

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Medycyna wewnętrzna.

411. Dr. CHERVIN. **Leczenie jąkania.**
(*Journal de thérapeutique. Nr. II. 10 Juin 1882.*)

Powszechnie wiadomo, że jąkanie leczy się właściwymi ćwiczeniami gimnastycznymi odpowiednich narządów. CH. opisuje racjonalny sposób leczenia oparty na długoletniem doświadczeniu.

Mowa składa się z szeregu czynności które można podzielić na trzy główne kategorie:

- 1) wytworzenie myśli,
- 2) dążność do jęj wyrażenia,
- 3) wytworzenie brzmień odpowiadających tęg myśli.

Co do pierwszego: myślenie odbywa się u jąkających pozornie prawidłowo; nie zawsze jednak rzecz się ma tak w istocie, i nie zbyt rzadko napotykamy osoby, które pod wpływem mniejszego lub większego wzruszenia wywołanego chociażby najdrobniejszą przyczyną, nie mogą mówić, ponieważ tracą na razie zdolność myślenia.

Co do drugiego zdarza się, iż myśl pozostaje bez wyrazu nie dochodząc do narządów głosu z powodu braku impulsu woli.

O udziale tych dwóch czynników dowiadujemy się od samych chorych, jeżeli ci mają zdolność i wprawę w obserwowaniu własnej wadliwości. Jedni z nich powiadają: „Nie mogłem mówić nie z przyczyny, ażeby wydanie dźwięku było dla mnie trudnem, ale że nie mogłem myśleć: mózg mój jakoby mgłą się pokrywał.“ Drudzy znowu mówią: „Nie miałem dość energii ażeby rozkazać moim

organom mowy; wola moja była jakoby sparaliżowaną.“

Co do trzeciego: znaczna przeszkoda w wytwarzaniu brzmień napotykana u wszystkich jąkających się, może być uważaną jako objaw patognomiczny. Utrudnienie w wymawianiu może powstawać w początku, we środku lub w końcu słów: najczęściej powstaje przy pierwszej zgłosce zdania.

Nie należy mniemać iż osoba wymawiająca nieskończoną ilość razy jedną sylabę i wykonywająca forsowne ruchy twarzy jest bezwarunkowo ciężej chorobą dotknięta niż ta, która rzadziej się jąka i spokojny przytém ma wyraz twarzy. Chcąc ocenić stan rzeczy należy przedewszystkiem zauważyć w jaki sposób wykonywanym bywa rytm oddechuwy podczas fonacyi, trzeba określić, czy jąkanie się powstaje podczas wdechu lub wydechu; czy chory wyrzuca prąd wydychanego powietrza przez usta lub przez nos, czy nie wydała przed wymówieniem słowa część powietrza do tego przeznaczoną, nosem lub ustami? Inne objawy, jak ruchy twarzy, przerywanie, *trudność w wystowieniu*, przedstawiając wprawdzie pewne znaczenie, pozostają zawsze na drugim planie. Zaburzenia oddechowe stanowią *punkt wyjścia* rokowania i leczenia. Sami chorzy skarżą się że z pewnym wysiłkiem oddychać muszą, gdy chcą wymówić wyrazy chociażby najkrótszego zdania i ztąd przy mówieniu doznają znużenia.

Zakłócenie mowy może pochodzić ze zmiany mechanizmu któregośkolwiek z trzech *przytoczonych* czynników, w ogólności zaś zależy od naruszenia harmonii pomiędzy niemi.

Celem racjonalnego sposobu leczenia jest wyszukanie sposobu przywrócenia prawidłowego stosunku pomiędzy mózgiem który rozkazuje, a narządami głosowymi, które muszą ulegać wpływowi mózgu.

System CHERVIN'A osnuty na tych właśnie wskazaniach, składa się z dwóch części: z leczenia psychicznego i czynnościowego, które zwykle jednocześnie bywają stosowane. Kuracja trwa dni 20.

Leczenie czynnościowe.

Przedewszystkiem należy przywrócić prawidłowy rytm oddychania: dla tego trzeba nauczyć chorego oddychać i korzystać z oddechu w zastosowaniu do mowy; do tego służą ćwiczenia gimnastyczne uczące wykonywać wdech, wydech oraz przerwy podczas której usta muszą być zamknięte. Z początku należy zalecać wydech bez drżenia strun głosowych, później z wymawianiem pojedynczych dźwięków, wreszcie z wymawianiem brzmień złożonych. Z początku wymawiają się samogłoski jako łatwiejsze; potem następuje wymawianie spółgłosek, przyczem należy zająć się studyjowaniem mechanizmu wymawiania każdej z nich.

Kiedy trudności w wymawianiu tej lub owęj spółgłoski zostaną zwalczone za pomocą odpowiednich ćwiczeń gimnastycznych, przechodzimy do sylab, później do wyrazów, zdań, wreszcie do całych okresów. Sylaby należy wymawiać dobitnie i czysto, wyrazy zaś nie przerywanym sposobem, jak zegar, co często niewłaściwie się odbywa, ale powoli bez przerwy; łącząc zgłoski lekkim przeciąganiem głosu.

Wszystkie te ćwiczenia odbywają się nader wolno, zwłaszcza w ciągu pierwszych dni dziesięciu; później szybkość stopniowo wzrasta, mowa przyśpiesza się, a po ukończeniu kuracji uczeń rozmawia jak każdy osobnik mówiący wyraźnie i czysto.

Leczenie psychiczne.

Leczenie psychiczne odbywa się nader

wolno i skierowane jest ku temu ażeby uczeń zaczynał i kończył mówić jednocześnie z nauczycielem, tak iż nauczyciel sam wykonywa ćwiczenia, a uczeń je powtarza. W ten sposób wola ucznia przyzwyczajają się szybko rozkazywać organom głosu. Kuracja trwa trzy tygodnie.

Pierwszy tydzień przeznaczony jest na studyjowanie części składowych mowy i systematyczne ćwiczenia w oddychaniu. W tygodniu tym chory powinien zupełnie zaniechać dawniejszego sposobu mówienia i nabyć nowe nawyknienia dźwiękowe. Ażeby cel ten osiągnąć powinien chory zupełnie wstrzymać się od mówienia, wyjąwszy w godzinach przeznaczonych na ćwiczenia.

Od czasu rozpoczęcia kuracji chory nie tylko nie powinien się jękać, ale musi zapomnieć swego sposobu mówienia, co uskutecznia się za pomocą ćwiczeń przy których jękanie się jest niemożliwem oraz wzbronieniem rozmowy po za obrębem ćwiczeń; oprócz bowiem głównego tego celu, milczenie ma jeszcze wpływ uspakajający.

W drugim tygodniu zostaje przywróconą choremu swoboda mówienia: zaczyna on robić użytek z zasad udzielonych mu w tygodniu poprzednim. Mówić powinien nader wolno mając przytem na uwadze wskazówki co do oddychania, co do prawidłowych ruchów języka i warg, naturalnego sylabizowania i t. p.

Tu zaczyna się trudny okres dla pacjenta, ale zarazem jest to czas, w którym chory widząc codzienny postęp w sposobie mówienia, tém większą przywiązuje wagę do wszelkich zaleceń nauczyciela.

Zdumiewające (jak ich nazywa autor) rezultaty leczenia, które występują w tym tygodniu, polegają głównie na pracy chorego, na ciągłym natężeniu uwagi z jego strony, na energicznem usiłowaniu sprawdzania swych czynno-

ści, na przysłuchiwaniu się własnej mowie. W ciągu dni ośmiu znikają jakoby pod wpływem magicznej siły kurcze, przerwy, powtarzania sylab, forsowne ruchy twarzy; mowa staje się czystą, wyraźną, łatwą.

Trzeci tydzień bywa użyty na utrwalenie nowego przyzwyczajenia, na udoskonalenie i ogładzenie mowy; przeciąganie sylab dla połączenia ich, stopniowo zastępuje się zwykłym sposobem prowadzenia rozmowy. W tym też tygodniu zalecamy pacjentowi naśladowanie osób ładnie mówiących.

Po ukończeniu opisanej trzytygodniowej kuracji pacjent uważany być powinien jako rekonwalescent, który już własnym staraniem doszczętnie się uleczy według udzielanych mu wskazówek. Czas trwania rekonwalescencji bywa nader rozmaity; w każdym razie dla uważnego i pilnego ucznia wystarcza miesiąc, w ciągu którego używa on 2—3 godzin dziennie na ćwiczenia.

Trzytygodniowy zaś termin kuracji bywa zawsze wystarczającym; dłuższy przeciąg czasu byłby zupełnie zbytecznym.

Autor kończąc swą pracę nadmienia, iż sposób jego praktykujący się od r. 1844 podlegał krytyce przeszło trzydziestu komisji urzędowych, których raporty o tyle dla systemu CH. pochlebne o ile bezinteresowne świadczą o doniosłości opisanego sposobu.

Wniosek komisji z r. 1874 złożonej z d-rów BAILLARGER, BOUVIER, HERVEZ de CHEGOIN i MOUTARD-MARTIN, brzmi jak następuje:

- 1) Ze stanowiska naukowego system CHERVIN'A jest racjonalnym.
- 2) Wydaje on skutki bardzo wyraźne i może okazać znaczne usługi.
- 3) Jedną z ważniejszych jego zalet jest szybkość w otrzymywaniu skutku, jak to komisja miała sposobność zauważyć na pewnej liczbie pacjentów.
- 4) System zasługuje na poparcie ze

względu na pożyteczne jego przeznaczenie.

J. Polak.

412. Dr. PAUL PLATZ. **Leczenie rwy kulszowej.** (*Revue de thérapeutique.* Nr. 11—1882).

Sposób leczenia rwy kulszowej za pomocą t. z. wyciągania skórniego (*disten-sion cutané*) opisanego przez DUJARDIN-BEAUMETZ'A nie zasługuje na uwagę z powodu nader wątpliwych rezultatów.

Autor (lekarz przy zakładzie wodoleczniczym w Champel pod Genewą) nadmienia, że choroba o której mowa może być uleczoną za pomocą najprostszych środków, gdy z drugiej strony i cały arsenał niekiedy pozostaje bez skutku. Sposób polecany przez autora sprowadzać miał świetne skutki, częstokroć przewyższające wszelkie oczekiwania. Sposób ten polega na połączeniu natrysków zwanych szkockimi z elektryzowaniem, przyczem koniecznym jest, aby natryski następowały natychmiast po elektryzowaniu.

Autor obserwował wiele przypadków, w których po bezskutecznym elektryzowaniu strumieniem stałym lub indukcyjnym, jakoteż po natryskach napady dopiero zostały usunięte połączeniem obydwóch tych środków, lubo nie zaprzecza faktu, iż w niektórych przypadkach wystarcza jeden lub drugi.

Różnice te w skutkach polegają zdaniem autora: 1) na rodzaju newralgii, 2) na sposobie zastosowania hydroterapii i elektryczności i na wyborze pierwszej, lub drugiej, lub obydwóch razem.

W istocie znaczna ilość nerwobólów zwanych gośćcowymi pochodzi z przekrwienia i obrzęku otoczki nerwowej oraz następczego ucisku samych nerwów. W przypadkach tego rodzaju użycie kąpieli jako rewulsyi oraz jako środka regulującego i przyspieszającego krążenie krwi w naczyniach włoskowatych, zwalcza przekrwienie i sprzyja wessaniu wysięku. W niektórych jednak bardzo częstych wypadkach przyczyna anatomiczna rwy

bywa dla nas zupełnie niewiadomą. Autor przypuszcza, że w wypadkach tego rodzaju ból może pochodzić z podrażnienia nerwów czuciowych spowodowanego zmianami molekularnymi albo zmianami w natężeniu stanu elektrotonicznego w nerwie. W tych więc przypadkach elektryczność ma przewagę nad natryskami. Ale i w przypadkach tego ostatniego rodzaju natryski szokowe mogą wywierać wpływ dobroczynny; wiadomo, że ciepłota 40° C. z początku zwiększa, a następnie osłabia pobudzalność nerwów, i osłabienie to tém jest większe im wyższa temperatura.

Przy 60° C. pobudzalność bywa prawie zniesioną. Dla tego też autor radzi stosować natryski tak gorące jak tylko pacjent może wytrzymać i to przynajmniej przez pięć minut. Ciepłota powinna w ogólności wynosić 55°—60 C. Ponieważ, powiada dalej autor, przy nerwobólach istnieją zwykle obydwa czynniki—cyrkulacyjny i molekularny, przeto najracjonalniejszy i najskuteczniejszy ze wszystkich sposobów otrzymamy łącząc odpowiednio te dwa czynniki terapeutyczne. W ogólności natrysk szokowy z przyczyn termicznych i jako rewulsja zasługuje na pierwszeństwo przed innymi rekcjami hydroterapeutycznymi.

Co do kierunku strumienia, jakkolwiek kwestya ta stanowi jeszcze przedmiot dyskusyi pomiędzy C. PAUL'EM z jednej, a REMACK'iem, BÉNÉDICKTEM i ONIMUSEM—z drugiej, twierdzi wszakże autor, że uleczenie rwy kulszowej może nastąpić zarówno po zastosowaniu wstępującego jak zstępującego strumienia, i że strumień małego natężenia pożyteczniejszym jest od mocnego. Używając stosu DANIEL'A, REMACK'A lub ONIMUS'A nie potrzeba zastosowywać więcej niż 30 ogniw, a zwykle wystarcza nawet 18—24; nie można zaś pod żadnym pozorem używać 50—60 elementów z siarczanem miedzi, gdyż palenie wówczas byłoby nieznośnem, a skutek wątpliwym. Autor elektryzuje stru-

mieniem zstępującym od miejsca odpowiadającego wyjściu splotu krzyżowego (*pl. sacralis*) do punktów bolesnych (t. j. do zewnętrznego dolnego przyczepu mięśnia pośladkowego wielkiego i do dołu podkolanowego). Jeżeli nerwoból zajmuje całą przestrzeń nerwu, wówczas należy biegun ujemny utrzymywać w ciągu 10—15 minut w dolnej części nogi, np. w miejscu gdzie od m. łydkowego zaczyna się ścięgno ACHILLESA; wielkość elektrodów musi być rozmaita, stosownie do żądanej gęstości (*densité*) strumienia w odpowiednich miejscach. Dla tego potrzeba a) przykładać zawsze biegun do punktów bolesnych, b) stosować się do zasady, iż przy elektrodach równej wielkości, gęstość strumienia bywa jednakowa w obydwóch biegunach, przy różnej zaś — największa w biegunie mniejszym i tym większa, im elektroda jest mniejszą. Dla tego też elektryzując punkta bolesne (np. dołek podkolanowy) otrzymamy najgęstszy strumień umieszczając przy splocie krzyżowym szeroką elektrodę, ujemna zaś musi być jak najmniejszą; elektryzując zaś nerw na całej przestrzeni, należy użyć elektrodów szerokich jednakowej wielkości—jedyny środek ażeby działanie prądu przeszło do głębi, albowiem im bardziej elektrody są oddalone od siebie, tém mniejsza bywa odległość pomiędzy strumieniami powierzchniowymi a głębokimi; użycie szerokich biegunów zwiększa ilość strumieni głębokich.

Przyczynę faktu że strumień zstępujący działa lepiej niż wstępujący, upatruje autor w prawach VOLT'Y, przyjmując, że przy rwie kulszowej strumień zstępujący mając kierunek przeciwny prądowi w nerwie zmniejsza natężenie tego prądu; wiadomo bowiem, że u żaby naprzykład prąd nerwowy przedstawia kierunek wstępujący. Zresztą przyczyna dotychczas bynajmniej nie jest ściśle zbadaną.

J. Polak.

413. GALEŹOWSKI. **O możliwych skutkach migreny ocznej.** La migraine ophthalmique est une maladie des vasomoteurs de la rétine et du centre visuel, qui peut aboutir à une thrombose. Odczyt miany na posiedzeniu towarzystwa biologicznego w Paryżu, 26 listopada 1881. (*Gazette médicale* 26—1882).

Już w chwili kiedy autor w r. 1877 miał na kongresie w Genewie odczyt o migrenie ocznej, posiadał 76 obserwacji tej choroby, którą uważał za nerwicę piątej pary a mianowicie, nerwicę tej części piątej pary, która zaopatruje włókna naczyń ruchowemi ośrodkowe narządy widzenia (wzgórki czworacze, *corpora geniculata* i *chiasma*) albo części obwodowe, jakimi są nerwy wzrokowe i siatkówka.

Autor, który w ogólności podziela zdanie prof. CHARCOT iż nerwice noszą same w sobie zarodek zaburzeń materyjalnych, upatruje w migrenie ocznej nowe poparcie tego twierdzenia, ponieważ w liczbie dokonanych obserwacji spostrzegł dwa przypadki zakrzepu naczyń siatkówki i jeden, częściowego zaniku tarczy nerwu wzrokowego, co również uważa jako następstwo zakrzepu naczyń. Oto są w streszczeniu te trzy spostrzeżenia:

I. *Migrena oczna. Zakrzep tętnicy środkowej.* Generał S. w wieku lat 67 utracił nagle wzrok w prawym oku, poczem w pięć dni zasięgnął porady G. Od lat przeszło dwudziestu chory spostrzegł od czasu do czasu zaburzenia wzrokowe w prawym oku, które przedstawiały się w postaci błyskot, skotomy i widzenia połowicznego i trwały zaledwie minut kilka, poczem następował silny napad połowicznego bólu głowy i zawrót. Po upływie 2—3 godzin objawy te znikaly; powtarzały się zaś co miesiąc, co tydzień lub nawet częściej. Badanie wziernikiem wykryło zakrzep prawej środkowej tętnicy siatkówki oraz kilka plam zależących od wybroczyn krwawych. Choroby serca nie wykryto.

II. *Zakrzep środkowej tętnicy siatkówki*

w następstwie napadów migreny ocznej. 15-to letnia panna cierpiała od 7 lub 8 roku życia na migrenę oczną: często i bez najmniejszej przyczyny widocznej występował ból głowy, poktórym (albo wcześniej) pojawiały się zaburzenia wzrokowe jednego lub obydwóch oczów, w postaci błyskot i zupełnej utraty wzroku na 10—15 minut. Napady powtarzały się co 2 lub 3 miesiące, niekiedy jednak codziennie przez kilka tygodni. Od roku zaburzenia wzrokowe powtarzały się codziennie a mianowicie w lewym oku. 23-go grudnia 1880 r. chora dostała zwykłego napadu bólu, błyskot it. p., ale w ciągu minut kilku ślepotą lewego oka stała się zupełną i przeminęła dopiero po upływie 2—3 dni, pozostawiwszy jednak trudność w widzeniu, zaś ból głowy trwał 24 godzin. Wszystkie środki pozostały bez skutku. 8-go lutego 1881 chora udała się po poradę do autora. Rezultat badania w kilku słowach tak się przedstawia: Na zewnątrz żadnych zmian na uwagę zasługujących nie było. Chora może czytać pismo Nr. 2 jakkolwiek z trudnością, $S=3/20$; badanie wziernikiem wykryło postać siatkówki i tarczy nerwu wzrokowego, odpowiadającą w zupełności zatorowi tętnicy środkowej. Dr. RAYNAUD, wezwany na naradę dla zbadania ogólnego stanu zdrowia, nie wykrył najmniejszej nieprawidłowości w sercu i objawił zdanie, że przypadłość ze strony siatkówki zależy od zakrzepu który określił nazwą „*thrombose autochthone*.”

Pacjentka zawsze cieszyła się jak najlepszym zdrowiem, jest mocnej budowy i należyście odżywiana. Uskarża się tylko na migrenę oczną, którą podczas pięcioletniego pobytu w Paryżu miała trzy razy w chorém oku i raz w zdrowém. Ojciec chorój cierpiał również od dzieciństwa na połowiczny ból głowy i na zwyrodnienie naczyń.

Autor mniema, iż należy przyjąć bezpośredni stosunek pomiędzy podobnym rodzajem nerwic ocznych a zakrzepem siatkówki, i jeżeli kurcz naczyń jest pier-

wotną przyczyną migreny, łatwo zrozumieć, że długo trwające skurcze tętnic mających zmienione do pewnego stopnia ściany wewnętrzne, może z czasem wywołać zamknięcie naczynia.

Autor przyjmuje w zupełności teorię CHARCOT'A popartą przez FERRE'GO. G. obserwował nawet razem z CHARCOT'EM wypadek skotomy ośrodkowej, która pozostała trwałą, a sam CHARCOT spostrzegał afazyję migrenową która przemieniła się w stałą. Otóż możebnym jest że we wszystkich tego rodzaju przypadkach (dość rzadkich) następuje podobnyż zakrzep załączący od kurczu.

Zmiany zbliżone do opisanych zaburzeń siatkówki mogą odbywać się i w mózgu, jak tego dowodzi spostrzeżenie migreny ocznej z następczym zanikiem lewej tarczy nerwu wzrokowego.

III. Przypadek ten dotyczył 29-letniej kobiety, która po ostatnim połogu (przed 4 laty) poczęła doświadczać nader gwałtownych peryjodycznych bólów głowy; niekiedy następowały zaburzenia w widzeniu, tak iż chorą zdawało się jakoby przedmioty były mgłą pokryte, co trwało około pół godziny, poczem następował ból głowy trwający około 1—2 godzin i połączony z nudnościami a nawet wymiotami; podczas paroksyzmu występowały błyskoty w kształcie linii łamanych mocno świecących i różne przedstawiających barwy. Pomieniona mgła zaciemnia widzenie obydwóch oczu; przytém bywa wyraźna skotoma. Godnym jest uwagi iż od czterech lat chora wciąż widywała te błyskawice skaczące przed jej prawym okiem, nawet w odstępach pomiędzy napadami. Od roku chora cierpiała na bóle w nodze i w ręce prawej, równoczesne z napadami migreny; niekiedy też doświadcza bólów i w ręce lewej.

Siła widzenia w prawym oku prawidłowa, lewém zaś chora zaledwie rozróżnia pismo Nr. 5; pole widzenia koncentrycznie zmniejszone w lewém oku; w tém-

że oku tarcza n. wzrokowego biała, a światło naczyń zmniejszone.

Oczywiście więc, powiada autor, mieliśmy tu do czynienia z zanikiem zbliżonym do tej postaci, jaką napotyamy przy zaburzeniach mózgo-rdzeniowych.

W ostatnich czasach G. obserwował jeszcze jeden przypadek:

IV. *Migrena oczna oraz zapalenie nerwu wzrokowego i siatkówki (neuroretinitis) z zakrzepem włoskowatym.* 52-letnia osoba mocnej budowy, dostała przed 4 laty po raz pierwszy napadu migreny ocznej z lewej strony, połączonego z niemożnością widzenia lewej strony przedmiotów i osób na które patrzała; przytém wystąpił mocny zawrót głowy i błyskoty właściwe migrenie. Potém pojawił się ból głowy z lewej strony który trwał dni kilka. Od tej pory ból i zawroty głowy występowały nader często, zaburzenia zaś wzrokowe powtarzały się dwa lub trzy razy na rok. W przebiegu choroby doświadczała pacjentka trzy razy chwilowej (5 minut trwającej) utraty pamięci. Na rok przed chwilą kiedy ją zbadał G., jeden z lekarzy wykrył u niej krwotok siatkówki. Napad w postaci opisaniej wystąpił na trzy dni przed badaniem, ale zaburzenia wzrokowe już nie ustąpiły.

Autor wykrył u pacjentki: nadwzroczność 4 D; siła widzenia w prawém oku prawidłowa, w lewém znacznie zmniejszona, $S = \frac{3}{30}$. Pole widzenia prawidłowe. Zapalenie nerwu i siatkówki lewego oka połączone z zakrzepem kilku naczyń włoskowatych oraz z nieznacznymi wybroczeniami krwawymi. Drugie oko zdrowe. Od 15 miesięcy chora przestała miesiączkować. Wszystko więc przemawia za tém, iż zaburzenie przedstawia się jako zakrzep spowodowany częstymi kurczami naczyń siatkówki, które pod wpływem przerwania miesiączki zostały zamknięte.

Z obserwacji przytoczonych wyprowadza autor nader ważny wniosek, że migrena oczna która dotychczas uważaną była jako zaburzenie czysto nerwowe,

może wywoływać zmiany materjalne w naczyniach siatkówki lub mózgu.

J. Polak.

414. A. ROBIN. **Badanie płynu potówek w przypadku gorączki durzycowej.** (*Gaz. médicale de Paris* 26—1882).

W przypadku tym, który zakończył się śmiercią, wystąpiła w przebiegu choroby wysypka w postaci potówki ogólnej i zlewającej się tak, iż małe pęcherzyki łącząc się tworzyły pęcherze znacznej wielkości (do 1½ cent. średnicy).

Autor przekuwając bisturem wierzchołki kilku pęcherzy otrzymał 3,255 grm. płynu, którego rozbiór wykrył następujące własności:

Płyn jest przezroczysty i bezbarwny, po pewnym czasie okazuje lekkie kłaczkę białawą i nieznaczną opalizację. Odczyn kwaśny, woń mocna i nieprzyjemna, pod mikroskopem widać wielką ilość kropelek tłuszczu i nieco komórek naskórka. Białkowych istot i cukru płyn nie zawiera. Wyskok nie wywołuje zmętnienia; kwas azotny również nie zmienia płynu. W osadzie drobnowidz wykrywa kryształki mocznika i chlorku sodu. Kwasu moczowego ani śladu.

Rozbiór ilościowy dokonany na 0,701 gr. płynu wydał następujące rezultaty:

Wody	981,46.
Części stałych	18,54.
Części organicznych	14,26.
„ mineralnych	4,28.

(Najwięcej chlorków, fosforanów zaś i siarczanów ani śladu).

Ilość więc części stałych wydzielonych przez pot była stosunkowo znaczna, a ilość organicznych części przeważała.

Badanie to odpowiada w zupełności wynikom badania moczu (p. A. ROBIN. *Essai d'urologie clinique. La fièvre typhoïde. Paris.* 1877).

J. Polak.

415. Prof. POTAIN. **Gruźlica płuc pochodzenia traumatycznego.** (*Le Praticien.* 23—1882).

Chory przedstawiony przez autora

przybył do szpitala (hopital Necker) z gorączką, kaszlem, lekkim pluciem krwią i z krwotokiem nosowym. Ogólny obraz choroby odpowiadał objawom durzycowym; gorączka trwała ustawicznie i wywołała rodzaj pogńębienia (*depressio*); przytém chory uskarżał się na bezsenność, poty były obfite, brzuch wzdęty, i na nim kilka małych plamek zbliżonych do tych jakie napotykamy przy durzycy. Przypadłości te nasuwały myśl, że mamy tu do czynienia z tyfusem. Z drugiej strony dość dziwnem zdawało się plucie krwią, jako powikłanie należące do wyjątkowo rzadkich; atoli można było wytłómaczyć objaw ten usposobieniem pacjenta, témbardziej, że nakłócia wywoływały znaczny krwotok który nakazywał uważać chorego jako krwawca; nadto w rodzinie pacjenta jak się pokazało z anamnezy, występowały często krwotoki, a zwłaszcza matka była do nich bardzo usposobiona.

Badanie jednak klatki piersiowej wykryło oskrzelowy oddech w lewym płucu oraz rżenia.

Blizsze szczegóły anamnezy wykryły, iż przed 4 miesiącami pacjent został uderzony przez konia w lewą stronę klatki piersiowej, poczem nastąpiło plucie krwią i chory zmuszony był przepędzić kilka dni w łóżku. Po upływie dwóch miesięcy od owej chwili, pacjent dostał częstego kaszlu, wydzielanie płwociny stało się nader obfitem. Objawy te ustały wreszcie, lecz po upływie miesiąca wrócił kaszel, wystąpiła gorączka, ból w lewym boku, a później obfite plucie krwią; przypadłości te właśnie zmusiły chorego wstąpić do szpitala.

Podczas pobytu w zakładzie objawy durzycowe ustąpiły, ale wzdęcie brzucha i suchość języka oraz zmiany w lewym płucu pozostały. Autor rozpoznał chorobę jako krwotok płucny, opróżnione ognisko ropne, które pozostawiło jamę, wreszcie zapalenie następcze. Znaków zewnętrznych nie było w miejscu stłuczonem. Osłabienie wzrastało, trawienie coraz bar-

dziej stawało się upośledzonym, płucie krwią nie ustawało, wreszcie nastąpiła śmierć, a badanie zwłok wykryło co następuje:

Prawe płuco zbroceń nie przedstawia. Lewe zmniejszone z powodu stwardnienia mięszsu. Przecięcie płuca lewego wykazuje znaczne nasiąknięcie gruźlicze, w górnej zaś części jama takiej wielkości iż można byłoby umieścić w niej niewielką pomarańczę (za życia niepodobna jej było wykryć, zapewne z powodu iż lewe płuco zaledwie oddychało).

Przypadek ten témbardziej za traumatyczny należy uważać, że przed obrażeniem nie było żadnych przypadłości wskazujących na usposobienie i że warunki dziedziczne przedstawiały się w jak najlepszej postaci.

Szereg zmian zaczął się od zapalenia płuc spowodowanego uderzeniem w pierś przez konia. Jakkolwiek podobne przypadki do wyjątkowo rzadkich należy zaliczyć, POTAIN jednak obserwował kilka razy gruźlicę rozwiniętą na tle traumatycznego zapalenia płuc. Inni lekarze obserwowali również kilka odnośnych wypadków. Autor przypuszcza, że w niektórych przypadkach obrażenie może być wywołującą przyczyną gruźlicy, która znajduje się w stanie skrytym.

J. Polak.

416. Dr. v. KRANZ. **Przyczynę do etiologii zapalenia płuc.** (*Vierteljahrsschrift für gericht. Medicin u. öff. Sanitätswesen Bd. XXXVII*).

Zestawiając swoje uwagi nad zapaleniem płuc, spostrzeganem pomiędzy załogą w Wesel w Marcu i Kwietniu 1875 roku, z równocześnie robionemi spostrzeżeniami meteorologicznemi, autor przychodzi do wniosku ścisłej przyczynowej zależności tych zjawisk.

Zanotowano, po pierwsze, nader małą liczbę deszczów: w Kwietniu zaledwie trzy bardzo nieobfite deszcze, w Marcu ogólna ilość wody deszczowej wynosiła 87 cali sześć., gdy w 1874 było 269.

Daléj—wysoką ciepłotę gruntu: na głębokości dwóch stóp w końcu Marca ciepłota podniosła się od 0,5—3^o C., a przez Kwiecień od 3^o do 7,5^o C. Średnia ciepłota powietrzni w Marcu utrzymywała się koło 2^o C. a w Kwietniu 7,63^o C. Kierunek wiatrów był przeważnie północny i północno-zachodni. Średni stopień wilgoci, w Marcu 5,0, w Kwietniu 6,4 grm. na cal sześcienny. Wymienione meteorologiczne warunki: umiarkowana wilgoć w głębszych warstwach ziemi i dość wysoka ciepłota przy dostatecznym dostępie powietrza, ułatwiająca rozmaite procesy rozkładu i gnicia, sprzyjają bardzo rozwojowi rozmaitego rodzaju drobnowidzowych organizmów. Szkodliwe produkty tych procesów (np. związki amonijakalne) nie utleniane przez słabo w podobnych warunkach rozwijające się życie roślinne, a głównie pasorzyty drobnowidzowe nagromadzają się w wielkiej ilości i niestrącane deszczami, mogą stanowić przyczynę nagminnie pojawiających się chorób.

Staje się to jeszcze widoczniejszym w obec spostrzeżenia, że z dniem, w którym spadł bardzo obfity deszcz epidemia opisana ustała odrazu.

Oprócz tych warunków autor przytacza jeszcze usposabiające przyczyny, mianowicie podrażnienie błony śluzowej dróg oddechowych przez uciążliwe marsze w miejscach piaszczystych, gdzie każdy krok wznosił kłęby kurzu. Zauważono bowiem, że wojska, odbywające musztry na podobnych placach, dostarczały największą liczbę chorych, która się widocznie zmniejszała po wyborze odpowiedniego miejsca.

O. Hewelke.

417. Dr. SESEMANN. **O miejscowym leczeniu błonicy.** Odczyt w Towarzystwie Lek. Petersburskiem. (*St.-Petersburger Medicin. Wochenschrift. 26—1882*).

Jakkolwiek istnieje już olbrzymia ilość sposobów leczenia błonicy, niemal każde przeciw pismo, występuje wciąż z no-

wym „niezawodnym“ środkiem. Doświadczony atoli lekarz wie, że w cięższych wypadkach téj choroby częstokroć sztuka nasza okazuje się niewystarczającą, a ten stan rzeczy będzie zapewne trwał tak długo dopóki przyroda dyfterytu nie zostanie zbadaną. Ponieważ jednak autor otrzymał pomyślne rezultaty z użycia nowego sposobu leczenia błonicy, przeto praca jego na wzmiankę zasługuje.

Lekiem obranym przez autora był jodoform, jako mocny środek przeciwniebezpieczny, nie drażniący przytém otaczającej tkanki.

Zadawał go w postaci proszku mięszanego z trzema częściami cukru, i wdmuchiwał w odpowiednie miejsca (najlepiej skutecznia się wdmuchiwanie, według autora, narzędziem GALANTE'A). Oprócz gardzieli autor działał jodoformem i na tylną ścianę miękiego podniebienia, co skuteczniało albo wdmuchując proszek przez rurkę elastyczną do nosa wprowadzoną, albo (jeżeli to było trudnem) wprowadzając do nosa małą świeczkę złożoną z jodoformu i żelatyny, lub gliceryny i gumy arabskiej; świeczka ta ulegając stopnieniu pokrywała jodoformem tylną ścianę podniebienia.

Przed wdmuchiwaniem zalecał płukanie gardła (u dzieci przestrzykiwanie) lekkim roztworem bornym. Forsowne ocieranie gardła uważa za szkodliwe.

Przy silniejszych stopniach zaburzenia miejscowego stosuje autor wdmuchiwanie co 2 godziny, a nawet niekiedy co godzina, i nigdy nie widział złych skutków od polykania cząstek tego leku.

Z 21 chorych (w téj liczbie 3 tylko dorosłych) umarło przy leczeniu jodoformem tylko 5 pacjentów: 4—od porażenia serca, a jeden z ropnicy, w ciągu 24 godzin; trzech zaś pierwszych pacjentów leczonych bez pomocy jodoformu umarło.

Rozumie się, że oprócz miejscowego

należy stosować leczenie ogólne, a głównie gorączki dotyczące.

J. P.

418. PISEK. **Wrzód gruźliczy żołądka.** (*Przeł. lek.* NN-ra 28 i 29, 1882 r.).

Bardzo rzadko ¹⁾ napotykają się wrzody gruźlicze żołądka obok takichże wrzodów kiszek, jeszcze zaś rzadziej bez wszelkich owrzodzeń w kiszkiach. Jeden z rzadkich tego rodzaju przypadków opisał autor. Wrzód gruźliczy usadowił się tuż przy odźwierniku na ścianie tylnej żołądka, długość jego wynosiła 3 ctm. a szerokość 2 1/2 ctm. W pierwszej poziomej części dwunastnicy, bezpośrednio za odźwiernikiem znajdowały się dwa wrzody tegoż samego charakteru co w żołądku lecz daleko mniejsze (o średnicy wynoszącej kilka milimetrów). Począwszy od tego miejsca błona śluzowa całego kanału kiszkiowego żadnych zmian nie przedstawiała. Przy dokładnem obejrzeniu innych organów w wielu z nich znaleziono świeże i stare uległe zserowaceni gruźlicy. Te ostatnie mianowicie w płucach, a pierwsze na otrzewnej pokrywającej żołądek i kiszki, na powierzchni wątroby i śledziony. Autor przyjmuje, iż punktem wyjścia wrzodów gruźliczych żołądka jest nacieczenie gruźlicze tkanki łącznej podśluzowej, ponad którą błona śluzowa obumiera, tworząc w ten sposób wrzód. W przypadku autora brzegi wrzodu zawierały liczne gruźlicy, w części uległe sprawie zserowacenia. Prawie wszystkie opisane wrzody gruźlicze umiejscowiały się w części odźwierniczej na tylnej ścianie żołądka. Tak samo zachował się wrzód w przypadku autora. Pod tym względem wrzody gruźlicze zachowują się tak samo jak wrzody okrągłe (*Ulcus rotundum*). Przyczyna tego zjawiska jest nieznaną.

Wrzody gruźlicze żołądka występują następco w skutek zmian gruźliczych w innych organach. Często przyczyną ich rozwoju jest gruźlica płuc, ale nie za-

¹⁾ Patrz Kron. Lek. Nr. 2—1882.

wsze. Są opisane przypadki, w których wrzody gruźlicze żołądka powstały w skutek rozwoju sprawy gruźliczej w otrzewnej i opłucnej, a w przypadku HATTUTE'A zmiany gruźlicze pierwotne dotyczyły gruczołów krezkowych, podczas gdy płuca były zupełnie prawidłowe.

M. Rejchman.

419. GALLIARD. **O sposobach powstawania okrągłego wrzodu żołądka.** Essai sur la pathogenie de l'ulcère simple de l'estomac. (*Par.* 1882, str. 49).

Historyję powstawania wrzodów okrągłych żołądka autor postanowił zbadać w trojaki sposób: klinicznie, anatomo-patologicznie i na zasadzie doświadczeń fizjologicznych. Zastanowiwszy się nad poglądami obecnie w nauce panującymi, nad faktami klinicznymi, anatomo-patologicznymi i fizjologicznymi przemawiającymi za tym lub owym poglądem, G. przystępuje do dokładnego opisu wyników badania pośmiertnego dwóch osób zmarłych w skutek wrzodów okrągłych żołądka. Jestto najważniejsza część zatytułowanej pracy—przyczyni się ona zapewne nie mało do rozjaśnienia patogenyzy tego cierpienia.

G. w żołądkach zmarłych osób znalazł obok *świeżych* wrzodów bardzo wydatne zmiany zapalne nie tylko we wszystkich błonach wchodzących w skład żołądka ale i w naczyniach jakoteż w nerwach w ścianach jego się znajdujących. Zmiany zapalne obserwować się dały nie tylko w okolicy wrzodów, ale we wszystkich częściach żołądka.

Te wyniki badania drobnowidzowego jakoteż obserwacje kliniczne, które wykazują, że na pewien zwykle bardzo długi czas przed objawami wrzodu okrągłego, chorzy przedstawiają objawy przewlekłego nieżytu żołądka, pozwalają autorowi dojść do wniosku, iż ten ostatni w większości przypadków jest bezpośrednią przyczyną rozwoju wrzodu okrągłego. Czyli, że „wrzód okrągły“ jest

zazwyczaj niczem inném tylko wrzodziejącym nieżytem żołądka. Inni autorowie bardzo często obok wrzodów nie znajdowali nieżytu dla tego, iż poddawali błonę śluzową żołądka makroskopowemu a nie mikroskopowemu badaniu. Wiadomo zaś jak szybko po śmierci giną wszelkie makroskopowe ślady nieżytu. Mechanizm powstawania wrzodu okrągłego żołądka według G. jest następujący. W tych miejscach w których zapalenie błony śluzowej dosięga zazwyczaj największego stopnia t. j. w okolicy odźwiernika (*pylorus*), w skutek największego w danym punkcie nacieczenia komórkowego, pomiędzy gruczołami tworzy się utrata substancji właściwej błony śluzowej, powstaje cienkie lecz głębokie ognisko ciałek ropnych, które się wcześniej lub później przedostają na zewnątrz (t. j. na powierzchnię błony śluzowej). W jamkę w ten sposób powstałą dostaje się sok żołądkowy, który wywiera swe żrące działanie na części okoliczne, czemu nie stoi na przeszkodzie alkaliczna krew, gdyż małe tętniczki są zatkane w skutek zapalnego zgrubienia ich błony wewnętrznej (*endoarteritis obliterans*). Widzimy więc, iż autor jest stronnikiem dawnego poglądu CRUVEILHIER'A. Tém niemniej jednak nie odrzuca on możliwości powstawania wrzodów okrągłych żołądka w skutek pierwotnego zatkania gałęzi tętnicznych (*embolia, thrombosis—VIRCHOW*), sądzi jednak, że ani poszukiwania anatomo-patologiczne (i w swych przypadkach nie znalazł skrzepu w tętniczkach żołądkowych), ani obserwacje kliniczne, ani warunki anatomiczne (liczne połączenia tętniczek) nie upoważniają do przyjęcia tej sprawy jako jedynego sposobu powstawania wrzodów okrągłych żołądka. Skoro w rzadkich razach tą drogą wrzody powstają, to zazwyczaj są one znacznej objętości.

Autor kategorycznie utrzymuje, iż w skutek zastoju żylnego i wylewów krwi żylniej (ROKITAŃSKIEGO teoria powsta-

wania wrzodu okrągłego) nie powstają wrzody okrągłe, lecz tylko powierzchowne nadżarcia. Czy z tych ostatnich mogą następnie wytworzyć się wrzody okrągłe? Na to pytanie autor nie może odpowiedzieć twierdząco, gdyż jednocześnie istnienie nadżarć i wrzodów okrągłych jest zjawiskiem niezmiernie rzadkiem, a nadto przy chorobach wątroby wywołujących żylne zastoje w żołądku, nie znajdowano głębokich owrzodzeń tego organu.

A zatem dwa są, według autora, sposoby powstawania wrzodu okrągłego żołądka, jeden częstszy—zapalenie, drugi rzadszy—zaburzenia w krążeniu krwi tętniczej w błonie śluzowej żołądka. Sposoby te powstawania wrzodu mogą być nie tylko po śmierci ale i za życia od siebie odróżnione. Jeżeli osoba w wieku, przedstawiająca objawy wady serca lub miażdżycy naczyń nagle dostanie gwałtownych i obfitych wymiotów krwawych, to prawdopodobniejszém jest utworzenie się wrzodu w skutek zatoru (*embolia*) lub skrzepu (*thrombosis*) niż w skutek zapalenia. Jeżeli zaś wymiotów podobnych dostanie osoba młoda, cierpiąca poprzednio przez długi czas na rozmaite dolegliwości dyspeptyczne, to przypuścić należy, iż powstał u niej wrzód okrągły w skutek zmian zapalnych żołądka.

M. Rejchman.

420. DENIS-DUMONT. **Wypadek wścieklizny u człowieka. Uleczenie za pomocą podskórnego wstrzykiwania pilokarpiny.** (*Gazette médicale de Paris. Nr. 24—1882.*)

Włościanin lat 38 wieku liczący, został ukąszony w rękę przez psa wściekłego, który tegoż dnia pokąsał już był dwoje ludzi—kobietę i dziecko.

W cztery dni po tym wypadku, kobieta dostała objawów wścieklizny, a w sześć dni znaleziono na drodze ukąszonego włościanina, który gryzł i paznogciami darł ziemię i wszystko co na drodze leżało.

Kiedy związywano mu ręce, począł gryźć sam siebie i wygryzł kilka kawałków ciała.

Nazajutrz chory odwieziony już do szpitala (*l'hôpital de Caen*) i zbadany tam przez autora okazywał wszystkie objawy wścieklizny (dotychczas miał 7 napadów ściśle zbadanych). Gdy kurcz gardziela stawał się coraz niebezpieczniejszym, a wielkie dawki bromku potasu nie wywierały pożądanego skutku, DENIS-DUMONT powziął szczęśliwą myśl zastosowania ślinopędnego i zarazem napotnego środka, jakim jest azotan pilokarpiny. Następnego dnia wykonał trzy podskórne wstrzykiwania (po 1 centigrammie na raz) i wywołał w ten sposób obfite ślinienie i mocne poty. Tego dnia miał chory już tylko jeden atak. Wieczór czuł się lepiej, jakkolwiek kurcz gardziela i uczucie gnieceńia w okolicy żołądkowej pozostało. W nocy nastąpił sen krótkotrwały; nazajutrz zaś po trzech wstrzykiwaniach w téjże dawce pacjent o tyle dobrze się czuł, iż wieczór uważał się za uleczonego. Następnego dnia powtórzono znowu wstrzykiwania (w téj samej ilości); kurcz gardziela ustąpił zupełnie; polykanie odbywało się z łatwością.

Dziecko ukąszone nie ucierpiało wiele, kobieta zaś umarła przy objawach wścieklizny.

Przypadek ten zakomunikował autor na posiedzeniu Akademii lekarskiej. Po ukończeniu odczytu zabrał głos dr. BOULEY i opowiedział iż zupełnie podobny wypadek wścieklizny został uleczone za pomocą podskórnych wstrzykiwań azotanu pilokarpiny, przez d-ra DARTIGUES w Pujol (dep. Gironde).

W obserwacji przytoczonej zasługuje na uwagę również fakt pokąsania przez chorego własnego ciała, które to zjawisko uważają niektórzy jedynie jako plód chorobliwej wyobraźni samych pacjentów nie zaś jako rzeczywistość. Autor zresztą obserwował ten sam objaw u owcy pokąszonej przez psa wściekłego. *J. Polak.*

421. Dr. A. BORDIER. **O wściekłości.**
(*Journal de thérapeutique* 13—1882).

Przypadek opisany powyżej zainteresował ogół lekarzy a nawet publiczność. Przytoczyliśmy tam powody, dla których D. D. uważa rozpoznanie swoje jako niewątpliwe. BOULEY atoli rozbierając tenże przypadek mniema, iż przyczyną wszystkich przypadłości była wiadomość o śmierci żony (ukąszonej podobnie jak i pacjent D. D. przez psa wściekłego). W istocie przypadki w podobnym, jak je przedstawia BOULEY, rodzaju były obserwowane niekiedy; jednak nie mogło by to jeszcze stanowić dowodu, że włościanin opisany przez DENIS-DUMONT'A nie uległ w istocie wściekłości. Ale widziano chorych którzy przedstawiali zupełnie podobne przypadłości nie będąc pokąsani przez psa wściekłego. BELLANGER opowiada o młodym człowieku, któremu pożyczył dzieło o wściekłości, a czytanie takowego wywołało skutkiem działania na wyobraźnię tego rodzaju usposobienie, iż człowiek ten będąc przez własnego kota zdrowego ukąszony, dostał kurczów gardła, nie mógł połykać płynów, wzrok miał błędny; objawy te zwiększały się gdy chory słyszał miauczenie kota po de drzwiami, i ustępowały w znacznym stopniu, gdy kota wpuszczano i gdy tenże zbliżał się do chorego.

W słowniku encyklopedycznym francuzkim w artykule *Rage*, BROUARDEL wspomina o myśliwym, który będąc ukąszonym przez swego psa, przez dwa dni cierpiał na podobne objawy, a stan jego już stawał się groźnym gdy na raz widok tegoż psa uspokoił go, a po upływie dwóch dni pacjent wyzdrowiał.

BOULEY wspomina wreszcie o trzecim przypadku urojonęj wścieklicziny przytoczonym przez TROUSSEAU.

Dalęj powiada B., pacjent D. D. okazywał objawy wścieklicziny w tęj postaci, w jakiej przedstawia się choroba u psów nie zaś u ludzi, gdyż wyobraźnia przywoływała mu na pamięć zjawiska ja-

kie widział on u psów wściekłych. Ale chęć kąsania obserwowaną była i u ludzi, a zresztą otworzenie blizny jest objawem który nie mógł zależeć od urojenia. Gdy nadto z jednéj strony wyrażano wątpliwość co do rozpoznania z powodu iż chory został ukąszony przez odzież, o którą zęby musiały się otrzeć z jadu, z drugiejj przypuścić można, że otarcie zęba było niezupełne.

W obec tych wątpliwości wypada szczerze żałować, że D. D. nie wykonał zaszczepienia, które byłoby nader stosowne w tym przypadku.

Zresztą autor (*Journal de therap.* 4, 1881, p. 131) wspominał już poprzednio o znaczeniu doświadczeń w tęj mierze, prof. SÉE w wykładach swych radził nie zbyt ufać podobnym środkom, a LE BOUCHER (*Journ. de médecine de Paris*, 24 juin 1882) opisał przypadek bezskutecznego użycia wstrzykiwań azotanu pilokarpiny przy wściekłości.

Z drugiejj strony atoli dr. DORTIGUES, lekarz z Pujols (Gironde) opisuje wypadek w którym człowiek ukąszony przez psa wściekłego (25 lipca 1880) dostał po upływie 70 dni objawów wścieklicziny, i został uleczony wstrzykiwaniami podsaletranu pilokarpiny. Jednak opis przypadku jest tego rodzaju, iż o prawdziwości dyagnozy trudno powziąć wniosek stanowczy, albowiem autor wyraża ją tylko słowami: „Wściekliczna objawia się z pewnem nateżeniem.“ Nadto DORTIGUES używał jednocześnie strychninę, hyoscyjamine, bromek kamforowy i ciepłą wannę.

Przy dzisiejszym stanie wiadomości o wściekłości, dwa rodzaje środków przeciwko tęj chorobie są wskazane: 1) działające na rdzeń przedłużony i 2) wywołujące poty.

We wszystkich przypadkach wścieklicziny znajdują się nagromadzenia białych ciałek krwi w naczyniach chłonnych otaczających dno czwartęj komórki; zmiany te pochodzą od molekularnych zaburzeń w komórkach nerwowych, na które też

działać należy, a wcześniej użyte środki odpowiednie (jak o tém powiada już DUBONÉ) działające na komórki nerwowe mogłyby wstrzymać sprawę chorobną.

PLINIO SCHIVARDO łagodził objawy w mowie będącej choroby za pomocą stalego prądu elektrycznego przebiegającego przez ustrój od głowy do kości krzyżowej, w ciągu 24 godzin; chorzy mogli w skutek kuracyi tej polykać pokarmy i napoje; ale z 9 wypadków w 8 nastąpiła śmierć; dziewiąty zaś wypadek czy istotnie przedstawiał wściekliznę?—D-rowie BATHERY i PAUL również łagodzili objawy, ale nie uleczali choroby, stosując elektryczność. ROSSI miał uleczyć za pomocą stalego prądu wściekliznę w jednym przypadku, a LESSING w drugim.

BROUARDEL (*l'Union medicale* 1852, p. 360) opisuje przypadek uleczenia wścieklizny za pomocą pijawek; w słowniku encyklopedycznym lekarskim (art. „Rage“) opisany jest również przypadek uleczenia za pomocą pijawek i zimnych natrysków (strumień wody spadał w ciągu 12 godzin na głowę chorego z wysokości 2 metrów).

Jednym słowem, uleczenie wścieklizny zdaje się być rzeczą możliwą; idzie tylko o to że pomoc lekarska bywa zwykle spóźnioną, zważywszy opisany mechanizm zaburzeń w ośrodkach nerwowych.

Środki napotne dawno już zalecali DIOSCORIDES i CELSUS; MIROW (w Petersburgu) w r. 1839 zalecał łaźnię parową i ćwiczenia mięśniowe; to samo radził stosować prof. GOSSELIN. W liczbie środków napotnych oczywiście i pilokarpina staje się zupełnie odpowiednią; należy ją atoli używać, jak i inne tego rodzaju leki, w okresie następującym po ukąszeniu, nie zaś wówczas, kiedy objawy wścieklizny już wybuchają. Przytém wypada stosować ją ciągle.

Rtęć była również zalecana jako najsilniejszy *alterans*, atoli zauważa BROUARDEL, że w opisach odnośnych obserwacyj od r. 1696 do 1783 więcej znajduje się ane-

gdot niż rzeczywistych spostrzeżeń; stanowczo więc nic o tém powiedzieć nie można.

Wreszcie zalecano *jod i arsen*. J. Polak.

422. Jak długo powinno trwać odosobnienie chorych przy chorobach zakaźnych? (Posiedzenie Akad. lekarskiej w Paryżu, 20 lipca 1882 r. *Gazette médicale de Paris*).

Kwestyja ta praktyczne zastosowanie znajduje odnośnie rozporządzeń zawierających wykłady w szkołach publicznych, oraz użycia środków ostrożności w przypadkach, w których niema powodu do zamknięcia szkoły. Minister oświaty we Francyi zwrócił się więc do Akademii lekarskiej z prośbą o rozstrzygnięcie tego ważnego pytania. Przed kilkoma dniami dr. VILLAIRET jeden z członków komisyi mianowanej przez Akademię, zdał sprawę z poszukiwań nad ciekawą tą kwestyją. Treść tego sprawozdania podajemy:

Komisyja za przedmiot roztrząsań obrała następujące choroby: ospę t. zw. wietrzną (*varicella*), ospę zwyczajną, t. zw. naturalną (*variola*), szkarlatynę, odrę, epidemiczne zapalenie gruczołu przyuszego (*oreillons*), wreszcie błonice.

Ospa wietrzna okazuje częstokroć przebieg nieprawidłowy, a niekiedy ubiega dziesięć do dwunastu dni, zanim łuszczenie się ukończy; odosobnienie chorych w téj chorobie powinno trwać dni 25.

Okres zwiastunów trwa przy ospie 3—4 dni, okres erupcyjny 4—5; ropienie pryszczki 3—4, zasychanie 3, łuszczenie się wysypki 6, potem zaczyna się łuszczenie mączkowate (*desquamatio furfuracea*) bez ścisłych granic. Odosobnienie powinno trwać dni 40.

W odrze okres zwiastunów trwa 3—4 dni przecięciowo, wyjątkowo tylko 6—8, okres wystąpienia wysypki 12—48 godzin, a wysypka trwa zmniejszając się stopniowo 4 dni, łuszczenie się trwa 8—15 dni. Odosobnienie w ciągu 40 dni jest wystarczające.

Zapalenie ślinianki przyusznój (*parotitis epidemica*) trwa przecięciowo dni 6, a zdrowienie przeciąga się 6—7 dni. Jeżeli istnieje jakie powikłanie przerzutowe, takowe trwa około 9 dni. Odosobnienie w ciągu dni 25 uważać należy za wystarczające.

Czas trwania błonicy bywa nader rozmaity, ostrożność jednak nakazuje przyjąć za podstawę obliczeń najdłuższy przeciąg; odosobnienie więc powinno trwać dni 40.

Sprawozdawca powiada, że odosobnienie musi być zupełnem i przytacza rozporządzenie jeszcze z r. 1773 wydane w mieście Dijon, nakazujące podobnyż środek ostrożności przy ospie.

Komisya na podstawie przytoczonych danych proponuje, aby:

1) uczniowie szkół chorzy na ospę wietrzną, naturalną, szkarlatynę, odrę, zapalenie ślinianki przyusznój i błonicę byli odosobnieni zupełnie od swych towarzyszy,

2) Czas trwania takiego odosobnienia ma wynosić przy ospie, odrze, płonicy i dyfteryie 40 dni, przy ospie wietrznój i zapaleniu ślinianki przyusznój 25 dni.

3) Rekonwalescenci przed połączeniem się z innymi powinni otrzymywać kąpiel.

4) Odzież, którą nosił uczeń przed zachorowaniem należy poddać działaniu ciepłoty 90° C. (wody gorącej), oraz okadaniu siarką a następnie starannemu oczyszczeniu.

5) Pościel, firanki przy łóżku, a nawet meble należy poddać dezynfekcyi i oczyścić.

6) Uczeń który dostał jednę z pomienionych chorób po za obrębem szkoły, nie może być przyjęty bez poswiadczenia lekarza, że wykonał właściwe przepisy.

Wnioski te zostały przyjęte. *J. Polak.*

II. Chirurgija, Otiatryja, Oftalmologija.

423. M. THOMAS. Statystyka amputacyj wykonanych w królewskim szpitalu w Glasgowie w ciągu lat ośmiu.

The results of amputations performed in the Glasgow Royal Infirmary during eight years ending December 31—st, 1881. (*The Lancet July 1—1882*).

Poprzednio już (w r. 1877) autor ogłosił wyniki amputacyj wykonanych w tymże zakładzie w ciągu lat 25-ciu (do 31-go grudnia r. 1873). Ogólna liczba amputacyj wynosiła 1412, śmierć nastąpiła w 452 przypadkach, odsetka więc śmiertelności była 32, czyli o 4 mniej niż u d-ra LAWRIE, bezpośredniego poprzednika prof. LISTERA (w uniwers. w Glasgowie) a o 10 mniej niż u d-ra STEELA, jednego z poprzedników autora.

Od r. 1874 do 1882 wykonano w pomienionym zakładzie 726 amputacyj (więcej niż połowa liczby wykonanych w poprzednich 25 latach). Wypadków zakończonych śmiercią było 166, odsetka więc śmiertelności wynosi 22,8, czyli o 10 mniej niż dawniej. Łóżek dla chirurgicznych chorych znajduje się 318; zajęte zaś były one ogółem przez 21,220 pacjentów.

Wyniki pierwotnych amputacyj. Liczba ich wynosiła 307, liczba wypadków zakończonych śmiercią—99, czyli 32,3⁰/₀, podczas gdy w 25 latach poprzednich na 659 przypadków odsetka śmiertelności wynosiła 36,5 (04,2 więcej), (ob. tabl. na str. 744).

(Nie umieścił tu autor 4 odejmoowań w stawie napięstkołokciowym (1 przypadek śmierci); 18 amputacyj ręki (śmiertelność 0).

Ogólna śmiertelność w 185 wypadkach amputacyj tylko ramienia, przedramienia, uda i goleni wynosi zaledwie 26,2⁰/₀ czyli o 9,4⁰/₀ mniej niż w poprzednich latach.

Następcze odejmoowania po obrażeniach. Ogólna ich liczba wynosi 81, wypadków śmierci 27 (śmiertelność 33,3⁰/₀ czyli o 18,4 mniejsza niż w poprzednich 25 latach), a mianowicie: (ob. tabl. na str. 745).

Jeżeli zważymy wyniki tylko czterech ważniejszych amputacyj, t. j. ramienia, przedramienia, uda i goleni, których ogółem było 57, otrzymamy odsetkę

śmiertelności 40,3, gdy dawniej wynosiła 54,8, czyli obecnie zmniejszyła się o 14,5%.

Następcze amputacje. Liczba ich wynosiła 338, wypadków śmierci 40, śmiertelności 11,8, czyli 10,1% mniejsza. Podczas 25 lat poprzednich operowano ogółem 583 tego rodzaju pacjentów. (ob. tabl. na str. 746).

Odjęcie w stawie barkowym wykonane było 36 razy, wypadków śmierci 13, odsetka śmiertelności 36,1; dawniej 39,3	36,1	39,3
ramienia	20,5	33,5
przedramienia	7,1	11,6
w stawie biodrowym	66,6	85,7
uda	46,8	52,5
goleni	26,2	44,9
goleno-stop.	23,0	27,5
stopy (części.)	—	20,0
w stawie łokciowym	—	50,0
kolanowym	52,0	40,0
w kilku miejscach	66,6	57,0
Ogółem 307	32,3	36,5

Amputacyj ramienia, przedramienia, uda i goleni wykonano 149, odsetka śmier-

telności wynosi 18,7 gdy dawniej wynosiła 26,0 (o 7,3% więcej).

Przyczyny śmierci były następujące:

Przy amputacji w stawie barkowym.

	pierwot.	następ.	patolog.
(Shock)	7	—	—
ropnica	3	—	—
posocznica	1	—	1
wyczerpanie	1	—	—
krwotok	—	1	—
niewiadoma przyczyna	1	—	—

Wypadków odejmowania w stawie barkowym 5, wypadków śmierci 1, odsetka śmiertelności 20,0, dawniej 23,5	20,0	23,5
ramienia	44,4	76,6
przedramienia	50,0	31,8
uda	39,1	28,9
goleni	35,5	76,1
w stawie goleno-stop.	—	58,0
stopy (częściowe)	—	—
w stawie kolanowym	37,5	23,5
— obydwóch goleni	—	100,0
Ogółem 81	33,3	54,7

Przy amputacji ramienia.

Shock	3	—	—
Shock i krwotok	1	—	—
ropnica	5	2	—
posocznica	—	1	—

wyczerpanie sił	1	—	—
róża	1	—	—
wstrząśnienie (concussion)	1	—	—
tężec	—	—	—
przekrwienie płuc	1	—	1
niewiadoma przyczyna	1	—	—

Odejmowań w stawie barkowym wykonano	22	6, liczba wypadków śmierci	1, odsetka śmierci	16,6, dawniej	33,3
ramienia	13	—	2	9,0	16,6
przedramienia	4	—	1	7,7	4,7
w stawie biodrowym	87	—	2	50,0	66,6
uda	27	—	17	19,5	30,8
goleni	129	—	7	8,7	22,9
w stawie goleniostopow.	2	—	0	5,4	10,9
stopy (części.)	42	—	7	16,6	33,3
w stanie kolanowym	1	—	0	100,0	—
w obustawach goleniostop.	1	—	1	100,0	—
obydwoch stóp	1	—	0	—	—
obu przedramion	1	—	1	—	—
obydwoch goleni	1	—	0	—	—
w stawie łokciowym	1	—	0	—	—
w ręku	1	—	0	—	—
Ogółem	338	—	40	11,8	21,9

Przy odejmowaniu przedramienia.

Shock	1	1	—
ropnica	—	2	1
zapalenie otrzewnej	1	—	—
w samym dniu wykonania	—	1	—

Przy odejmowaniu w stawie biodrowym.

Shock	1	—	2
podczas operacji	1	—	—

Przy amputacji uda.

Shock	10	3	1
Shock i krwotok	1	—	—
ropnica	3	—	3
posocznica	—	—	1
wyczerpanie	2	—	4
majaczenie przyrpane (traumatic delirium)	1	—	—
krwotok następczy	1	1	2
zgorzel	1	2	1
róża	1	—	—
wysięk osierdzia	—	1	—
katar oskrzeli i rozwolnienie	—	—	1
suchoty	—	—	2
wymioty nieustające	—	—	1
wodna puchlina głowy	—	—	1

Przy amputacji goleni.

Shock	3	—	—
ropnica	2	2	—
zgorzel	2	3	—
wyczerpanie sił	1	1	—
krwotok	1	—	—
zapalenie otrzewnej i róża	1	—	—
rozwolnienie	—	—	1
białkomocz	1	—	—

Przy amputacji w stawie goleniostop.

Shock	1	—	—
ropnica	2	—	1
zgorzel	—	—	1
zapalenie stawu	—	—	—
omdlenie	1	—	—
suchoty	—	—	2
choroba BRIGHT'A	—	—	1
niewiadoma przyczyna	2	—	1

Przy odejmowaniu w stawie kolanowym.

Shock	4	—	—
ropnica	2	—	1
posocznica	1	—	—
zgorzel	—	1	—
wyczerpanie	3	—	2
krwotok wtórny	—	—	1
osłabienie (asthenia)	1	—	—
utrata krwi	1	—	—
zapalenie opon mózgowych	1	—	—
tętniak podkolanowy	—	1	—
w dzień wykonania operacji	—	1	—
niewiadoma przyczyna	—	—	3

Przy amputacjach w kilku miejscach.

Shock	8	—	—
Shock i krwotok	1	—	—
ropnica	3	—	1
wyczerpanie sił	1	—	1
gorączka przyrpane	1	—	—
obrażenia wewnętrzne	1	—	—
nawał krwi do płuc	1	—	—

Co do zmniejszenia śmiertelności, au-

tor wspomina, że nie można tego uważać za okoliczność wypadkową, ani odnoszącą się do jednej jakiegokolwiek kategorii, ponieważ odnosi się ona do wszystkich rodzajów w mniejszym lub większym stopniu. Przyczyny zmniejszenia śmiertelności niepodobna należycie wytlómaczyć, albowiem przypadki obrażeń były podobnie ciężkie jak i lat poprzednich, a technika operowania ani lepszą ani gorszą niż dawniej; kwas karbolowy i inne środki przeciwnilne były prawie w ogólnym użyciu.

Od 1 stycznia r. 1877 do 31 grudnia r. 1881 było tylko trzy wypadki śmierci z ropnicy i jeden z posocznicy. Z ogólnej liczby 165 wypadków śmierci, w 22 takowa nastąpiła w samym dniu operacji, a w 11—w 48 godzin. Odejmując więc od ogólnej liczby operacji i wypadków śmierci te 33 wypadki jako nie dające nadziei wyzdrowienia i w których wykonano operację tylko „dla spokojności sumienia,“ otrzymamy liczbę operowanych 697, a zmarłych 132; śmiertelność więc wynosiłaby 18,9%. Nie należy w istocie obdarzać szpital i chirurgów wypadkami śmierci zależącymi wyłącznie od ciężkości obrażenia, i autor wyraża nadzieję, że regulamin statystyki zastosuje się do tego pewnika.

J. Polak.

424. Dr. W. FINCKELSTEIN (z Jass). **Przyczynę do leczenia uwięźniętych przepuklin.** (*Berl. Klin. Wochenschr.* Nr. 30—1882).

Sposób ten bardzo prosty polega na kilkakrotnym zlewaniu eterem odpowiedniej części powłok. Nadaje on się szczególnie tam, gdzie wiek lub inne względy czynią wynik operacji wątpliwym, a w obec pomyślnych rezultatów autora powinienby zawsze poprzedzać użycie innych środków.

Autor stosował swój sposób w 58 rozmaitych przypadkach (przepukliny pachowe, udowe, pępkowe, u kobiet i mężczyzn) i tylko cztery razy bez powodze-

nia, w przypadkach nieprzedstawiających żadnej szansy.

Ułożywszy chorego na wznak z nogami zbliżonemi do ciała, zlewa się co kwadrans naprężone powłoki, w miejscu odpowiadającym przepuklinie, jedną lub dwoma łyżkami eteru siarczanego z dodatkiem 20 na 100 *Ol. Hyoscyami*, w celu zmniejszenia palenia, poczem pokrywa kilka razy złożoną chustką.

Po trzy lub czterokrotnem polaniu wypadnięta pętlica staje się ruchomą i wciąga się do jamy brzusznej sama lub daje się bardzo łatwo odprowadzić.

Zapewne pod wpływem eteru następuje:

- 1) zwolnienie napięcia obrączki przepuklinowej,
- 2) zgęszczenie gazów w uwięźniętym odcinku i zmniejszenie jego objętości,
- 3) pobudzenie ruchów robaczkowych, przy pomocy których kiszka może się opróżnić ze swjej zawartości i łatwiej u-ruchomić.

Z początku autor przed użyciem eteru próbował odprowadzać przepuklinę, przekonał się jednak, że im prędzej uciec się do eteru, tém skutek bywa pomyślniejszym. Zapewnie dość gwałtowne ruchy przy podobnym rękoczynie wywołują bezwład kiszki i uniemożliwiają ruchy robaczkowe. Ani razu nie zdarzyło się autorowi spotkać z wypadnięciem sieci—w tym razie sposób ten należy uważać za bezskuteczny, jak również i tam, gdzie części otaczające są mocno zgrubiałe.

O. Hewelke.

425. E. THOMPSON. **Nowy krew tamujący i chirurgiczny opatrunek.** A new haemostatic and surgical dressing. (*The Lancet* Nr. 4, Tom II, 1882 r).

Autor zwraca uwagę na *purchawkę olbrzymią* (*Lycoperdon giganteum v. caelatum*), znany grzyb ziemny, jako na dzielny krew tamujący środek. ТН. widział kobietę cierpiącą od wielu lat na silne krwotoki z wrzodziejącej powierzchni raka sutkowego. Krwotoki te silnie pod-

kopywały ogólny stan zdrowia chorąg. Zwykle środki hemostatyczne były bezskutecznymi. Zrozpaczona kobieta udała się do jakiegoś szarlatana wiejskiego, który jój zalecił przykładanie purchawki na sutkę. Od tego czasu krwotoki i nieprzyjemny zapach z wrzodu ustały natychmiast, bóle się znacznie zmniejszyły, stan zdrowia nieco się poprawił. Kobieta ta żyje już 17 lat z wrzodzącym rakiem sutkowym. Purchawka olbrzymia posiada własności nietylko stytyczne, ale jest także bardzo miękim i wygodnym opatrunkiem, gdyż zdaje się posiadać przeciwnilne i kojące własności. Najważniejszymi wszakże są, według autora jój własności *hemostatyczne*: wstrzymuje nadzwyczaj szybko zewnętrzne krwotoki, bardzo nawet silne, tam gdzie żelazo, matico, terpentyna i inne środki pozostają bez skutku. FAGAN, naczelny chirurg w Belfast, opowiadał autorowi, że pewnego razu, wyluszczywszy nowotwór u chorego w bliskości oczodołu, miał do czynienia z silnym krwotokiem, którego na razie w żaden sposób wstrzymać nie mógł; po przyłożeniu małego kawałeczka purchawki do rany, krwotok natychmiast ustał. W podobny sposób wyraża się o purchawce Mc. KEOWN.

TH. radzi chirurgom zastosować przy krwotokach zewnętrznych ten nowy środek, o którego krew tamujących własnościach sami również prędko się przekonają.

H. Goldblum.

426. Dr. O. ANGERER. **O wycinaniu pierwotnych stwardnień przymiotowych.** (*Berl. Kl. W.* Nr. 30—1882).

Wycięcie miało miejsce w 8 tygodni po zarażeniu, rana zagoiła się doraźnie (*per primam intentionem*), w bliźnie nie było ani śladu stwardnienia. Drobnowidzowa budowa wycinka nosiła właściwe cechy: nacieczenie drobnokomórkowe, obecność gdzie niegdzie komórek olbrzymich.

Gojenie się rany, zachowanie się bliźny i brak, w ciągu kilku miesięcy,

wszelkich objawów zakażenia dawały nadzieję najpomyślniejszego rezultatu. Zwykle bowiem bliźna twardnieje szybko i bez wyjątku występują ogólne objawy.

Autor zwykł przedsiębrać wycinanie ze względu na to, że przebieg choroby bywa wtedy o wiele łagodniejszym, nie zaś, żeby się miał spodziewać zupełnego wyleczenia.

Po upływie ośmiu miesięcy pacjent wstąpił w związku małżeńskie, czuł się bowiem zupełnie zdrowym, okazało się jednak, że zdanie to było mylne. Żona jego, kobieta najzupełniej zdrowa, poroniła bez żadnej przyczyny w 6-tym miesiącu szczęśliwie przebiegającej ciąży. Płód martwy i zgniły nie był bliżej badany.

Przy drobiazgowych oględzinach męża znaleziono: nieznaczne obrzmienie gruczołów pachwinowych, łokciowych z jednej strony; na karku i szyi, zwłaszcza na granicy części uwłośnionej, wysypka trądzikowa (*acne*) nieobfita. Bliźna na członku ruchoma, nietwarda.

Uznając wynik operacji za wątpliwy, autor naznaczył leczenie swoiste, wcieranie szarej maści (100 grm.) i jodek potasu wewnątrz (35 grm.), które trwało dwa miesiące.

Druga ciąża w rok po pierwszej została przerwana w siódmym miesiącu. Płód, który żył do czasu samego poronienia był należycie rozwinięty i przy sekcji nie można było wykryć na nim ani śladu przymiotowych objawów.

Przy badaniu matki znaleziono: małokrwistość, odchylenie macicy i również ani śladu przymiotu.

Z historii tej widać, jak ostrożnym trzeba być przy rokowaniu po wycięciu stwardnienia przymiotowego. Gdyby nie przypadkowe ożeniecie się, pacjent uchodziłby za wyleczonego zupełnie, chociaż i tak przypuszczenie zakażenia nie opiera się na obecności jakichkolwiek objawów choroby, a tylko na niemożności zupełnego jój wykluczenia. Pierw-

sze bowiem poronienie, nie mające żadnego wyjaśnienia ze strony matki, koniecznie naprowadza na myśl istnienia skrytej formy przymiotu. Być może, że długi przeciąg czasu pomiędzy zarażeniem i wycięciem (8 tygodni) umożliwił ogólne zarażenie, chociaż jednak w postaci bardzo łagodnej.

Co do powtórnego poronienia, po przebyciu leczenia męża, to można by je objaśnić pozostałą po pierwszym skłonnością i wreszcie wyleczenie męża mogło być niezupełnym.

Autor nie wątpi, że w porę i dokładnie wykonane wycięcie pierwotnego przymiotowego stwardnienia może powstrzymać rozwój choroby, chociaż dotychczas nie miał jeszcze nigdy pożądanego rezultatu.

O. Hewelke.

427. Prof. dr. JÓZEF GRUBER. **O ciałach obcych w uchu.** Wykład kliniczny. (*Allg. Wiener Medic. Zeitung.* Nr. 26 i 27, 1882).

Pod nazwą ciał obcych w uchu rozumiemy nie tylko ciała, które się tam od zewnątrz dostały, ale i wytwarzające się w samym uchu i wywołujące zjawiska chorobne już to przez swą naturę, już z powodu wielkiej liczby, wreszcie z powodu nieprawidłowego położenia. Do tych więc należą: nagromadzenie woszczku (*cerumen*) w przewodzie zewnętrznym albo nawet mała ilość woszczku przylegająca bezpośrednio do błony bębenkowej, nagromadzenia wysiękowe, włosy, naskórek, kawałki kości i t. p.

Pod względem praktycznym ważnym jest określenie: czy ciało znajduje się istotnie w uchu, gdzie mianowicie jest położone, czy luźnie się porusza lub jest zaklinowane, wreszcie jaka jest przyroda i postać ciała obcego? Co do tego ostatniego punktu często wystarcza do rozpoznania anamneza, jakkolwiek niekiedy ciała obce zmieniają kształt i wielkość przez inkru-

stowanie woszczkiem lub przez próby wydobycia.

Co do rozpoznawania obecności w uchu ciała obcego autor twierdzi, iż niewykrycie takowego przy badaniu okiem bynajmniej nie świadczy o nieobecności ciała; dowodzi tego w liczbie innych i przypadek obserwowany przez autora, w którym tenże nie mógł wzrokiem rozpoznać ukrytej w uchu liszki owada.

Najrozmaitsze ciała obce wykrywano w uchu: groch, fasolę, ziarenka owoców, kawałki papieru i waty, kamyki, paciorki, suche i świeże kawałki roślin, pchły, muchy, świerszcze i inne owady, liszki (których autor niekiedy wyjmował na raz po 20—25). Ciała te mogą znajdować się nie tylko w zewnętrznym przewodzie słuchowym, ale i w jamie bębenkowej, dokąd dostają się po przedziurawieniu błony narządami albo gdy przedziurawienie dawniej już istniało. Dawniej, gdy starano się zachowywać sztucznie utworzony otwór w błonie bębenkowej za pomocą obrączek ze złota, z aluminium i t. p., ciała te często dostawały się do jamy bębenkowej (VOLTOLINI miał wiele podobnych przypadków, autor obserwował często te same zjawiska na trupach). Ciała obce mogą znajdować się i w trąbkach EUSTACHIUSZA. WENDT opisuje iż dwa razy łamały mu się w trąbce świeczki z blaszkownicy (*laminaria*) a odłamki pozostawały lub wydalaly się dobrowolnie. FLEISCHMANN wspomina o uwięzieniu ziarenka jęczmienia w trąbce; HECKSCHER opisuje uwięzienie pióra kruczego, które dopiero na trzeci dzień wyjęto.

Co do objawów towarzyszących obecności ciał obcych w uchu nadmienić wypada, że niektóre przez długi czas nie wywołują żadnych szczególnych przypadłości (autor obserwował raz brak objawów w ciągu 17 lat), podczas gdy inne (jak szpilka lub odłamek szkła) powodują gwałtowny ból. Przynajmniej ciała obce w uchu działają częstokroć przygnębiająco na umysł chorych, którzy wyobrażają sobie iż

takowe do mózgu im przenikać poczynają i t. p., a pognębienie to wywołuje rozmaite zaburzenia ogólne. Już FABRICIUSZ von HILDEN opowiada o przypadku, w którym dziewczyna została uleczoną z epilepsji, znieczulenia połowy ciała, gdy wydalono jęj z ucha paciorek, który przez ośm lat tam tkwił. TOYNBEE przytacza wypadek, w którym ciało obce w uchu wywołało ból i gwałtowny zawrót głowy, ogłuszenie, zaburzenia w trawieniu; był to kawał waty przesiąknięty woszczkiem i przeżutym tytuniem, włożony w ucho dla uśmierzzenia bólu zębów. Po wydaleniu tego ciała wszystkie objawy ustąpiły. W drugim przypadku przez tegoż autora opisanym, mocny kaszel ustąpił po wydaleniu odłamka kości z przewodu słuchowego. Inny badacz wspomina o wypadku w którym zęb mądrości dostawszy się do ucha wywołał oprócz zjawisk zapalnych, miejscowych, mocny ból głowy i twarzy. Autor sam obserwował młodego człowieka, którego kawałek zapalki w uchu omal do pomieszania zmysłów nie doprowadził, oraz młodą dziewczynę która, gdy jęj szpilka wpadła w ucho, przestraszyła się do takiego stopnia, że w ciągu 24 godzin nie mogła słowa wymówić; po wyjęciu szpilki wszystkie zjawiska ustąpiły.

Zwykle ciała obce wywołują następujące przypadłości: głuchotę w mniejszym lub większym stopniu (jeżeli zasłaniają światło przewodu zewnętrznego), 2) zjawiska zapalne, zależne od chemicznych lub innych własności ciała lub od zranienia ścian albo błony bębenkowej. Często zresztą, niestety! i niewłaściwe usiłowania wyjęcia ciała obcego te same spowodują skutki, tak iż VOLTOLINI słusznie powiada, że nawet tkwiący w uchu koniec szpady pozostawiony w spokoju mniej szkodzi niż forsowne usiłowania wydalenia go.

Autor radzi wstrzymać się od zbytowego pośpiechu w wydalaniu ciał obcych i niezbyt zważać na prośby i nalegania chorych, a przytém być ostrożnym co do rokowania, albowiem nawet widząc

tylko woszczek nagromadzony w uchu trudno wiedzieć, co po za nim może się znajdować, jak to np. widział autor u pewnego mężczyzny, u którego po wydaleniu czopka woszczku, woda wstrzykiwana wracała nosem z powodu zniszczenia całej błony bębenkowej w skutek poprzedzającego ropienia; albo jak obserwował na przysłanym mu przez prof. ROKITANSKY'EGO narzędzie słuchu, w którym guz kości skroniowej (*cholesteatoma*) pokryty był woszczkiem. Podobny guz pokryty woszczkiem wykrył autor niegdyś na klinice prof. DUCHEK'A.

Pośpiech w wydalaniu ciała obcego wskazany bywa wówczas jeżeli własności ciała są tego rodzaju iż powodują niebezpieczeństwo, albo jeżeli wystąpiły już następne przypadłości wymagające czynnej pomocy (naprzykład drgawki lub inne mózgowo objawy u dziecka). W przeciwnym wypadku należy zadawać się uspokojeniem chorego na razie i wyczekiwaniem odpowiedniej chwili, np. zniknięcia objawów zapalnych. Woszczku nagromadzonego nie należy wydalac natychmiast, albowiem bywa niekiedy twardy jak kamień i przymocowany włosami do ścian przewodu. Obserwowano wypadki w których zbyt forsowne wydalenie tych nagromadzeń spowodowało zagrażające życiu objawy. Przed wydalaniem woszczku (za pomocą przestrzykiwania) należy w ciągu 1—2 dni wpuszczać w ucho rozmiękczające krople 3—4 razy dziennie (5% roztwór sody lub potażu w glicerynie, oliwie lub nawet wodzie).

Najprostszyszy sposób wydalania ciał obcych i najczęściej zupełnie zadawalniający, polega na przestrzykiwaniu ucha, które jednak umiejętnie należy wykonywać. Najodpowiedniejszą jest niezbyt mała metalowa strzykawka opatrzona obrączkami dla wskaziciela i środkowego palca. Szklanne strzykawki jako niebezpieczne winny być zarzucone. Niezbyt małe szpryki z twardego kauczuku mogą być dla użytku samych pacjentów

zalecane. Ciepłota wody niepowinna przewyższać 27—30°; zimna woda wywołuje niekiedy omdlenie. Przy wstrzykiwaniu należy, jak wiadomo, pociągać ucho ku tyłowi, ku górze i na zewnątrz (gdyż wówczas wyrównywa się kąt jaki tworzą kostna i błoniasta część przewodu słuchowego u dorosłych). U noworodków lub dzieci 1—2 lat mających, należy pociągać muszlę ujętą w dolnej części na zewnątrz i ku dołowi, z powodu wiadomej różnicy w stosunkach anatomicznych u dzieci, u których kostna ściana nie jest jeszcze wykształconą a pociąganie ku tyłowi, ku górze i na zewnątrz powoduje jeszcze większe zamknięcie światła przewodu.

Strumień wody wypada kierować ku którejkolwiek ścianie przewodu słuchowego nie zaś wprost ku błonie bębenkowej, nie należy jęj bowiem drażnić bez potrzeby. Nie trzeba też wstrzykiwać nazbyt długo, natomiast badać od czasu do czasu wziernikiem, ażeby z nowych stosunków powziąć odpowiedni kierunek czynności i przekonać się o rezultacie usiłowań. Wycierania ucha nie trzeba polecać chorym ale wykonywać samemu, poczem na pewien czas ucho watą zatykać, zwłaszcza gdy nagromadzenie woszczku zostanie usuniętem, ponieważ nerw słuchowy podrażniony mocnymi szmerami lub dźwiękami może uleść zapaleniu, gdy przewód słuchowy i błona bębenkowa znajdujące się już w stanie podrażnienia, zostaną nagle narażone na wpływy zewnętrzne.

W większości wypadków, opisane postępowanie wystarcza do wydalenia ciała obcego. Gdy jednak takowe jest mocno zaklinowane lub gdy już wykonywano bezskuteczne usiłowania, a pilnem jest wyjęcie ciała obcego, wówczas należy uciec się do innych środków (VOLTOLINI zresztą słusznie radzi jeszcze położyć pacjenta na stole ze zwieszoną głową i przestrzykiwać ucho).

Ze środków tych wymienić należy wysysanie (*Ansaugen*) (za pomocą które-

go MAYER w jednym wypadku wyjął z ucha ziarnko grochu), zalecane przez ENGEL'A, LÖWENBERGA i innych; autor nie otrzymywał pożądanego skutku.

Jeżeli ciało obce głęboko w uchu jest położone, zalecają niektórzy przestrzykiwanie od strony trąbki. DELEAU wydalit w ten sposób ciało obce. VOLTOLINI wynalazł nowy sposób wydobywania za pomocą termokautera, którym ciało obce bywa spalone. V. opisywał nawet pomyslnie skutki w niektórych przypadkach. Autor jednak raz się tylko odważył spalić ziarnko agrestu w ten sposób, ale objawy powiększyły się, a ziarnko dopiero po upływie kilku tygodni wydobyte zostało za pomocą prostego przestrzykiwania (gdy objawy zapalne ustąpiły).

Szereg narzędzi w rodzaju haczyków, łyżeczek i t. p. prawie zupełnie nie znajdował się w użyciu u autora, który narzędzia te uważa za zbyteczne w większości przynajmniej wypadków. Bezwarunkowo odradza G. kruszyć paciorki, kamyki i t. p. w uchu, albowiem środek ten jest nieracjonalny i niebezpieczny.

TRÖLTSCH zaleca modyfikację bardzo dawnego sposobu operacyjnego zalecane-go jeszcze przez Pawła z Eginy, polegającą na wykonaniu przecięcia po nad nasadą muszli, przez które wnika się do przewodu słuchowego. Wniknięcie to w pomienionem miejscu łatwiej daje się uskutecznić, a przytęm mniejsze przedstawia niebezpieczeństwo gwałtownego krwotoku. Miękie części oddzielają się od kości, po za ciało obce przesuwają się właściwe narzędzie, którym się ciało wydała. Udzieci, powiada autor, łatwiej by się ta operacja udała, w każdym razie sposób opisany uważa on za zbyt śmiały. Jeżeli ciało obce zaklinowane jest w jamie bębenkowej, to można otworzyć doń drogę za pomocą sztucznego przedziurawienia wyrostka sutkowego. W każdym razie ponieważ ciała obce często przez całe lata pozostają w uchu nie wywołując ważniejszych zjawisk, ponieważ często po przemi-

nięciu objawów zapalnych same wychodzą lub łatwo dają się wydalic za pomocą przestrzykiwania, nie należy więc nazbyt śpieszyć z gwałtowném wydobywaniem.

J. Polak.

428. Dr. VANDENABEELE. **Wyjęcie pestki wiśniowej z głębi przewodu słuchowego zewnętrznego.** (*Journal de thérapeutique* 13—1882. p. 484).

Jako dodatek do sprawozdania powyższego zamieszczamy następującą obserwację:

Artysta, któremu jeden z kolegów przez żart włożył w ucho pestkę wiśni a później usiłując ją wyjąć za pomocą szpilki podwójnej głębiej wprowadził, po bezskutecznych usiłowaniach jeszcze któregoś z aptekarzy, udał się do autora dla zasięgnięcia porady. Tenże z łatwością wykrył obecność pestki w najgłębszej części przewodu słuchowego zewnętrznego, którego ściany zarówno jak pomienione obce ciało były krwią pokryte, niepodobna było jednak rozwiązać pytania, czy błona bębenkowa nie została przedziurawiona.

O zastosowaniu narzędzi specjalnych nie można było myśleć z przyczyny, iż najłżejsze dotknięcie sprawiało ból nieznośny, tak iż chory szamotał się usilnie. Autor użył wstrzykiwań wody ciepłej, posługując się szprycą o połowę mniejszą niż używana przy wodnej puchlinie jądra. Po drugiem wstrzyknięciu chory uczuł że woda przenikała pomiędzy błonę bębenkową a pestkę. Przy następnych wstrzykiwaniach, jakkolwiek przedmiotowo nie można było stwierdzić skutku, chory jednak zapewniał, iż czuje jak ciało obce ku zewnątrz się przybliża. Wreszcie po upływie godziny przy ciągłych wstrzykiwaniach, pestka ukazała się przy wejściu do przewodu słuchowego; wówczas jedno jeszcze wstrzyknięcie wystarczyło do wydalenia ciała. Przez cały czas trwania operacji pacjent nie czuł ani zawrotu, ani też innych przykrych zjawisk.

Z dwóch odmian strzykawki używa-

nych przez autora, z których pierwsza posiada siłę jednej atmosfery, druga zaś o połowę mniejszą, autor obrał tę ostatnią, ponieważ niepodobna było odrzucić możliwości istnienia rany w błonie bębenkowej.

Przechodząc do uwag ogólnych, zauważył autor iż dwa rodzaje ciał obcych mogą się zdarzyć: pierwszy o postaci regularnej zatykającej światło przewodu z powodu swój znacznej objętości, drugi o postaci nieregularnej pozostawiającej zawsze otwór nawet przy węższym przewodzie.

W pierwszym przypadku wstrzykiwanie wody posuwa z początku ciało obce w głąb ucha, dopóki ścienione powietrze nie nabierze siły wystarczającej do stawienia oporu prądowi wody; nie należy więc zrażać się początkowém niepowodzeniem; wytrwale rzecz dalej prowadzić.

W drugim przypadku ciało obce nie długo stawia opór gdyż strumień wody dostawszy się przez otwór odbija się od błony bębenkowej i wracając przybliża do zewnątrz ciało obce.

TILLAUX (w r. 1873) radzi wdmuchiwać dym tytoniowy w przewód słuchowy jeżeli ciało obce jest żyjące, wówczas częstokroć wychodzi samo. Wyjmowanie, według tego autora, skutecznia się za pomocą łyżeczki, szczypczyków lub monych wstrzykiwań ciepłej wody. Znieczulenie chloroformem podczas operacji uważa T. za niebezpieczne.

DUPLAY (*Traité de pathologie externe*) podobnie jak GRUBER radzi przeważnie ograniczać się użyciem strzykawki; w przypadkach zaś, w których ciało obce z powodu swój wielkości nie przepuszcza wody, radzi GRUBER wstrzykiwać wodę wapienną lub roztwór cynku, które zmniejszają objętość ciała (naprz. grochu), później użyć zwykłych wstrzykiwań. Na korzyść wstrzykiwań wreszcie podaje głos dr. COLLIN, którego rozprawę p. t. „*Des corps étrangers du conduit auditif et de leur traitement par les injections forcées*“ (1873)

uważa autor za najzupełniejszą w tym przedmiocie.

J. Polak.

429. Dr. FALCHI (z Turynu). **Gruźlica oka z następującą jaskrą.** (*Contribuzioni cliniche e anatomiche alla tubercolosi umana dell'occhio. 1882 z tablicą.*)

U kachektycznego chłopaka, cierpiącego na oderwanie siatkówki, rozwinęła się ostra jaskra, w skutek czego wyluszczone galkę. Po za *ora serrata* wykryto w białkównce liczne gruzelki, składające się z olbrzymich komórek. Takież same w rzęskowej części naczyniówki i oderwanej części siatkówki; nawet w c. szklistym znajdowała się nowowytworzona tkanka zawierająca olbrzymie komórki. Jeden gruzelek zajmował lig. pectinatum, zatykając kanał Fontany. Rzęskowy obwód tęczy przrastał do bł. Descemeta, a soczewka do tęczy. Ztąd zatkanie filtracyjnej drogi galki i powstanie jaskry.

Dr. J. Talko.

430. PONCET (de Cluny). **Gruźlica tęczy i c. szklistego.** (*Progrès med. Nr. 24 i Société de Chirurgie Paris. 14. 6. 1882.*)

U 16 letniego chłopca wyluszczone galkę wskutek nowotworu tęczy, który w ciągu 3-ch miesięcy wypełnił przednią komórkę. Cała przednia część galki zajęta była nowowytworzoną tkanką, w której nie można już było rozpoznać tęczy; kanał Szlemma zatkany. Nieunaczyniona ta tkanka, przedstawiała typową tubercliczną strukturę. Olbrzymie komórki nie tylko znajdowały się w nowoutworzonej masie, lecz także i w ciałku szklistem w pobliżu wyrostków rzęskowych i soczewki. Obliteracja kan. Szlemma i perikornealnego sinus wdany wypadku neutralizowały się rozmiękczeniem ciała szklistego i zmienionym stanem wyr. rzęskowych — a więc nie było glaukomatycznego stanu galki.

Dr. Talko.

431. v. ARLT. **Tuberculosis iridis.** (*Wiener med. Blätter N. 24.*)

Wypadek miał miejsce u 12-letniej dziewczynki, której rodzice zmarli na gruźlicę. W prawej tęczówce rozwinęły się gruzelki, które z czasem wypełniły całą ko-

mórkę. Szarém zabarwieniem i beznacyniowością odróżniały się od gummatów. S¹/₁₀₀₀. Tuberculosis pulmonum. ARLT do tej pory widział tylko 3 podobne wypadki.

Dr. Talko.

432. Dr. MILLIGAN. **Wypadek gruźlicy spojówki oka** (*Centr. f. Augenh. Juli, 1882.*)

Autor obserwował w Konstantynopolu u 11-letniej zdrowej na pozór turczynki rzadki wypadek licznych gruzelków na spojówce prawej dolnej powieki, przechodowej fałdy, galki ocznej, a nawet rogówce, przyjętych z początku za chalazon. Gruzelki okrągłe, żółtawoczerwone, w średnicy od 2—3 mm. Przytém obrzmienie i bolesność limf. przedusznych gruczołów. Drobnowidzem wykryto olbrzymie komórki, detritus i tuber. masę. Była to więc conj. tuberculosa. Wyleczenie udało się: dostatecznie było kilkakrotnie wegetacje wyskrobać ostrą łyżeczką i powierzchnię tę przyzegać czystym lapiem. Rogówka odzyskała przezroczystość, pozostał nieznaczny symblepharon posterius. Wypadek objaśniony drzeworytem.

Dr. Talko.

433. Dr. WOLFF (z kliniki HIRSCHBERG'A): **Tuberculosis iridis** (tamże, z drzeworytami).

Wypadek miał miejsce w lewém oku 20 l. dziewczyny. Guz począł wyrastać w górnej cz. tęczy i wypełnił całą komórkę; miał wygląd żółtawo-białej sérowatej masy. Rozpoznanie wahało się między leucosarkoma iridis, granuloma simplex ir. i tuberculosis. Galka wyluszczone: w tęczy znaleziono gruczołek szer. 7 mm., grub. 4 mm. i nieco mniejszy w okolicy wyr. rzęskowych; w przedniej komórce wypociny, siatkówka oderwana, c. szkliste rozmiękczone. Przy opisie podana literatura przedmiotu.

O tuberkulozie tęczy świeżo jeszcze pisał SWANZY, a o tuberkulozie siatkówki dr. MILES z Manchester (Ophthalm. Soc. of the united Kingdom w The Lancet Nr. 20.)

Dr. Talko.

434. Prof. DOR. **5-me rapport annuel de la Clinique Ophthalmologique.** (*Lyon*, 1882).

W roku 1881 leczono 1324 chorych: w klinice 197, poliklinicznie 1127. Większych operacyj zrobiono 142 (samych irydektomij 87), mniejszych 143. Do broszurki, zawierającej li tylko statystyczne dane, dodano opis obserwacji p. t.: *torbiel wrodzona oczodołu, małoocznosc, szczelina tęczy i naczyńówki* (odbitka z *Revue gén. d'Ophthalm.* 1882. Nr. 2). W lewém oku 5-letniej dziewczynki była małoocznosc ze szczeliną tęczy i naczyńówki. W prawém przy małoocznosci i wywróceniu dolnej powieki, w dolno-nosowym kącie oczodołu istniała torbiel, przypominająca encephalocoele. Dr. D. wyłuszczył torbiel, (zawierała płyn kawowy), była ona ściśle złączoną z g. oczną, nie komunikując się z takową, podobnie jak to referujący obserwował i przedstawił przed paru laty na rycinie. Ponieważ znaleziono ślady komórek sarcomae fascicularis, przeto DOR, zaliczając torbiel do kategorii uformowanych z otorbielonych szczelin naczyńówki (VAN DUYSSE), zapytuje czy nie powstała ona w d. wypadku z nowotworu torbielowato zwyrodnionego. *Dr. J. Talko.*

435. Dr. RAMPOLDI. **Obustronna wrodzona bezocznosc.** (*Annali d'Oftalmologia del prof. QUAGLINO.* 1882. fasc. 1).

U 6-miesięcznej dziewczynki phymosis et entropion palp. przy zupełnej anoftalmii. Pod prawą dolną powieką okrągła, elastyczna, błękitnawa torbiel, przypominająca wielki varix, nie zrosnięta z dolnym brzegiem oczodołu. Matka obwinia „zapatrzenie się“ podczas ciąży.

Do tych 2 ch spostrzeżeń wrodzonych torbieli—na które ja pierwszy zwróciłem uwagę—dodać muszę jeszcze jeden świeżo obserwowany przezemnie u nowonarodzonego dziecka włościańskiego w Nałęczowie. Przy obustronnej bezocznosci pod dolną lewą powieką istnieje błękitnawa torbiel nieco mniejsza od laskowego orzecha.

Dr. J. Talko.

MISCELLANEA.

436. **Białkomocz w skutek jodynowania** nieznacznych nawet powierzchni skóry zdarza się często u dzieci. SIMON z pośród 11 dzieci, u których zalecił pędzlowanie skóry jodyną, znalazł u 4 obfity białkomocz. Obecnie ZEBAS z Zurichu (*Wien. Med. Woch. Nr. 18 r. b.*) opisuje przypadek, w którym po dwukrotném pędzlowaniu kolana u dorosłego mężczyzny wystąpił białkomocz. Po zaprzestaniu użycia tego środka białkomocz znikł i znówu po następnych pędzlowaniach pojawiał się. Podobny przypadek u dorosłej kobiety spostrzegł również poprzednio JAKUBASCH. Objaw ten u dzieci objaśniają łatwém wessaniem jodu przez delikatną skórę, podczas kiedy u dorosłych cały jod z powolnego wessania zamieniać się ma na jodek. Może być, że niekiedy i u dorosłych z delikatną i cienką skórą ma miejsce wessanie jodu do krwi. W każdym razie nie tylko u dzieci, ale i u dorosłych należy na tę okolicznosc zwracać uwagę. *Ż. Kr.*

437. **Tinctura Thujae occ.** (*Monatsschr. für Ohrenheilk Nr. 7—1882*).

Przy leczeniu długotrwałych, chronicznych ucho-toków, opierających się wszelkim innym sposobom leczenia, WEBER-LIEL, radzi zastosować miejscowo *tinct. Thujae occ.* w postaci usznych kąpeli, pędzlowania, wkładania do ucha na skubance. Leczenie to nadaje się głównie tam, gdzie błona śluzowa jamy bębenkowej w części jest odkryta, przytém zgrabiwała skutkiem ziarniny lub twardej, płaskich, polipowych narośli. Przed zastosowaniem tego środka, należy ucho oczyścić i osuszyć.

H. G.

438. **Modyfikacje prawa lekarskiego** (*Medical Act*) w Anglii. Ciało jurydyczno-lekarskie reprezentuje bezpośrednio Rada ogólna złożona z członków wybieralnych, z których sześciu mianuje państwo (rząd), ośmiu—uniwersyteta i uprzywilejowane korporacje i czterech—lekarze. *Ż. P.*

439. **Nowe kolegium w Saint-Louis.** Do mnóstwa szkół lekarskich w Stanach Zjednoczonych Am. Pół., wypuszczających jak wiadomo najczęściej bardzo słabych praktyków i teoretyków (których za to Stany posiadają tak wiele, że jeden przypada na 600 ludności, gdy we Francji i Anglii i przecięciowo na 2000, a u nas na 10000), przybyło jeszcze jedno kolegium w Saint-Louis, mające na celu wykształcenie praktyczne w leczeniu chorób wewnętrznych i chirurgii. Katedr założono dwaście; kierunek powierzono d-rowsi F. RUMBOLDOWI. *Ż. P.*

440. **Przykład godny naśladowania.** Przy zakładzie szpitalnym w Manchester postanowiono założyć amfiteatr dla zajęć anatomo-patologicznych. Ponieważ jednak przełożeni tej instytucji nie dostarczyli środków pieniężnych na ten cel niezbędnych, przeto profesorowie i ordynatorzy urządzili składkę dla zgromadzenia sumy wymaganej przez budowniczego. *Ż. P.*

Wydawca:

Dr. Bauerert Adam.

Redaktor:

Dr. Kazimierz Filipowicz.