillière et fils.* 1882.—*Le progrès médical* 19, 1882).

Objawy gastryczne właściwe gorączce tyfusowej dotychczas nie były uwzględniane. Prawdziwą więc zasługę autora stanowi spostrzeżenie, że gorączka ta może być połączona zarówno ze zmianami w żołądku jak i we wszystkich trzewiach brzusznych. Stosując dowcipny sposób preparowania DAMASCHINO, polegający na na-

strzykiwaniu błony śluzowej żołądka wyskokiem 36<sup>o</sup> stopniowym albo dwuchromianem amonii 2-procentowej, wykonywanem natychmiast po śmierci, autor potrafił wykryć trudniej dające się spostrzedz zmiany, a później poddać je ścisłemu badaniu histologicznemu. Dokonawszy jak najstaranniejszego badania przeszło 30 zwłok, autor rozwinął pogląd pierwotnie wyrażony przez prof. CORNIL'A, który pierwszy w r. 1880 podał mikroskopijne badania nad zmianami chorobnymi w żołądku przy tyfusie.

Wychodząc ze stosunków anatomicznych, iż prawidłowo istnieją pomiędzy układem gruczołowym a warstwą mięśniową błony śluzowej wysepki limfatyczne odpowiadające gruczołom i blaszkom PEYER'A, autor tém samém wskazuje miejsce gdzie zmiany właściwe durzycy mają się odbywać. Obserwował on tam mnożenie się komórek limfatycznych, po części nagromadzenie się ich *per diapędésin*, oraz znaczne nastrożenie naczyń. W dalszym rozwoju sprawy można było spostrzedz wychodzące z tych pierwotnych ognisk limfatycznych wytwory wtórne, rozpromieniające się pomiędzy gruczołami. Niektóre z tych dochodzą do powierzchni błony śluzowej i wywołują małe ropnie prosowate, otwierające się następnie do jamy żołądka. Niekiedy zaś mnożenie komórek odbywa się pod warstwą gruczołową. Naczynia chłonne są rozszerzone i wypełnione białymi krążkami krwi; żyły przekrwione i przepelnione ciałkami krwi, usposobione więc do wytwarzania wybroczyn krwawych, tętnice zaś drobne przedstawiają oznaki zapalenia błony zewnętrznej i wewnętrznej. Zmiany opisane nie są rozlane; ale z tych miejsc uprzywilejowanych sprawa może przejść na części sąsiednie i przeniknąć do przestrzeni podśluzowej. Owrzodzenia powstają albo przez otwieranie się ropni prosowatych albo przez prawdziwą zgorzel pochodzącą z zatkania żył lub tętnic skrzepami przy zapaleniu wewnętrznej ich błony.

Trudno określić częstość występowania zmian przytoczonych, ale przeważnie powstają one w przypadkach, w których istniały za życia wyraźne objawy gastryczne, a zwłaszcza częste wymioty, niekiedy ze krwią. Nacisk wywierany w okolicy nadpępkowej oraz naciskanie szyi odpowiednio przebiegowi nerwów błędnych wywołuje w ogólności mocne bóle. Wymioty niepowstrzymane (*vomitus incoercibilis*) były niekiedy obserwowane podczas rekonwalescencji, a PETER wykrył znaczne miejscowe podniesienie ciepłoty, HANOT wreszcie obserwował znaczny zanik gruczołów żołądka.

J. Polak.

318. Dr. BOURRU. **Skuteczność środków higienicznych przeciwko epidemii odry.** *Épidémie de rougeole à l'hôpital maritime de Rochefort; succès de mesures hygiéniques.* (*Gazette des hôpitaux.* Nr. 53, 1882).

Epidemija odry powtarzała się w garnizonie w Rochefort corocznie w zimie, poczynając od pierwszych dni grudnia; pojedyncze przypadki stawały się coraz częstszymi, tak iż epidemija wreszcie obejmowała całe koszary a ztamtąd szerzyła się i na miasto począwszy od cyrkułu najbliższej koszar położonego. Na uwagę ze wszech miar zasługują wyniki z zastosowania środków higienicznych w tej epidemii przez d-ra BOURRU profesora w szkole lekarskiej w Rochefort.

Kiedy prof. BOURRU objął posadę, zastał 27 chorych na odrę; 4 umarło już poprzednio, a 3 jeszcze zapadło w ciągu następnego tygodnia. Stan chorych w ogólności był ciężki, niektórych zaś rozpaczliwy; większość okazywała objawy durzycowe, jedni byli dotknięci katarem oskrzeli i płuc (*bronchopneumonia morbillosa*), inni biegunką, wymiotami, majaczeniem, bezsennością. Nie wielu chorych uniknęło tych powikłań.

Poprzednik d-ra BOURRU napróżno używał wszelkich środków terapeutycznych. Pozostawało poszukać większego powodzenia w zastosowaniu higieny.

W każdej z dwóch sal, któremi B. rozporządzał, umieścił tylko 22 łóżka przeznaczając je najwyżej dla 20 chorych. W miarę zwiększania się liczby pacjentów nie rozmieszczano ich kolejno jeden przy drugim podług numerów łóżka, ale początkowo w różnych odległych od siebie częściach jednej sali, a kiedy ilość chorych wzrastała do 10 lub 11, następnych odsełano do drugiej sali. Później, przy większej jeszcze liczbie chorych, B. pozostawiał jedno łóżko próżne pomiędzy każdymi dwoma zajętemi przez chorych (przynajmniej ciężko chorych). Górne połowy okien o 6 metrów odległe od podłogi były codziennie otwarte pomiędzy godziną ósmą rano a piątą po południu, jeżeli pogoda sprzyjała, w razie zaś niepogody pozostawały otwartemi od godziny jedenastej do czwartej. Jednocześnie palono w piecach bacząc ażeby temperatura nieprzechodziła 12°. Sala mająca 12 metrów szerokości pozostawała próżną we środku, łóżka bowiem przystawione były do ścian. Chorych poczynających okazywać objawy tyfusowe przenoszono z łóżkiem na środek sali pomiędzy piece, w miejscu największego przewietrzania.

W miarę zwiększenia liczby pacjentów, BOURRU urządził drewniany szpital barakowy, do którego odesłał najniebezpieczniejszych chorych.

Wynik z doświadczeń tych był wielce zadawalniający. Objawy durzycowe znikły i następowała zupełna rekonwalescencyja. Najlepiej zresztą przekonywają cyfry:

Podczas epidemii w grudniu 1878 i styczniu 1879 chorych było 60, z tych zmarło 9.

Podczas epidemii w grudniu 1879 i styczniu 1880 chorych było 51, umarło 7.

W grudniu 1880 i styczniu 1881 chorych było 46, z których ani jeden nie umarł.

Chorzy we wszystkich tych epidemijach przedstawiali jednakowe warunki organizacyjne i społeczne, pochodzili z tej samej

miejsowości, leżeni byli w tych samych salach i epidemije też przedstawiały jednakowe cechy, przebieg i występowały zawsze w tej samej porze roku. W pierwszych dwóch latach śmiertelność wynosiła 14—15%, w trzecim zaś równała się 0.

J. Polak.

319. Dr. MOLLIER. **Przewlekłe otrucie tlenkiem węgla.** De l'intoxication chronique par l'oxyde de carbone. (Paris, janvier 1882.—*Journ. de thérapeutique* Nr. 10, 1882).

Niebezpieczne własności tlenku węgla znane są powszechnie. Ustrój nie przyzwyczajony do tego gazu, którego ślady nawet w powietrzu działając przez czas dłuższy—wywołują we krwi zaburzenia, oznaczone przez profesora J. SÉE nazwą *niedokrwistości kucharskiej*, *zawrotu kucharskiego* (*anémie des cuisines*, *vertige des cuisines*; literalnie więc kuchenny, nie kucharski).

W istocie, przestrzeni w kuchniach zwykle bywa mało, ciepłota wysoka, a powietrze zawiera kwas węglowy i ślady tlenku węgla. Zdrowie też osób znajdujących się ustawicznie w podobnej atmosferze ulega zawsze szkodliwemu wpływowi; zwykle rozwijają się objawy niedokrwistości: bladeść, osłabienie członków, zawroty, ból głowy, brak łaknienia, wymioty i t. p.

Otóż właśnie to powolne, przewlekłe otrucie stanowi przedmiot pracy autora. Streściwszy poglądy swych poprzedników, którzy się tą kwestyją zajmowali przytacza autor inne zajmujące spostrzeżenia, które zdołał zebrać.

Jedno z tych zrobione przez samego autora, w szczególności zasługuje na uwagę, albowiem dowodzi, że liczba czerwonych ciałek krwi przy otruciu przewlekłym tlenkiem węgla może się zmniejszać o tyle iż dochodzi do minimalnej; sama krew otrzymana przez ukłucie palca ręki, była blade prawie jak sok cytrynowy. Białe ciała krwi w ilości nieco większej; czerwone ciała badane pod mikroskopem nie okazywały zmian w postaci, ale

były znacznie bledsze niż w stanie prawidłowym.

Osobniki dotknięte przewlekłym otruciem tlenkiem węgla, bardzo szybko wracają do zdrowia przy zastosowaniu wzięcia tlenku; a szybkość ta jest dowodem, iż nie mamy tu do czynienia ze zwykłą postacią niedokrwistości, którą można uleczyć żelazem i chininą, ale z prawdziwym otruciem, przeciwko któremu służy jako odtrutka - tlen.

Co do rokowania rozróżnia autor dwie odmiany otrucia. Chorzy nie okazujący zaburzeń w sferze umysłowej, przy odpowiednim leczeniu odzyskują zdrowie po upływie dni kilku lub najwyżej kilku tygodni. Przeciwnie, jeżeli objawy ze strony mózgu są wyraźne, następuje często nieuleczalna niedołężność umysłowa (*dementia*), najczęściej w postaci obłędu prześladowczego; pomieniona postać choroby umysłowej oznaczona została przez MOREAU DE TOURS nazwą *szalu kucharzy* (*folie des cuisiniers*).

Wziewania tlenku odbywają się w sposób następujący: choremu wkłada się do ust rurka przechodząca od balonu zawierającego pięćdziesiąt litrów tlenku, i zaleca mu się wykonywanie jak najgłębszych wdechów, oddychanie odbywa się w ten sposób w ciągu 2—3 minut i powtarza się cztery lub pięć razy dziennie, dopóki balon nie zostanie opróżniony. Skutek podobnego leczenia w przypadku przytoczonym wyżej, był o tyle doniosły, że ilość czerwonych ciałek krwi, która doszła już była do minimalnej (950,000) po siedmiu dniach wynosiła już 4,500,000.

Przy obecności objawów mózgowych zaleca MOREAU DE TOURS zaleca użycie bromku chininy, podskórnie lub w pigułkach (10—40 centigr. dziennie) oraz letnie kąpiele; uleczenie (jeżeli możebne) następuje, według autora, przeciętno po upływie ośmiu miesięcy.

J. Polak.

## II. Gynekologija.

320. Dr. LAWSON TAIT. **O wycięciu części dodatkowych macicy w celu wstrzymania krwotoków macicznych.** (*The American Journal of the med. scienc. Zeszyt 1—1882 r.*)

Autor zaleca wycięcie jajników przy krwotokach macicznych, jako środek niezawodny wówczas, kiedy stosowanie ergotyny i bromku potasu i w ogóle wszelkich środków lekarskich niesprowadza pożądanego rezultatu. W pierwszych przypadkach wykonania operacji, rezultaty były niezbyt zachęcające, gdyż z 3 chorych operowanych umarły 2. Następnie począwszy od 1879 r. autor wykonał jeszcze 26 wyluszczeń jajników z procentem śmiertelności 7,7. T. szczegółowo opisuje 31 przypadków, w których wykonał wycięcie bądź to jednego lub obu jajników, a wyniki były pod każdym względem zadowalniające, krwotoki zmniejszyły się lub też zupełnie ustały. Autor zauważył, że prawie we wszystkich wypadkach przyczyną krwotoków były mięśniaki (*myomata*) macicy lub też torbiele jajników. Po wycięciu jajników mięśniaki się zmniejszały, krwotoki zaś we większej liczbie przypadków ustawały.

Operację samą robi T. jak zwykłą owaryjotomię, z zastosowaniem ostrożności przeciwnilnych. T. jest zdania, że wycięcie jajników w celu usunięcia krwotoków powinno być częściej stosowane. Autor zwraca uwagę na tę okoliczność, że wycięcie jednego lub obu jajników nie jest wystarczającym, a koniecznie powinny być wycięte i oba jajowody, gdyż tylko w takim razie krwotoki mogą być zupełnie usunięte.

Wstrzymanie miesiączki, jak przekonują kilka wypadków autora, wpływa również na zmniejszenie wielkości nowotworu macicy. T. upatruje także związek między mięśniakami macicy i towarzyszącymi im krwotokami a torbielami jajni-

ków, w dwóch bowiem przypadkach krwotoków, nie było mięśniaków, a tylko torbiele jajników zdawały się być przyczyną krwotoków macicznych. *Guranowski.*

321. J. MANN. **Dekapitacja za pomocą ekrazera.** (*Centr. f. Gyn.* Nr. 21, 1882).

Kwestyja oddzielania główki od tułowia, ze względu na narzędzie, jakim wykonywać je należy, była przed niedawnym czasem przedmiotem polemicznych uwag i obszernych dyskusyj, które ostatecznie doprowadziły do przekonania, że klucz hakowaty BRAUN'A, nad wszystkimi krążącymi narzędziami, stanowczą wyższość posiada. Mimo jednak znakomitych zalet, użycie jego, w niektórych zwłaszcza wypadkach, nie jest wolnym od pewnego niebezpieczeństwa, na jakie dolny odcinek macicy bywa wystawionym.

Metoda operowania, która obok zalet narzędzia BRAUN'A, w ochraniający działający sposób, owo niebezpieczeństwo usuwa, polega na użyciu ekrazera.

SIMPSON, BRAUN, STIEBEL i inni, wielokrotnie ze skutkiem ją wykonywali, obszerniejszemu jednak zastosowaniu stawiała na zawadzie trudność zakładania łańcuszka na szyję płodu.

Autor opisuje odpowiednio zmodyfikowany ekrazer MEADOW'A, od lat wielu używany w klinice prof. KÉZMARSZKY'EGO w Peszcie, który jednocześnie służy i do zmniejszania czaszki, na sposób BARNES'A, przez oddzielenie z niej pojedynczych części, i do dekapitacji, przy poprzecznym położeniu płodu.

Drut nieglijowany, najodpowiedniej struna fortepianowa, zakończona na obu końcach uszkami, stanowi pętlę ekrazera, którą z łatwością i bez niebezpieczeństwa na szyję płodu założyć można, uszka zaś bez trudności, do haczyka przy ekrazerze istniejącego, przyczepić się dają. Dla łatwiejszego przeprowadzenia pętli przez poprzeczną przegrodę ekrazera, wycięty jest w tej ostatniej otwór, odpowiadający mniej więcej grubości druta.

Opisany przy niniejszym artykule wypadek zaniedbanego położenia poprzecznego, przyczem pęknięcie macicy nastąpiło a skutkiem tego *peritonitis diffusa*, kończy autor uwagą: że w razach, gdzie przy znacznym ścięczeniu dolnego odcinka macicy, pęknięcie jej zagraża, gdzie zatem najmniejszego targania lub gwałtu unikać należy — tam ekrazer, jako narzędzie dekapitacyjne, na szczególne zasługuje uwzględnienie i pierwszeństwo przed kluczem hakowatym stanowczo dać mu wypada.

*J. E.*

### III. Chirurgija i Oftalmologija.

322. **Operacja cięcia cesarskiego sposobem Porro.**

Do statystyki podanej w Nr. 11 „Kroniki Lek.“ dodajemy opis wypadku operowanego przez GUICHARD'A, a oddanego obecnie do rozpatrzenia komisji złożonej z GUÉNIOT, POLAILLON i LUCAS — CHAMPIONNIERE'A; przypadek ten jest ciekawy ze względu na przyczynę śmierci.

Dotyczył on 25-letniej kobiety dotkniętej znacznym skrzywieniem kręgosłupa (*kyphosis*) oraz przedstawiającej liczne ślady zolzów i ropnych zapaleń okostnej. Zniekształcenie miednicy najwyraźniejszem było w otworze dolnym. Na początku maja r. 1881 brzuch znacznie się powiększył, zwieszając się na uda; ruchy płodu były wyraźne. Pomoc chirurgiczna stała się niezbędną.

Cięcie cesarskie wykonanem zostało 22-go maja przy zastosowaniu chloroformu i wszelkich ostrożności przeciwnych. Przecięcie macicy po linii środkowej nie wywołało znacznego krwawienia, ale po otworzeniu tego narządu wypłynęła znaczna ilość wody płodowej. Wydobyto płód płci męskiej ważący 2750 gramów. Po odklejeniu łożyska i odjęciu macicy, trąbek FALLOPIUSZA i jajników, nałożono szew brzuszny a kikut maciczny umieszczono w dolnym kącie rany i pociągnięto półtorachlorkiem żelaza. Nało-

żono wreszcie opatrunek LISTERA. Operacja trwała godzinę. Wieczorem nastąpił krwotok; kauczukowa ligatura wstrzymała krwawienia. Chora dostała nieco bulionu, mleka, wódki i lodu. Dzień 22-go maja przepędziła pomyślnie. 24-go nastąpiło wzdęcie brzucha, które spowodowało duszność. Do tej przyłączyła się śpiączka, tętno 140. Język suchy. Napróżno usiłowano wypuścić gaz za pomocą nakłóć włoskowatych. Wieczór nastąpiła śmierć z powodu zaduszenia.

Badanie zwłok nie wykryło ani śladu zapalenia otrzewnej.

*(Cyphose dorsale, rétrécissement transversal de quatre centimetres du détroit inférieur, rétrécissement oblique ovalaire du détroit supérieur, opération césarienne par le procédé de Porro. Le praticien. Nr. 23, 1882).*  
J. Polak.

323. HENRY B. SANDS. **Laparotomija jako środek przeciwko zamknięciu przewodu jelitowego.** The question of laparotomy for the relief of acute intestinal obstruction. *The medical record. Nr. 598, 1882, p. 427.*

Myśl wykonywania laparotomii w celu pomienionym, powziął autor na podstawie następującej obserwacji:

22-go Stycznia wieczór wezwany został przez dra DRAPERĄ do chorego 67-letniego księdza, cierpiącego od 48 godzin na zupełne zaparcie stolca. Pacjent oprócz zmniejszenia apetytu i obstrukcji żadnych z resztą objawów chorobnych nie doświadczał. Rozumiejąc iż to był napad zwykłego zaparcia stolca, chory w ciągu dwóch dni przed przybyciem autora używał środki czyszczące, które wywołały dwa skąpe wypróżnienia, ale następnie pozostawały bez skutku, tak iż po użyciu ostatniej dawki 21-go stycznia nastąpiły tylko wymioty (zawartością żołądka zmieszaną z żółcią). Skonstatowane przez autora zamknięcie przewodu kiskowego nie zostało usunięte do samej śmierci chorego, która nastąpiła 30-go stycznia, czyli po upływie

dni dziesięciu od początku choroby;—przez cały ten przeciąg czasu dwa lub trzy razy odchodziły wiatry, wypróżnienia jednak nie było wcale. Użyte lawatywy pożywe oraz z czystej wody pozostawały bez skutku, w czwartym dniu wystąpiły wymioty kałowe. Na szczególną uwagę zasługiwał zupełny brak bólu w brzuchu; wzdęcie rozwijało się nader wolno, tak iż dopiero na dwa dni przed śmiercią stało się znacznym.

Autor wraz z d-rem DRAPER'EM dokładali wszelkich starań w celu wykrycia przyczyny obstrukcji, atoli badanie nie wykrywało żadnych stanowczych danych. Ściany brzuszne były miękie i sprężyste; jedynym objawem nieprawidłowym był pewien opór przy mocnym naciskaniu prawej okolicy podżebrów, guza jednak wykryć nie było można. Doktorowie VAN BUREN i WEIR, którzy widzieli chorego 23, 24 i 25-go stycznia, wyrazili zdania: pierwszy, iż przyczyną choroby jest niestrawiony pokarm który utkwiał w kiszce cienkiej, drugi, iż przeszkoda znajduje się w kiszce grubej. Oprócz przetworów mawkowca, samego lub z belladoną, oraz z octanem ołowiu, otrzymał chory trzy obfite enemy z wody, lecz te wróciły w całości zupełnie czyste.

28-go Stycznia po znieczuleniu chorego eterem, wykonano badanie przez odbytnicę, które wydało rezultat ujemny. Proponowano kolotomiję, enterotomiję oraz laparotomiję, lecz nie zdecydowano się na operację z powodu niebezpieczeństwa przywiązanego do takowej, oraz podeszłego wieku i osłabienia pacjenta; 29-go stycznia zadano olej krotonowy, po którym nastąpiły wymioty; nazajutrz zaś chory umarł.

Badanie zwłok wykryło, iż zamknięcie przewodu jelitowego nastąpiło w skutek uwięźnięcia kamienia żółciowego w jelicie cienkim w odległości czterech stóp od zastawki BAUHINA. Część kiszki po nad tym miejscem była przekrwiona i rozciągnięta, poniżej zaś blada i zwężona. Pe-



cherz żółciowy przedstawiał wielki otwór z owrzodzenia powstały oraz zrośnięcie z dwunastnicą; w okolicy tęjże i pęcherza żółciowego wykryto przewlekłe zapalenie otrzewnej; nadto wątroba była stłuszczo-ną, nerki zaś ziarniste.

Opisując ten przypadek autor słusznie podziwia trudność w rozpoznaniu choroby, zważywszy iż kamień żółciowy stanowi nader rzadką przyczynę tego rodzaju obstrukcji (4%), cztery razy przytém częstszą u kobiet niż u mężczyzn. Nadto nie było tu bólu charakterystycznego w podobnych wypadkach.

Gdyby jednak, zapytuje siebie autor, rozpoznanie było niewątpliwem, czy operację należałoby wykonać? Odpowiedź byłaby wątpliwą, jeżeli tylko kamień żółciowy był przyczyną zamknięcia кишки; albowiem były wypadki, iż nawet większe niż znaleziony w tym wypadku kamienie, sprowadziwszy jeszcze groźniejsze objawy wychodziły następnie przez odbytnicę, już to siłami natury, już przy pewnej sztucznej pomocy. Autor przytacza odnośne przypadki THOMASA (*Med. Chir. Transact.* 1815, vol. vj, p. 98), BRAGUE'A (*Med. Chir. Trans.* vol. 12) i dra OMONDA.

Według statystyki DUCHAUSSOY, z 20 chorych dotkniętych ostrem zaparciem stolca spowodowanem kamieniami żółciowymi wyzdrowiało zaledwie sześciu. Autor wątpi, ażeby operacja mogła zmniejszyć wielką odsetkę śmiertelności, a to z powodu podeszłego wieku i osłabienia osób chorobą dotkniętych, z powodu cierpienia wątroby i jelit, ciężkich objawów oraz niepewności w rozpoznaniu. Zdanie autora potwierdza przypadek BRYANT'A, w którym śmierć 50-letniej kobiety cierpiącej od 72 godzin na zupełną obstrukcję, nastąpiła w ośm godzin po wyjęciu z cienkiego jelita kamienia żółciowego.

Niezważając na przytoczone fakta, autor poleca laparotomię i wyjęcie kamienia we wszystkich przypadkach, w któ-

rych dokładne rozpoznanie może być wcześniej skuteczzone, a sama wielkość kamienia nie pozwala na przypuszczenie, iż może wyjść przez odbyt siłą natury. Rozpoznanie w niektórych przypadkach może być dokonane za pomocą obmacywania przez powłoki brzuszne, w innych, przez odbytnicę, jeżeli ta jak w wyżej przytoczonym wypadku nie jest zwężoną. Dla tego też radzi autor zastosowywać badanie przez odbytnicę przy zamknięciu przewodu jelitowego wcześniej, kiedy jeszcze łatwiej daje się wykonać.

W ogólności śmiertelność z laparotomii przy ostrém zamknięciu kanału jelitowego jest olbrzymią; według LEICHTENSTERN'A, wynosi mianowicie 70%; atoli autor mniema, iż jest bezwarunkowo większą, gdyż wiele nieszczęśliwych przypadków pozostało bez opisu. Autor sam przytacza trzy przypadki, z których jeden tylko skończył się pomyślnie (*intussusceptio* u dziecka 6-miesięcznego operowanego w ośmnaście godzin po wystąpieniu objawów choroby).

Pierwszy z pomienionych niepomysłnych wypadków obserwowany w zakładzie Roosevelt-Hospital w r. 1876 dotyczył 40-letniego mężczyzny cierpiącego od sześciu dni na zupełne zaparcie stolca połączone z okrutnymi bólami, wzdęciem i wymiotami. Przyczyną obstrukcji jak się pokazało po rozcięciu brzucha, było przemieszczenie кишки ślepej i okrężnicy, przyczem krezka i jelito cienkie zostały ściśnięte przez śródjelicie przyokrężne (*mesocolon*). Naciskając po wykonaniu laparatomii rozciągnięte jelita autor wydzielił zawartość tychże przez otwór stolcowy, poczem łatwo mógł odprowadzić przemieszczone części; ale po upływie sześciu godzin pacjent umarł z powodu wstrząśnienia (*shock*).

Drugi przypadek z zejściem śmiertelnem dotyczył dziecka półsiódma miesiąca mającego, dokniętego wPOCHWIENIEM (*intussusceptio*); śmierć nastąpiła w czte-

ry godziny po operacyi. Wreszcie przytacza autor i trzeci niepomyślny tego rodzaju przypadek, którego był świadkiem.

Jakkolwiek fakta te niezbyt są zachęcające, autor jednak twierdzi, iż pomimo to w niektórych wypadkach wpochwienia, przecięcie ścian brzusznych bywa bezwarunkowo wskazanem przy zamknięciu przewodu jelitowego. W pomienionym wyżej przypadku pomyślnie zakończonym, śmierć, zdaniem autora, nastąpiłaby bezwątpienia gdyby operacyja nie była wykonaną.

Również poleca autor laparotomię w pewnych przypadkach zamknięcia przewodu jelitowego zależących od przepuklin, od ciał obcych, które w inny sposób nie mogą być wydalone, od zaciśnięcia więzadłami, wreszcie w przypadkach w których przyczyna wykryć się nie daje, jeżeli zamknięcia niepodobna usunąć i pacjent jest zagrożony nieuchronną śmiercią. Nadto skutek spodziewany od operacyi zależy od zdolności wczesnego rozpoznania stanu patologicznego, tak iż należy się starać ażeby operacyja mogła być wykonaną zanim choroba wyczerpie siły pacjenta.

Istnieje atoli jeszcze jedna kategoria przypadków zamknięcia przewodu jelitowego, a mianowicie, w której rozpoznanie dotyczy tylko faktu iż zamknięcie istnieje. Nazbyt ryzykowni chirurdzy oraz owaryjotomiści radzą i wówczas wykonywać laparotomię; autor atoli nie podziela ich zdania opierając się na fakcie, iż wiele tego rodzaju przypadków kończy się pomyślnie nie tylko bez pomocy operacyjnej, ale nawet i bez wszelkiego udziału sztuki lekarskiej. Sam autor przytacza kilka odnośnych wypadków.

Pierwszy dotyczył młodego człowieka od czterech dni dotkniętego wyraźnymi i męczącymi objawami zamknięcia przewodu jelitowego; autor uleczył chorego zaleciwszy mu, po przekłuciu roz-

ciągniętej kiszki szprycą PRAVAZA, ma-kowiec, okłady oraz pożywne enemy.

W drugim przypadku 69-letni mężczyzna został uleczony za pomocą morfiny i nader obfitych ławatyw; po upływie trzech dni, czyli w ósmym dniu choroby pacjent miał wypróżnienie, poczem nastąpiła rekonwalescencyja.

W trzecim przypadku obserwowanym w szpitalu Ś-go Łukasza i dotyczącym 55-letniego oddawna posiadającego przepuklinę pachwinową prawą męzczyzny, uleczenie nastąpiło w kilka dni po ukazaniu się wymiot kałowych.

Do tych własnych obserwacyj prelegent dodaje dwa spostrzeżenia innych autorów (*Lancet*, 3-go stycznia 1880 i *Boston Medical and Surgical Journal*, 23-go listopada 1876), przemawiające za zdaniem wyrażonem przez autora.

J. Polak.

324. A. T. NORTON. **Jaka jest istota gorączki występującej niekiedy przy wprowadzeniu cewnika moczowego.** On the question, what is that condition which has been called urethral fever? (*The Lancet* Nr. 17—1882 r.).

Wiadomo, że wprowadzenie cewnika do pęcherza, pociąga czasami za sobą podniesienie ciepłoty ciała. Fakt ten znany jest oddawna, lecz istota tej gorączki dotychczas nie jest jeszcze zbadaną. Autor sądzi, że przyczyną tego odczynu gorączkowego stanowi pobudzenie układu nerwowego, skutkiem czego następuje przyspieszona przemiana materji. Zwykle gorączka taka szybko przemija. Zdarzają się jednak przypadki, gdzie gorączka po wprowadzeniu cewnika jest bardzo wysoką, a nadto mogą się rozwinąć bardzo ważne i ciężkie zaburzenia w niektórych organach. NORTON opisuje 2 przypadki, które ze względu na objawy są bardzo ciekawe:

I. Choremu w celach rozpoznawczych wprowadzono cewnik do pęcherza (podejrzowano obecność kamienia w pęcherzu) W nocy chory dostał dreszczów, które

trwały 4 godziny, przytém ciepłota ciała podniosła się do 38,27 C. Ponieważ badanie pierwsze nie było decydujące, przeto w 12 dni później wprowadzonym został cewnik po raz drugi. Kamienia nie znaleziono. W kilka godzin później nastąpiły ponownie dreszcze, ciepłota ciała doszła do 38,8° C. Dreszcze powtórzyły się kilkakrotnie i dnia następnego. Na trzeci dzień zauważono, że chory z trudnością wymawia wyrazy; wysunięty język zwraca się na prawo; opadnięcie górnej powieki lewego oka; prawej nogi chory nie jest w stanie podnieść; silne zaczerwienienie lewej połowy czoła, lewej gałki ocznej, lewej połowy twarzy i szyi. Usta skrzywione na prawo. Dziewiątego dnia zaczęła się poprawa; następnego dnia objawy porażenia przeszły. W 2 tygodnie później, chory znów dostał dreszczy, przytém nastąpił wysięk do otoczki (*tunica propria*) lewego jądra. Wysięk powoli został wessany; w końcu chory wrócił do zupełnego zdrowia.

II. Choremu, cierpiącemu na zwężenie cewki moczowej, wprowadzono cewnik Nr. 3, a zaraz potem Nr. 4. Na drugi dzień chory dostał silnych dreszczy, przytém ciepłota podniosła się do 39,2<sup>0</sup>/<sub>10</sub>. Trzeciego dnia ciepłota 40,5°—tętno słabe, czkawka. Choremu zrobiono kąpiel ciepłą, poczem gorączka spadła. Chory oddaje niewielką ilość moczu, odznaczającego się obfitą zawartością białka. Czwartego dnia wystąpiła obfita wysypka opryszczkowa (*herpes*) na prawej połowie czoła, twarzy, szyi i na prawej łopatkę. W kilka dni później wysypka zaczęła zasychać. Mocz przez długi jeszcze czas zawierał białko.

Zdaniem autora, w obu przypadkach były zaburzenia nerwowe. W pierwszym przypadku język i niektóre mięśnie twarzy były porażone; ruchy i czucie zmniejszone. Oprócz tego był porażony nerw sympatyczny lewej połowy głowy i szyi. Chory wyzdrowiał; we 2 zaś tygodnie po zniknięciu zjawisk porażenia nastąpiło po-

dostrawie zapalenie lewego jądra z wysiękiem. Zdaniem autora, nastąpił tutaj drugi lekki atak zwrotnego porażenia n. sympatycznego, podobnie jak to miało miejsce trzeciego dnia choroby, kiedy nastąpiło silniejsze zaczerwienienie lewej połowy twarzy i szyi.

W drugim przypadku także istniały zaburzenia, będące zdaniem autora, pochodzenia nerwowego. Wysypkę opryszczkową należy zaliczyć do cierpień pochodzenia nerwowego. W tym przypadku opryszczki wystąpiły po jednej stronie twarzy i szyi, co jest dowodem, że wysypka ta odpowiadała rozgałęzieniu odpowiednich nerwów. Następstwa wprowadzenia cewnika są rozmaite, zależnie od siły i czasu trwania podrażnienia, jak również od usposobienia chorego.

W jednym przypadku następstwem wprowadzenia cewnika może być lekki odczyn gorączkowy, trwający zaledwie kilka lub kilkanaście godzin, innym razem może się pokazać białko w moczu; w gorszych zaś jeszcze przypadkach może się rozwinąć niedowład lub zupełne porażenie jednego lub kilku nerwów, a nawet całego układu nerwowego. Zdaniem NORTONA, zarówno gorączka jak i powyżej opisane zaburzenia nerwowe powstają na drodze zwrotnej w skutek podrażnienia nn. obwodowych cewki moczowej.

H. Goldblum.

325. Dr. BOUSSENOT. **Leczenie nieodprowadzalnych przepuklin za pomocą podskórnego wstrzykiwania chlorku morfiny.** (Traitement des hernies irréductibles par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. (Paris, juillet 1882 r.).

Dr. PHILIPPE wydał przed kilkoma laty sprawozdanie z trzech obserwacji dotyczących skuteczności chlorku morfiny przy odprowadzaniu przepuklin. Od tego czasu tenże autor obserwował jeszcze pięć podobnych przypadków, które zakomunikował dr. BOUSSENOT.

Dwa przypadki podane przez BOUSSE-

NOT dają się w ten sposób w kilku słowach opisać:

Mężczyzna liczący lat 65 wieku, oddawna posiadał dwie przepukliny pachwinowe które z łatwością odprowadzał. Pewnego razu nie mogąc tego uczynić zawezwał d-ra PHILIPPE'A, który skonstatował przepuklinę nieodprowadzalną (*irréductible*). Próby wprawienia (*taxis*) dokonywane w ciągu kwadransu pozostawały bez skutku. Wówczas P. wstrzyknął pięć kropeł roztworu chlorku morfiny. Guz natychmiast stał się miękim, zmniejszył się i nie był już tak bolesnym. Po upływie jeszcze kwadransu wykonano drugie podobne wstrzyknięcie, poczem przepuklina została z łatwością wprawiona w ciągu kilku minut.

Drugi przypadek dotyczył 83-letniej dotkniętej przepukliną pępkową kobiety u której wystąpiły objawy uwięzienia. Dr. P. wezwany dopiero trzeciego dnia, przekonawszy się o niemożności bezpośredniego wprawienia wstrzyknął 5 kropli morfiny, lecz po upływie 10 minut powtórnie bez skutku usiłował wykonać odprowadzenie. Gdy wówczas powtórzył wstrzyknięcie (w tej samej ilości), guz stał się miękim i kilka pętel jelita zostały odprowadzone; ale gdy w ciągu minut 20, P. nie mógł osiągnąć większego skutku, wstrzyknął po raz trzeci 5 kropeł, i po upływie 15 minut wprawił całą przepuklinę, a ból i inne objawy uwięzienia zniknęły.

Jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że w wielu przypadkach uwięzionych przepuklin operacja pozostanie zawsze jedynym środkiem, przecież i sposób dr. PHILIPPE'A nie małe w pewnych razach może posiadać znaczenie.

J. Polak.

326. Dr. OSCAR BLOCH (z Kopenhagi). **Niebezpieczeństwo ze strony kanki przy wykonaniu tracheotomii i właściwy sposób użycia kanek.** (*Medical Record*. Nr. 19, 1882).

Według autora, najważniejszą rzeczą dla zapobieżenia wypadkowym obrażeniom zdarzającym się często przy tracheo-

tomii, jest wybór właściwej kanki. Porównując pomiary tchawicy dokonane przez chirurgów oraz rozmaite kształty kanek, autor poleca następujące ich wymiary dla dzieci w rozmaitym wieku będących:

Wiek.	Obwód.	Średnica.
0—1 roku	17 mm.	5 <sup>2</sup> / <sub>3</sub> mm.
1—2 lat	21	7
2—3 „	24	8
3—5 „	27	9
5—7 „	30	10
Od 7-10	31—47	10 <sup>1</sup> / <sub>3</sub> —15 <sup>2</sup> / <sub>3</sub> .

Długość 4,5—5 ctm. uważa autor za wystarczającą; co do postaci zaś, uważa za najlepszą podaną przez PARKER'A z kątem rozwartym i skośnym otworem. Jeżeli rozpoznana bywa obecność owrzodzenia tchawicy, wówczas można użyć albo zwykle używanej rurki srebrnej, alboważ zastąpić ją kanką MORRANTA BAKER'A, z wulkanizowanego czerwonego kauczuku, a nawet zwykłą rurką do drenowania, z tegoż materiału przyrządzoną, która umocowuje się za pomocą szpilki umieszczonej w kierunku poprzecznym do rany zyi; wreszcie, można brzegi rany oddalić od siebie za pomocą dwóch szpilek podwójnych.

J. Polak.

327. Prof. Dr. SKLIFASOWSKI. **Wycięcie powłok brzusznych (prelum abdominale).** (*Wracz.* 18. 1882).

Autor, przytaczając popolicie przyjęte zdanie, iż przy wycinaniu nowotworów z przedniej ściany brzucha należy unikać zranienia otrzewnej, a jeżeli to byłoby nieuniknionem, zaniechać operacji, przedstawia trudność zastosowania się do tej reguły, z powodu wątpliwości co do rozpoznania położenia nowotworu, mającego być wyluszczone. Z drugiej strony przytacza dwa pomyślnie wypadki z własnej praktyki, pomimo że wycięta została znaczna część otrzewnej.

Pierwszy z tych opisany jeszcze w r. 1877 (*Wojenno-med. żurn., lipiec*) dotyczył chory, u której dla usunięcia mięsaka wycięta autor prawą połowę przedniej ściany brzu-

cha wraz z otrzewną; chora wyzdrowiała, jakkolwiek nastąpiło wypadnięcie trzewiów prawej połowy brzucha przez miejscę pozbawione warstwy mięśniowej i otrzewnej, która to okoliczność zmusiła do zastosowania właściwego aparatu usuwającego wypadnięcie. Drugi przypadek operowany w bieżącym roku szkolnym podajemy w streszczeniu:

Chora, 29-letnia włościanka, wstąpiła do kliniki mosk. uniw. 26-go października 1881. W przedniej ścianie brzusznej z lewej strony znajdował się olbrzymi guz rozciągający się od dolnego brzegu żeber prawie do więzła POUPART'A; guz ten zajmował więc omal nie całą lewą połowę przedniej ściany brzucha, a wznosił się ponad poziom części otaczających mniej więcej na 8 cent. Nowotwór był twardy, ciężki, mało przesuwalny; odgłos wykukowy tępy. Ogólny stan zdrowia pacjentki kwitnący. Guz rozwijał się w ciągu lat trzech i pół, najbardziej zaś w ostatnim roku; na pół roku przed chwilą kiedy chora go spostrzegła, została uderzoną przez konia w lewy bok. Operację wykonał autor 10 listopada 1881, w obec 8 lekarzy i 30 studentów. Podłoga i okna w pokoju, w którym operacja miała być wykonaną, zostały poprzednio umyte, przewietrzanie pokoju odbywało się codziennie przez 10 dni (przed operacją). Wreszcie podczas samej operacji zastosowano jak najstaranniej wszelkie ostrożności przeciwnilne. Cięcie podłużne poprowadził autor od końca wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego, do tego dodano drugie cięcie łukowate wzdłuż lewego brzegu żeberowego. Ponieważ po oddzieleniu skóry z podskórną tkanką łączną, pokazało się, że oddzielenie nowotworu od otrzewnej było niemożliwem, autor zmuszony był wyciąć całą lewą połowę ściany brzusznej w ten sposób, iż przeciąwszy całą grubość ściany wzdłuż smugi białej i u góry wzdłuż brzegu żeberowego, przeciął następnie ścianę u dołu w poprzek, w odległości jednego palca

poprzedniego od więzła POUPART'A. Ostatnie przecięcie (podłużne) dokonane zostało odpowiednio linii pachowej od żeber do grzebienia kości biodrowej. Na całej tej przestrzeni wyciął autor wraz ze ścianą brzuszną ścienny listek otrzewnej. W ten sposób zostały obnażone: żołądek, znaczna część wątroby, błona sadłowa (*omentum majus*) i prawie wszystkie jelita; narządy te poczęły wypadać pod wpływem wymiot, które po wycięciu ściany brzusznej nastąpiły. Podwiązawszy kilka tętnic i zebrawszy gąbką krew z jamy brzusznej, pokryto wnętrze płatem skórnym. Do jamy brzusznej włożono dwie grube rurki drenowe 10 ctm. długości mające. Zastosowano opatrunek LISTER'A, na który jeszcze położono kilka wielkich poduszek watowych dla wywierania ucisku.

Rana zagoiła się *per primam*. Ciepłota w 2-im i 3-im dniu po operacji wynosiła 38,2°; później spadła, ale 18-go listopada znowu podniosła się z powodu obfitego ropienia które powstało pod płatem skórnym; spadła wreszcie znowu 29-go listopada, a ropienie ustało zupełnie 3-go grudnia.

Blizna po zagojeniu wynosiła połowę długości rany. Chora zachowywała położenie poziome dopóki nie otrzymała przyrządu podtrzymującego. W miejscach wypuklenia wyraźnie można było wyczuć, iż trzewia są tylko skórą pokryte. Na uwagę zasługują zjawiska jakie występowały u operowanej przy oddychaniu: brzeg żeberowy z lewej strony mniejsze wykonywał ruchy niż z prawej, lewa połowa klatki piersiowej (pod gruczołami piersiowymi) była większa niż prawa o 1—1½ ctm.; przy bardzo głębokim wdechu następowało zakłęśnięcie w prawej okolicy podżeberowej i mocne wypuklenie z lewej strony. Po założeniu przyrządu podtrzymującego chora czuła się zupełnie dobrze i opuściła klinikę 5-go marca 1882 roku.

W obec nieprawdopodobieństwa iżby

tak znaczna część otrzewnej mogła się na nowo odtwarzać, przyjmuje autor, że wyzdrowienie następuje przez zrośnięcie płatu skórniego z powierzchnią surowiczą narządów jamy brzusznej za pomocą rozwijającej się młodej tkanki łącznej; zresztą i ten sposób objaśnienia faktu, zdaniem autora, nie pozostaje bez zarzutu, albowiem ruchy perystaltyczne jelit w przytoczonych wypadkach były prawidłowe. Ostatecznie więc mogłyby rzecz wyjaśnić tylko doświadczenia na zwierzętach, które też autor zamierza wykonać.

*J. Polak.*

328. Dr. REICH. **Krótkowzroczność w Zakauk. Instytucie pańien, wojennym gimnazjum, szkole junkierskiej etc. Sztuczne oświetlenie w klassach i pensyonatach.** (*Tyflis* 1882, str. 53).

Autor zbadal stan oczów u 2222 uczącej się młodzieży obu płci w 8 naukowych zakładach; w tej liczbie rossyjan było 50%, ormian 23%, gruzinów 17%, 10% inn. narodowości. Procent krótkowzrocznych w rozmaitych zakładach w wyższych klassach był od 15% do 71%, wtedy gdy w najniższej klassie od 0 dochodził do 13%. Procent krótkowzrocznych między ormianami większy niżli między rossyjanami. Najwięcej krótkowidzów znalaziono w klassach gimnazjum (34%) i w Instytucie pańien (33%), następnie w żeńskim gimnazjum (29%) i wojennem (28%). Procent ambliopów i astygmatyków większy w żeńskich szkołach (6%) niżli w męzkich (3-5%). Jeśli wykreślić słabe stopnie krótkowzroczności (niżej i Dioptryj), to rezultat będzie taki:

w tyfl. szkole miejskiej	0%	krótkowzr.
— 2-ój klass. gimnazjum	8,7%	„
— i „ „	11%	„
— żeńskim gimnazjum	12%	„
— wojennem „	14,5%	„
— szkole junkierskiej	18%	„
— Instytucie pańien	26% (!)	„

Wynika ztąd że oko kobiety więcej jest skłonne do rozwoju wysokich stopni krótkowzroczności.

Drugą część swęj broszury poświęca autor sztucznemu oświetleniu klas, które—jak się okazało—było najgorszem w Instytucie pańien. Wspomniawszy słowko o idealnem słonecznem oświetleniu z góry, jak to widzimy w muzeach, fotograficznych zakładach i t. p.; przypomina on jaki powinien być zachowany stosunek między powierzchnią szkieł w oknach i płaszczyzną podłogi we wzorowych klassach: na 40-48 uczni, przy głębokości pokoju 7 metrów, stosunek ten powinien być 1:6 lub 1:5, przy świetle padającym ze strony lewej.

Mówiąc o sztucznem oświetleniu, autor oddaje wyższość oświetlaniu gazowemu nad naftowem, a najwyżej stawia elektryczne, najwięcej zbliżone do światła słonecznego. Oświetlenie przytęm powinno być na tyle dostateczne, aby uczniowie mogli rozpoznawać litery pod kątem widzenia 5 minutowem, gdyż niedostateczne sztuczne światło jest najważniejszym czynnikiem, sprzyjającym rozwojowi krótkowzroczności i inn. cierpień oczów u uczącej się młodzieży. Lekarzy i pedagogów interesujących się tą ważną kwestyją higieny szkolnej odsyłam do tej broszury, objaśnionej tablicą rozmaitych sposobów ustawiania i zawieszania lamp w klassach i internatach, w salach gdzie młodzież przygotowuje swe lekcye.

*Dr. J. Talko.*

329. Dr. A. MOOREN, **leczenie jaglicy i dyfterytu spojówki oka.**

W świeżo wydanęj książce p. t. Fünf Lustren Ophthalmol. Wirksamkeit (Wiesbaden 1882, str. 304), autor zdaje sprawę z 25-letnięj praktycznej swęj działalności. A materyjał to nielada, bo oparty na 108,416 chorych! Na ten raz ograniczymy się na leczeniu jaglicy i dyfterytu oka. Dr. M. przy uporczywęj jaglicy (trachoma) używa mieszaniny jodoformu 5,0 z Collodium 30,0 z dołączeniem 2,0 eterycznego olejku, którą pęzuje powierzchnię powiek i bliższe okolice oczu; procedura ta powtarza się codziennie po po-

przedniem oczyszczeniu skóry za pomocą octowego eteru. Lub też stosuje na powierzchnię spojówki maść: 0,15 jodofornu na 10 grm. wazeliny z dołączeniem peruwiańskiego balsamu, dla zamaskowania niemiłej woni; skoro chory uczuwa przytém ból, zalecają się zimne okłady. Przy takim leczeniu granulacje zwykle błędą i rezorbują ich idzie szybko.

Co do dyfterytu, wiadomo że najstraszniejsza jest tu anemia, wywołana ścisaniem naczyń włóknikowemi złoгами w tkankach a także zatknięciem naczyń mikrokokami (KLEBS). Naciezione twarde powieki, z jednej strony, obrzękła nakształt wałka spojówka, otaczająca rogówkę z drugiej — działają tu mechanicznie na odżywianie rogówki, niemówiąc o wpływie chemicznym krwionośnych i limfatycznych naczyń. Otóż najpierwszém zadaniem lekarza powinno być rozcięcie zewnętrznego spoidła powiek, dla zmniejszenia ciśnienia takowych na gałkę, a następnie stosowanie dniem i nocą ciepłych kataplazmów, sprzyjających szybkiemu odziedlanianiu się znekrotyzowanych części i cyrkulacyi krwi resp. odżywianiu tkanek; z przemywaniem od czasu do czasu ciepłą wodą lub rumiankiem. W peryjodzie blenoroicznym dr. M. kauteryzuje spojówkę lap. mitigato, używając jako adjuvans wodę chlorową, której oddaje pierwszeństwo przed kali hyperm., kw. karbolowym, a stawia na równi z kw. salicylowym i bornym.

Dr. J. Talko.

## MISCELLANEA.

**330. Nowe środki lekarskie z Madagaskaru.** Dr. PARKER, lekarz królowej Madagaskaru, przedstawił w Londyńskim towarzystwie farmaceutycznym sporą kolekcję środków lekarskich tej wyspy.

Wyspa Madagaskar ma obfitować we wszelkiego rodzaju rośliny, przedstawiające obszerne pole dla poszukiwań fizjologicznych i farmaceutycznych.

Miejscowa ludność zachwala wiele środków używanych z powodzeniem przy chorobach oskrzeli, na czele tych umieszczają oni grzyb zwany *Hôla-tafa*, który zadają w postaci nastoju lub odwaru.

Wiele też środków istnieje przeciwko chorobom narządów moczowych, przeciwko glistom, z których jeden działa nie mniej skutecznie jak santonina; dwa środki mają być pożyteczne przeciwko tasiemcowi. Jedną roślinę z rodziny *Rubiaceae* używają krajowcy jako lek ściągający i tamujący krew. Mają też środek przeciwko bólowi głowy zwany przez nich *Tisàva*. Wielce zachwalane są leki przeciwgośćcowe. Zastępują na szczególną uwagę nasiona *Vato-làlaka* używane dla wydalania łożyska. Nadto znajduje się na wyspie krajowy olej rycinowy, ustępujący zresztą zwykle używanemu, wreszcie dobre gatunki aloesu, akonitu i kulczyby. *Fangena* ma posiadać własności trujące, ale działanie fizjologiczne jej nie jest znane. (*The medical Record*. Nr. 18, 1882. *British medical Journal*). P.

**331. Krzusiec.** Dr. VOLSUANI poleca następującą mięszankę: Rp. *Camphorae monobrom.* gr. XXV. *Extracti belladon.* gr. 1/6. *Aquae destillat.* unc. IV. *Syrupi ipecacuanhae,* unc. semis. MDS co godzinę łyżkę stołową.

**332. Naderwania i popękania brodawek sutkowych.** Rp. *Gutta-percha* gr. XV. *Chlorophormi puri* q. s. ad solut. MDS pędzlowanie.

**333. Swierzbieżka.** DORON poleca: Rp. *Emulsio amygdal. libram j,* *Sublimati corrosivi, Ammonii muriatici* aa gr. IV MDS. zewnątrznie. GUYON. Rp. *Unguenti glicerini* unc. jj. *Magisterii bismuthi, Zinci oxydati* aa drachm. j MDS. zewnątrznie. VIDAL. *Aquae destillat.* unc. V. *Aquae rosar.* unc. jjj. *Chloralis hydrat.* dr. j—drachm. jj *et semis* MDS. zewnątrznie. Po każdym obmyciu posypać proszkiem mączki.

**334. Blepharitis ciliaris.** Dr. GAŁĘZOWSKI stosuje Rp. *Hydrargyri praecipitati rubri* gr. j *et semis Plumbi acetici crystalisati* gr. 1/12. *Axungiae porci* drachm. j. *Ol. nucum jugland.* gutt. V MDS rano i wieczór smarować brzegi powiek.

**335. Eczema części rodnych.** DEVERGIE, Rp. *Aluminis crudi* drachm. jj 1/2—drachm. V, *Aquae destillat.* libram. j MDS zewnątrznie.

Rp. *Sublimati corrosivi* gr. 1/2—gr. jj. *Aquae destillat.* libram. j MDS zewnątrznie.

**336. Bronchopneumonia u dzieci,** zwłaszcza w okresie sinicy i upadku sił. Rp. *Infusi melissae* unc. jj. *Cognaci,* drachm. jj 1/2—unc. j. *Syrupi chinae, Syrupi florum aurant.* aa unc. semis MDS. Co godzinę łyżeczkę od kawy.

(*Gazette des hopitaux*, Nr. 34). Stiche.

**337. Statystyka alkoholizmu we Włoszech.** We Włoszech statystyka wszystkich wypadków śmierci z powodu otrucia alkoholem dokonana została dopiero w roku 1881; dane były zebrane przez władze miejscowe wszystkich obwodów w ilości 284.

Statystyczne liczby w porównaniu z takimiż innych państw przedstawiają się jak następujące:

Nazwiska państw. lub miast	Czas obserwacyi.	Ludność.	Liczba zmarłych.		Ilość. pro mille.
			ogólna	z powodu alkoholizmu.	
Włochy	1881.		184,000	304	1,65.
Anglja i Walja	1877—79	24,899,343	1,566,623	3,190	2,04.
Szkocya (królestwo)	1875—76	3,495,000	155,907	5:3	3,29.
Szkocya (8 miast głównych)	1879—80	1,266,327	55,975	173	3,09.
Belgja	1875—76	5,336,185	284,102	781	3,33.
Szwajcaryja (7 kantonów)	1876—77	697,712	35,436	112	3,05.
„ (9 innych kant.)	1878—79	852,803	39,879	131	3,88.
Szwecya (miasta)	1877—78	663,204	28,229	176	6,25.
Norwegja	1875—78		38,307	142	2,66.
New-York (miasto)	1872		32,647	416	12,08.
Massachusetts	1875—80	1,657,265	200,225	470	2,35.

### 333. Leczenie padaczki za pomocą kurary.

KUNZE poleca nader gorąco użycie kurary przeciwko padaczce. Próbował on tego środka w 35 przypadkach w mowie będącej choroby i w 9 z tych uleczenie było zupełne. Fakta przytoczone przez autora dowodzą, że wszystkie postacie padaczki, nawet te, w których choroba była zadawnioną i spowodowała znaczne zaburzenia umysłowe, mogą być uleczone za pomocą kurary, która może nawet po części usunąć skutki zaburzeń w sferze inteligencji.

EDLEFSEN na podstawie tych obserwacyi, spróbował tegoż środka w pewnej liczbie przypadków niewątpliwiej padaczki; przepis jego odpowiada poleconemu przez KUNZE'go, ale przeznaczają on ten przepis do wstrzykiwań:

Rp. Curare 0,50  
Aq. destill. 5,0  
Acid. muriat. gtt j.

E. wstrzykiwał  $\frac{1}{3}$  lub  $\frac{2}{3}$  szpryki PRAVAZA' a co pięć dni. Wstrzykiwanie nigdy nie wywoływało zapalenia ani też objawów otrucia. W dwóch przypadkach padaczki macicznej (*hystero-epilepsia*) środek pozostał bez skutku. Z 13 przypadków niewątpliwiej

padaczki, których przeważna część była dawnego pochodzenia i ciężki przedstawiała przebieg, w 6 nie zauważył autor żadnej ulgi, w trzech nastąpiło zupełne uleczenie, w trzech innych napady poprzednio codzienne powtarzały się po użyciu kurary zaledwie co kilka miesięcy i nie były tak silne. Ostatni przypadek jeszcze nie jest ukończony, ale kuracja idzie pomyślnie. We wszystkich opisanych wypadkach przez długi czas poprzednio używano bez skutku wszelkich innych leków przeciwpadaczkowych. (*Mittheilungen für den Verein Schleswig-Holsteiner Aerzte*, 1881. *Centrabl. für Klin. Med.* 1881. *Edinburgh med. journ.*, marzec 1882).

J. P.

334. **Kolos anatomiczno-patologiczny.** „*The medical Record*“ (6-go maja 1882) wspomina o guzie moszen ważącym 42 funty; guz ten (*elephantiasis Arabum*) był operowanym u pacjenta z Bombaju. Pomienione pismo zowie go *Jumbo* (nazwisko olbrzymiego słonia, przywiezionego niedawno z Londynu do Ameryki) wszystkich zbiorów patologicznych.

335. **Oryginalny pogląd.** Na wzór humorystycznego wydawcy „*New York Times*,” dr. MERRITT z Chigago gorąco broni teoryi, że zimnica pochodzi z plam na słońcu. (*The med. Rec.* J. P.

— Odpowiedź od redakcyi. *D-rowi Kr. w Irkutsku* Odebraliśmy. Dziękujemy.

## DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na drugie półrocze r. b. zwracając zarazem uwagę, że w celu uniknięcia zwłoki w ekspedycyi „Kroniki“ najlepiej prenumerować wprost w Administracyi ul. Włodzimierska Nr. 14 miesz. 4.

— Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego wydawany pod redakcyą E. KLINKA Zeszyt II za r. b. wyszedł z druku i zawiera:

SKÓRCZEWSKI B. Spostrzeżenia nad niektórymi zaburzeniami powstałymi pod przewlekłym wpływem zakażenia malaryjnego. KOTŁUBAJ H. Zmiany anatomiczne ślinianek po podwiązaniu głównych przewodów wydzielających. MATLAKOWSKI WŁ. Kilka spostrzeżeń przepuklin i uwagi nad niemi. LEWIŃSKI M. O fizyologicznem przeciwdziałaniu pilokarpiny i atropiny na ślinianki podżuchwowe. Protokoły posiedzeń Towarzystwa od dnia 3 Stycznia 1882 r. do dnia 18 Kwietnia 1882 r. Protokoły posiedzeń komitetu sanitarnego. SOKOŁOWSKI A. O suchotach płuc przymiotowych. MAYZEL W. O czerwonej wodzie źródła we wsi Chojnie. Rachunki Towarzystwa lekarskiego.

Wydawca:  
Dr. Bauerertz Adam.

Redaktor:  
Dr. Kazimierz Filipowicz.