

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Anatomija i Fizjologia.

486. A. BAGINSKY. **Przyczynek do anatomii kanału pokarmowego dziecka.** (*Arch. f. Anat. u. Phytrol.* 1882, str. 428. *Phytrol. Abtheilung*).

Wychodząc z praktycznego doświadczenia, że dzieci, żywione nieodpowiedniami pokarmami (krochmalem, nadmiernymi ilościami białka i t. d.) zwłaszcza w pierwszych okresach życia nie rozwijają się dostatecznie i pobudzony nowymi analizami kału niemowląt, które dowodzą, że u dzieci trawienie nie odbywa się w ten sposób, jak u dorosłych, autor zajął się badaniem anatomicznym i mikroskopowym kanału pokarmowego u dzieci w różnym wieku, poczynając od okresu płodowego aż do 4-go roku życia dla przekonania się, czy różnorodność funkcji nie jest spowodowaną różnitą budową anatomiczną. Z badań tych wynika, że z postępowaniem wieku długość gruczołów żołądkowych i ich wielkość powiększa się, podobnie grubość warstwy mięśniowej, błony śluzowej, jakoteż samej ścianki żołądka. Podobnie rozwój gruczołów BRUNNERA w dwunastnicy, jakoteż fałd i kosmków kiszek wciąż wraz z rozwojem kanału pokarmowego postępuje. Natomiast układ naczyń limfatycznych, zawarty między tkanką podśluzową i mięśniową kanału pokarmowego, dosięgający wysokiego stopnia rozwoju u noworodków, z postępowaniem wieku zmniejsza się.

W ogóle autor dochodzi do przekonania, że różnica w działalności kanału pokarmowego u dzieci i dorosłych daje się objaśnić w ten sposób, że gruczoły u małych dzieci są mniej rozwinięte i działanie

ich niedostateczne, natomiast cały system rezorbcyjny jest u nich lepiej rozwinięty niż u dorosłych. *Jul. Kramsztyk.*

II. Patologija doświadczalna.

487. Dr. WEICHSELBAUM. **Poszukiwania doświadczalne nad gruźlicą.** Experimentelle Untersuchungen über Inhalations-Tuberkulose. (*Centrbl. f. d. med. Wiss. Nr. 19*).

W przedsiębranych od czasów VILLEMIN'A badaniach nad zaszczepialnością gruźlicy zbyt mało uwzględniano warunki powstawania takowej u człowieka. Dopiero TAPPEINER usiłował wywołać gruźlicę u psów przez wdechowanie rozpylonej płwociny gruźliczej; we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego wątpliwego, udało mu się wywołać gruźlicę prośówkowe w płucach, często w nerkach, wątrobie i śledzionie. Pierwsze guziczki zauważył w trzecim tygodniu, z czego wnosi, że okres utajenia (inkubacji) trwa około dwóch tygodni. Dając psom do wdechania inne substancje (mózdzek cielecy przez 6 tygodni macerowany w wodzie), T. nie otrzymywał podobnych wyników. SCHOTTELINS jednakże utrzymuje przeciwnie, iż wdechowanie np. serca limburgskiego, płwociny osób nie gruźliczych i t. d. może również gruźlicę wywołać. Wobec takich sprzeczności autor przedsięwziął szereg nowych doświadczeń, które doprowadziły go do następujących wniosków:

1) W 11 doświadczeniach z płwociną gruźliczą, prowadzonych od 2 dni do 2¹/₂ miesięcy, przyczem ilość wdechów wynosiła 1 do 24, autor zawsze znajdował gruźlicę bądźto pojedyncze, bądźto w wiel-

kiej ilości, nie tylko w płucach, lecz i w gruczołach oskrzelowych oraz kręzkowych.

2) W 3 innych doświadczeniach użyto do wdechań emulsyi wodnej z tartego sera. U 2 psów znaleziono tylko zapalenie żołądka i jelit (*gastroenteritis*), będące przy czyną śmierci; u trzeciego natomiast w płucach i nerkach istniały gruźelki, lecz bez obrzmienia gruczołów oskrzelowych.

3) Ta sama massa, wstrzyknięta do jamy otrzewnej, nie wywoływała gruźelków, jak również, gotowana przez godzinę płwocina gruźlicza; gdy tymczasem taż płwocina w stanie zwykłym wywoływała gruźelki w sieci i kręcce.

4) Ropa, wzięta z próchniejącego żebra a wdechana 12 razy w ciągu 7 tygodni, sprowadzała pojedyncze guziczki gruźlicze.

Z powyższych doświadczeń wynika, iż oprócz płwociny i niektóre inne pierwiastki organiczne są w stanie wytworzyć gruźelki, lecz tylko w bardzo małej ilości i w pewnych warunkach. Jaka część składowa płwociny, sera i t. p. ma tu istotne znaczenie, nie jest jeszcze dokładnie wiadomem, jakkolwiek KLEBS i SCHÜLER znaleźli pasorzyty i zdołali nawet wyhodować specyficzne odmiany.

Doświadczenia autora odnośnie do tego ostatniego punktu dały po części wyniki dodatnie.

P—i.

488. MARTINEAU et HAMONIC. **La bactériodie syphilitique.** (*Union. med.* Nr. 122).

Od czasu znakomitych poszukiwań PASTEUR'A nad mikrobami w chorobach zwierząt, zaczęto gorliwie badać pasorzyty, właściwe chorobom zakaźnym u człowieka. Niepoślednie miejsce zajmują bakteryje przymiotowe, opisane szczególnie przez KLEBSA i AUFRECHT'A, którzy jakoby znaleźli takowe we krwi lub wydzielinie wyrosli przymiotowych. Badacze ci, byliby się przekonali o wadliwości swych poszukiwań, gdyby hodowali za-

rodki i stosowali szczepienie na zwierzętach. We Francyi do ostatniej chwili niemal wszelkie usiłowania pozostały również bezowocnymi; dopiero po zastosowaniu odrębnej metody badania autorom udało się stwierdzić istnienie bakteryj przymiotowych.

Praca niniejsza jest niejako wstępem do całego szeregu poszukiwań i zapoznaje czytelnika ze sposobami odnajdywania bakteryj, własnościami tychże, wynikami szczepienia i t. p. Wycięty szankier twardej, umieszczono w naczyniu szczelnie zamkniętym, zawierającym stężony ekstrakt LIEBIGA do 30° ogrzany. Po 3 godzinach można było w przezroczystym, mahoniowej barwy płynie, dostrzedz kilka mętnych płatków. Nazajutrz wzięto z naczynia kilka kropel owego płynu, w którym pod drobnowidzem znaleziono mnóstwo bakteryj pałeczkowatych; długość ich równała się w przybliżeniu średnicy czerwonego krążka krwi; były zupełnie przezroczyste i nie posiadały ani śladu ziarnistości lub otoczki; leżały pojedynczo (— —), po dwie lub trzy razem (= ≡) i t. p. Ruchy ich były nader ożywione i różnorodne. Po 2 dniach zastrzyknięto prosięciu płyn, zawierający bakteryje, w tkankę podskórną brzucha i okolicę barkową prawą. Już nazajutrz pojawiły się bakteryje we krwi, po upływie zaś miesiąca kilka guziczków okrągłych, czerwonych, wielkości ziarnka prosa na brzuchu. Jeden z tych guziczków, badany pod drobnowidzem, bakteryj nie zawierał.

Innemu prosięciu zaszczepiono bezpośrednio jad z szankra przymiotowego, poczem pojawiły się bakteryje we krwi oraz wykwyty (*syphilides papulo-squam.*) na skórze, które po pewnym czasie znikły zupełnie wraz z pasorzytami.

Takież dane otrzymano z kilku innych jeszcze doświadczeń. U zwierząt, zdaje się, przymiot występuje szybciej, niż u człowieka, i nie przebiega z wszystkimi właściwymi okresami. Zarażenie jest możliwem, nie tylko od osobnika téjże odmia-

ny, lecz i zupełnie odmiennego gatunku np. od świni na małpę. *P-i.*

489. V. GALTIER. **Wpływ wstrzykiwań jadu wścieklinowego do naczyń.** (Comptes rendus à l'Academie de Sciences T. XVIII, str. 284, w tłumaczeniu w „*The Medical Record.*“ 1882. Nr. 616, str. 227).

Przy doświadczeniach swoich nad szczepieniem jadu wścieklizny, G. kilkakrotnie wstrzykiwał jad ten bezpośrednio do żyły szyjowej owcom i królikom. Otóż zwierzęta szczepione w ten sposób nigdy nie dostawały wścieklizny a szczepione w następstwie sposobem innym, który zwykle dawał rezultaty dodatnie, również nie okazywały objawów wścieklizny. Doświadczeń w tym kierunku autor wykonał siedm i wszystkie dały rezultat podobny. G. wnioskuje ztąd, że wstrzykiwania do żył jadu nie wywołuje wścieklizny lecz naodwrot zdaje się sprowadzać pewną odporność (*immunitas*) na działanie tego jadu.

G. wykonał także następujące ciekawe doświadczenie. Pięciu królikom podano za napój mieszaninę z wody i śliny zwierzęcia wściekłego. Dwa króliki we dwa tygodnie po tém zmarły przy objawach wścieklizny, reszta zachowała zdrowie. Ztąd wnosi autor że w niektórych razach choroba może być wywołaną działaniem jadu przez kanał pokarmowy.

G. przypuszcza, że wstrzykiwanie do żył jadu w jeden lub we dwa dni po ukąszeniu psa przez zwierzę wściekłe, zdoła uchronić go od rozwoju wścieklizny, przeto zachęca do doświadczeń w tym kierunku.

Dinte.

III. Medycyna wewnętrzna i Farmakologia.

490. Dr. HUBER. **O wpływie cierpienia tętnic wieńcowych na serce i przewlekłe zapalenie mięśnia sercowego.** Ueber den Einfluss der Kranzarterien Erkrankungen auf das Herz und die chronische Myocarditis. (*Virch. Arch. Bd. 89, Heft II*).

Kwestyją powyższą zajęto się dopiero

w nowszych czasach; główna zasługa należy się WEIGERTOWI, po nim pisali o tém ZIEGLER, SAMUELSON i COHNHEIM.

Choroba dotyka ludzi w wieku podeszłym i najczęściej z zamożniejszych sfer społecznych, skutkiem czego dość rzadko napotkać się daje na stole sekcyjnym. Chorzy, oprócz lekkiej duszności i „ciężaru na piersiach“, żadnych prawie nie doznawają dolegliwości; śmierć następuje zazwyczaj nagle, przy objawach apoplektycznych, jakkolwiek ze strony ośrodków nerwowych sekcyjna żadnych nie okazuje zбочeń.

W opisanych przez siebie 18 przypadkach autor obok stwardzenia naczyń (*arterio-sclerosis*) znajdował zmiany w sercu, dotyczące nie tylko jego układu naczyniowego lecz i mięśnia sercowego. Większe zmiany przedstawia komórka lewa, resp. przednia jej ścianka w dolnej części lub też przegroda międzykomórkowa. Sprawa ta ma cechy *Myocarditis chr.*, i w samej rzeczy do niedawna przypisywano jej pochodzenie zapalne, bądź przymiotowe i reumatyczne, bądź wtórne od wsierdzia lub osierdzia. Mniemanie takie wszelako jest mylném, a przyczyny cierpienia serca szukać należy w naczyniach samego serca. Autor oprócz powyżej wymienionych przypadków spostrzegał jeszcze inne, przebiegające z objawami apoplektycznymi, w których obok ogólnego stwardnienia naczyń znajdował w ściankach lewej komórki rozsiane żółtawo-brunatne ogniska, suche i wyraźnie odgraniczone; zastawki były normalne, ścianki serca nie przerosły. Zawsze jednakże zwracały na się uwagę zakrzepy w jednej z tętnic wieńcowych, zwłaszcza tylniej. Otóż owe ogniska prawdopodobnie są tylko zawałami (*infarctus*), zależnemi od zatorów (*embolia*) w drobnych rozgałęzieniach tętnic wieńcowych. Takie same zatory mogą istnieć w tych nawet przypadkach, gdzie zamiast obszernych ognisk rozpadowych znajdujemy bliznowate zgrubienia, tylko że owe zatory są bardzo drobne i

gołym okiem dostrzedz się nie dają. Pod drobnowidzem spostrzegamy wtedy rozpad włókien mięśniowych, znikanie jąder, zwyrodnienie szkliste,—jednym słowem wszystkie objawy nekrobiozy *molekularnej*. Ta ostatnia jest przeto następstwem zmian w tętnicach, powodujących utrudnienie lub zupełny brak dopływu krwi. Jeśli zaś niekiedy zdarzy się, iż pomimo znacznego stosunkowo stwardnienia tętnic wieńcowych nie ma w sercu zmian powyższych, musimy tu przypuścić istnienie dróg obocznych któremi przepływa dostateczna ilość krwi.

Opisane zmiany lewej komórki powodują cały szereg ciężkich zaburzeń nietylko w sercu, lecz i w całym ustroju. 1) Na pierwszym miejscu stoją *tętniaki* (*Aneurysmata*), rozwijające się pod wpływem zmniejszonej odporności bliznowato zwyrodniałych ścianek serca; należy tu również zaliczyć wiele tętniaków, powstałych jakoby w następstwie przewlekłego zapalenia mięśnia sercowego. 2) *Zakrzepły częściowy* (*Parietalthrombosen*) w sercu powstają w skutek posuwania się sprawy patologicznej z mięśnia na wsierdzie. 3) *Rozszerzenie lewego przedsionka z jednoczesnym przerostem komórki prawej*. Ten dziwny napozór stosunek pojmemy, zważywszy, iż czynność lewej komórki, skutkiem zmian w jej utkaniu, zostaje upośledzona; wyradza się zastój w krwiobieg płucnym, a z nim przerost równoważący prawej komórki. Natomiast przytrafiający się nieraz *przerost lewej komórki* nie zależy wcale ani od zmian w mięśniu sercowym, ani tętnicach wieńcowych, jak dawniej sądzono, lecz je przeciwnie *wyprzedza* i stoi w związku z ogólną arteriosklerosą lub przypadkowym cierpieniem nerek. 4) *Rozszerzenie lewej komórki* występuje jako następstwo zwiótczenia, a niekiedy i stłuszczenia ścianek téjże pod wpływem upośledzonego odżywiania. 5) *Obrzęk płuc* wreszcie zależnym być może od kilku przyczyn połączonych. Co się tyczy *objawów klinicznych*, takowe w wielu razach

przejawiają się w postaci *Anginae pectoris*, *stenocardiae*, *astmy*, lecz nie tak wczesnie. Na dłuższy lub krótszy czas przed śmiercią występują one zazwyczaj nagle, po pewnych wzruszeniach cielesnych lub moralnych. Podczas napadu zauważył autor nierównomierność tętna, i czynności serca, jak również nie zawsze umiejscowić się dające szmery w takowym. Dalej, nagle zawroty z chwilową utratą świadomości podczas szybkiego chodzenia i t. p.

Wszystkie przypadłości powyższe musimy przypisać nie tyle istnieniu ognisk zatorowych w ściankach serca, ile raczej niedostatecznemu w skutek stwardnienia tętnic wieńcowych zaopatrywaniu serca w krew, co następuje wówczas, gdy czynność komórki lewej, w normalnych warunkach dość jeszcze dobrze odżywiana, pod wpływem niektórych bodźców pewnym zmianom podlega. Siła lewego mięśnia sercowego może się do tego stopnia wyczerpać, że następuje porażenie tegoż, już to zaraz, już po upływie kilku sekund, minut, dni nawet, podczas których widzieć możemy objawy, przypominające atak apoplektyczny: śpiączkę, bezwład zupełny lub niezupełny, zmiany w tętnie. Niejednokrotne objawy ze strony innych narządów do tego stopnia na pierwszy plan występują, iż zdaje się, jakobyśmy mieli przed sobą chorobę nerek, płuc, a dopiero sekcja wyjaśnia istotną przyczynę śmierci.

Z powyższego opisu wynika, iż możemy tak samo słusznie mówić o apopleksyi „sercowej“, jak mówimy o mózgowej. Przyczyna, dla której i jedna i druga najczęściej dotyczą ludzi w podeszłym wieku, nie potrzebuje wyjaśnienia. Mimo to jednak i młodzi ludzie ulegają temu cierpieniu, jakkolwiek pod wpływem innych momentów etyjologicznych (*syphilis*, *alkoholizm*).

Autor nie wątpi, iż znaczna część przypadków t. zw. nerwic serca (*Asthma cardiacum*, *Angina pectoris*) ma podstawę anatomiczną, i dla tego należy przy bada-

niach pośmiertnych większą, niż dotąd, zwracać uwagę na naczynia serca.

P—i.

491. Prof. H. SENATOR. **Przyczynę do nauki o białaczce prawdziwej i białaczce rzekomej** (*leukaemia et pseudo-leukaemia*) **u dzieci.** (*Berl. Klin. Woch.* Nr. 35).

SENATOR przedstawił na posiedzeniu towarzystwa lekarzy szpitala Charité dwoje dzieci bliźniąt, dziewcząt, 1½ roku mających, karmionych przez własną matkę, dotkniętych białaczką. Dzieci te, bardzo blade, przedstawiały znaki dość wysoko posuniętej krzywicy, ciemiona nie zarośnięte, nasady kości zgrubiałe, nieznaczny pokład tłuszczowy, śledziona bardzo wielka wyczuwalna na wysokości pępka. Liczba ciałek krwi w 1 cent. sześć. wynosiła u jednej siostry 3,266,000 czerwonych i 43,300 białych, u drugiej 3,860,000 i 23,000 ¹⁾, czyli że stosunek białych ciałek do czerwonych wynosił u pierwszej 1:75,4 u drugiej 1:168. Ciałka czerwone przedstawiały się dosyć blade, u jednej z sióstr, formy przeważnie owalnej, obok nich nieliczne drobne ziarnka. Miało tu więc miejsce obok znacznego powiększenia ilości ciałek białych w stosunku, do czerwonych również i bezwzględne powiększenie ich ilości; zmniejszenie ilości czerwonych ciałek było nieznaczne. Autor nie mógł się początkowo zdecydować stanowczo, czy miał do czynienia z rzeczywistą czy z rzekomą białaczką, ilość bowiem ciałek białych w stosunku do czerwonych nie miał tu jeszcze miejsca w tak wysokim stopniu jak to bywa w rzeczywistej białaczce, z drugiej strony zdarzają się częstokroć przejścia jednej z tych chorób w drugą, tak że przy znacznym powiększeniu śledziona (zajęcia gruczolów limfatycznych ani podejrzenia zajęcia szpiku kostnego nie było) i nie zbyt zna-

cznym powiększeniu ilości ciałek białych, nie można było wiedzieć, jaki kierunek przyjmie choroba. Dopiero przy dalszym badaniu, w 2 miesiące później, okazało się, że liczba ciałek białych uległa znacznemu powiększeniu, tak że stosunek ich do ciałek czerwonych wynosił już u jednego dziecka 1:50, u drugiego 1:45. Wkrótce potem jedna z sióstr umarła, u drugiej choroba postąpiła dalej, przedstawiając już niewątpliwie białaczkę rzeczywistą; krew miała kolor bardzo bladej, a stosunek ciałek białych do czerwonych okazał się jeszcze wyższym, tak że na polu mikroskopowym na 200—250 ciałek czerwonych można było naliczyć 20—25 białych. W ogóle białaczka u dzieci spotyka się również często jak u dorosłych, ale najczęściej jest to forma gruczolowa; powyżej opisana forma śledzionowa jest daleko rzadszą. Dziedziczność, zdaje się, że nie gra tu żadnej roli, choroba występuje wprawdzie niekiedy u dwojga dzieci jednej rodziny, ale zależy to prawdopodobnie od jednakowych warunków żywienia; mieszkania i t. p. Co do innych momentów przyczynowych, S. zwraca uwagę, że białaczka stosunkowo często występuje u dzieci krzywicowych, ale w stosunku do bardzo wielkiej liczby dzieci dotkniętych krzywicą, białaczka tak rzadko się spotyka, że nie można przypisać pierwszej z nich rzeczywistego etjologicznego znaczenia. *Jul. Kramsztyk.*

492 H. ENGEL. **Umiejscowienie nieżytkiszek.** Localization of intestinal catarrh. (*Medical Record* Nr. 10 — T. 22 r. 1882).

Dotychczas bardzo mało zajmowano się kwestyją umiejscowienia nieżytkiszek. Po większej części autorowie porzeczają na nazwie „przewlekły nieżyt kiszek,” nie wdając się w rozbiór pytania: która część kiszek zajęta jest przez nieżyt. W celach racjonalnego leczenia, niezmiernie ważną jest rzeczą umieć rozpoznać właściwe siedlisko nieżytkiszek, który tylko w rzadkich przypadkach zajmuje błonę śluzową

¹⁾ Normalna ilość u dorosłych wynosi w 1 cent. sześć. 5,000,000 czerwonych i 3000—9000 białych ciałek.

całego kanału kiszkiowego. Im dokładniej rozpoznamy siedlisko nieżyty, tém jego leczenie będzie racjonalniejsze i skuteczniejsze.

Zdaniem autora, posiadamy kilka ważnych objawów, z których możemy wnioskować o siedlisku choroby. Przedewszystkiem należy zbadać wygląd i własności wypróżnień, naturę bólów, obecność lub brak nudności i wymiotów, przyczynę pierwotną cierpienia, ilość wydzielanego moczu, ogólne odżywianie i stan skóry.

Ponieważ białko, krochmal i tłuszcz zostają ostatecznie strawione w górnej części kiszki cienkich, przeto wykrycie tych substancyj w wypróżnieniach w stanie niezmiennym lub w stanie mało zmienionym jest dowodem nieżyty górnej części kiszki cienkich. Ponieważ w kiszkiach grubych kał ostatecznie zostaje uformowany i zabarwiony, przeto przy ich cierpieniach forma i barwa kału zostaje zmieniona. Wypróżnienia składające się z czystego śluzu, bez domieszki kału, są dowodem nieżyty kiszki prostej. Często się wszakże zdarza, że pomimo znacznego nieżyty dolnego odcinka kiszki grubych, kał wcale śluzu nie zawiera. Brak więc śluzu nie wyklucza jeszcze nieżyty kiszki prostej. Grudki śluzowo-szkliste wykryte za pomocą drobnowidza w wypróżnieniach są dowodem nieżyty górnej części kiszki grubych i dolnej cienkich. Grudki śluzowe żółte znajduwane w kale przemawiają za nieżytem kiszki cienkich. Jeżeli wypróżnienia dają wyraźny odczyn na barwniki żółciowe, w takim razie w kiszkiach grubych i dolnym odcinku cienkich istnieje chorobowo wzmożony ruch robaczkowy. Komórki nabłonkowe zabarwione barwnikiem żółciowym dowodzą nieżyty k. cienkich, a zarazem szybkiego przesuwania się zawartości przez cały kanał kiszkiowy. Fakty powyższe zostały wykryte przez Nothnagela.

Bóle mające charakter rżnięcia, zmniejszające się przy ucisku na brzuch lub umiejscowione w okolicy pępkowej prze-

mawiają za nieżytem kiszki cienkich. Zaparcie stolca samo, lub też miejsce od czasu do czasu ustępujące płynnym wypróżnieniom, to ostatnie połączone z bólem usadowionym ponad wzdęciem powstać kielbasy mającém, wzdęcie i pełność brzucha, zawsze wskazują na cierpienie okrężnicy — głównie kiszki ślepej (*typhlitis catarrhalis*). Wydymania dowodzą cierpienia okrężnicy wstępującej i kiszki prostej. Ból zmniejszający się po odbijaniu lub odejściu wiatrów przemawia w pierwszym razie za cierpieniem kiszki cienkich w drugim — grubych.

Nudności i wymioty, jeżeli wikłają przewlekły nieżyt kiszki, przemawiają za cierpieniem górnej części kiszki cienkich. Uczucie niedomagania odczuwane w czasie, gdy kiszki pozbywają się swęj płynnej zawartości, połączone z nieprzyjemnym różnym bólem, odnieść się dającym do środkowej części brzucha jest, zdaniem autora, najpewniejszym świadectwem nieżyty kiszki cienkich. Gorączka, pragnienie, połyskujący, suchy i czerwony język często również spotykać się dają przy nieżycie k. cienkich. Przy nieżycie k. grubych zwykle brak wspomnianych objawów.

Przyczyny. Błędy w dyjcie po największej części wywołują nieżyt k. cienkich, zimno zaś najbardziej działa na kiszki grube i na dolny odcinek k. cienkich.

Krew domieszana w większej lub mniejszej ilości do kału, zwykle pochodzi z kiszki cienkich. Krew ta będzie tém ciemniejsza, im wyżej znajduje się źródło krwawienia. Jeżeli krew pochodzi z kiszki grubych, w takim razie jest ona czerwona i zwykle w postaci skrzepów.

Ilość wydzielanego moczu przy cierpieniach kanału pokarmowego, będzie tém mniejszą, im niżej nieżyt jest umiejscowiony. Ilość moczu przy nieżycie kiszki cienkich jest zwykle niezmienną.

Ponieważ większa część odżywczych materyjów zostaje wessana w kiszkiach cienkich, przeto nieżyt w nich usadowiony daleko szybciej sprowadza wyni-

szczenie, aniżeli kiszek grubych. Rozwolnienie, prędko sprowadzające utratę sił i zmniejszenie wagi ciała, powstaje najczęściej skutkiem nieżyty kiszek cienkich.

Zachowanie się skóry w niektórych razach również przyczynić się może do rozwiązania pytanie co do usadowienia się nieżyty kiszek. Jeżeli u osoby, cierpiącej na przewlekły nieżyt kiszek, na skórze powstaje wysypka, jak np. opryszczki (*herpes*) na wargach, możemy być pewni, że nieżyt zajmuje błonę śluzową k. cienkich. Przy nieżycie k. grubych nigdy nie powstaje wysypka skórna.

Znajomość umiejscowienia przewlekłego nieżyty w kiszkach z czasem przyczyni się do wyprowadzenia racjonalnych wskazań przy leczeniu téj choroby. ENGEL na zasadzie dotychczasowego doświadczenia dodaje że jeżeli chcemy kiszki uwolnić od ich zawartości, przy nieżycie kiszek cienkich należy podawać rzewień, kalomel i podofilinę, zaś przy nieżycie k. grubych aloès i stosować lewatywy. Chcąc zastosować metodę leczenia przeciwwzapalną, należy przy nieżycie kiszek cienkich zalecać w niewielkich ilościach *natrum sulphuricum*, małe dawki morfiny, emulsyje migdałowe z dodaniem wody laurowej, zaś przy nieżycie k. grubych duże lewatywy z dodaniem niewielkiej ilości dwuwęglanu i chlorku sodu, oprócz tego czopki z makowca.

Jeżeli mamy na celu działanie ściągające, przy nieżycie kiszek cienkich stosować należy octan ołowiu, azotan srebra, siarczan miedzi, bismut, kwas garbnikowy i kino, zaś przy nieżycie k. grubych środki te należy stosować w postaci czopków (*suppositoria*). W przypadku znacznych zmian błony śluzowej k. cienkich powstałych skutkiem długotrwałego nieżyty najlepszym środkiem jest bismut i siarczan sodu, ostatni w 2-granowych dawkach. Środki te powinny być stosowane przez czas dłuższy. W tych samych warunkach przy nieżycie k. grubych najlepiej działają lewatywy z azotanu srebra

i wewnętrznie ipekakuana w bardo małych dawkach. Zdaje się, że wymiotnica posiada własności przeistaczające błonę śluzową kiszek grubych.

Przy chorobowo wzmożonym ruchu robaczkowym najlepiej działa morfina. Przy zmniejszonych ruchach robaczkowych (częste następstwo długotrwałych nieżyty kiszek) należy podawać do wewnątrz wronie oko, zaś miejscowo elektryczność.

Znajomość dokładnego siedliska nieżyty jest, jak dotąd, z tego głównie względu, niezmiernie korzystnem, że pozwala nam zastosować właściwą dyjetę. Przy cierpieniach kiszek cienkich należy unikać pokarmów, które tu pozostają ostatecznie strawione, a zatem większych ilości białka i tłuszczów. (Wiadomo, że dzieci z nieżytem kiszek cienkich nie znoszą wcale mleka). Woda ryżowa, palona zupa mączna, zupa z przypiekanego chleba, z dodatkiem nieznaczej ilości soli (*Wasser-Suppe*) stanowią główną dyjetę przy nieżycie kiszek cienkich; przy nieżycie zaś k. grubych należy tylko unikać pokarmów, wytwarzających kał twarde i w znacznej ilości; tu najwłaściwsze są pokarmy płynne, jaja, ostrygi, niewielkie ilości surowego mięsa i t. d.

H. Goldblum.

493. H. QUINCKE. **O puchlinie wodnej po szkarlatynie bez zapalenia nerek.** Ueber einfache Scharlachwassersucht. (*Berl. Klin. Woch.* Nr. 27).

Autor spostrzegł podczas ostatniej epidemii trzy przypadki puchliny wodnej bez białkomoczu u trzech braci jednej rodziny w 3-4 tygodni po przebytej szkarlatynie. Przebieg we wszystkich przypadkach był bardzo podobny, najprzód pojawił się obrzęk twarzy, potem kończyn dolnych i całego ciała, wkrótce dołączyła się puchlina brzucha (*ascites*). Obrzęk po dwutygodniowym trwaniu przy użyciu apomorfiny i pilokarpiny znikł zupełnie. W dwóch przypadkach wprawdzie pierwszego dnia wystąpienia obrzęku zna-

laż autor nieznaczące ślady białka, ale podczas dalszego trwania choroby, przy najwięcej rozwiniętej ogólnej puchlinie, ani śladów białka, ani jakichkolwiek tworów organizowanych w osadzie nie było. Wystąpienie białkomoczu skłonny jest autor raczej objaśnić jako następstwo wcierania balsamu kopajwy, dokonanego przed wystąpieniem obrzęku z powodu świerzby, jaką wszyscy bracia dotknięci byli.

Puchlina wodna bez białkomoczu, którą dawniej autorowie niejednokrotnie opisywali, w nowszych dziełach nie jest prawie wcale uwzględniana. PHILIPP w Berlinie podczas epidemii szkarlatyny ze 100 przypadków ogólnego obrzęku w 60 nie znalazł ani śladów białka.

Jak wiadomo puchlina przy zapaleniu nerek występuje w bardzo rozmaitym stopniu niezależnie od ilości białka w moczu, nieraz przy bardzo obfitem białkomoczu, obrzęk jest nieznaczny, ale daleko częściej przy nieznacznych śladach białka i znacznej ilości moczu puchlina bywa bardzo znaczna. Również często pewne tylko części mniej lub więcej znacznemu obrzękowi podlegają bez widocznej przyczyny miejscowej, zwłaszcza twarz i moszna. Z tego powodu autor przypuszcza, że obrzęk jest do pewnego stopnia niezależny od zapalenia nerek i że należy tu szukać przyczyn miejscowych, że podobnie jak w nerkach powstać może podrażnienie zapalne, tak i w innych miejscach, zwłaszcza zaś w tkance łącznej podskórnej mogą być wywołane pewne zmiany. Stosownie do tego, czy zmiany te zachodzą i w nerkach i w tkance podskórnej, czy też tylko w jednych lub w drugiej będziemy mieli białkomocz i obrzęk, albo każdy z nich oddzielnie: białkomocz bez obrzęku, lub obrzęk bez białkomoczu, w ten sposób wytlómaczyć się dadzą szczególnie te przypadki, w których obok znacznej puchliny ogólnej ilość moczu nie jest bardzo zmniejszoną, ani ilość białka znaczną. Zresztą oba te mo-

monta wzajemnie na siebie wpływają, jak z jednej strony zapalenie nerek przy zmniejszonej ilości moczu wywołuje obrzęk tak z drugiej strony obficie przepacające naczynia tkanki łącznej podskórnej powodują zmniejszenie ilości moczu. Częstość spostrzegane przypadki, w których obok nieznacznej zawartości białka przy obfitej ilości moczu, obrzęki jednak nie zmniejszają się, dowodzą właśnie, że puchlina nie zależy od niedostatecznej działalności nerek, ale raczej stanowi przyczynę zmniejszonej ilości moczu.

Na czém polega istota zmian, jakim podlegają części obrzękłe, niezależnie od zapalenia nerek, nie można obecnie wyjaśnić, czy jest to zaburzenie w działalności naczyń, (COHNHEIM), czy zatkanie naczyń limfatycznych przez zarazek szkarlatynowy (LEICHTENSTERN), czy też jest to pierwotna zmiana samej tkanki podskórnej, wywołująca obfity przesięg z naczyń.

Jul. Kramsztyk.

494. Prof. PRIBRAM. **Leczenie krwotoków płucnych.** (*Allg. Wien. Med. Ztg.* Nr. 38).

Występujące w przebiegu chorób płucnych krwotoki winny być leczone rozmaicie, stosownie do rozległości cierpienia, czasu trwania choroby i t. p. Gdy krew pojawia się w większej ilości, koniecznym jest przede wszystkim bezwarunkowy spokój; skłonność do kaszlu usuwać należy za pomocą narkotyków, lecz nie w tak wielkich ilościach, jak jest zwyczajem; wystarczą dawki morfiny po $\frac{1}{20}$ — $\frac{1}{15}$ gr., makowca $\frac{1}{8}$ — $\frac{1}{6}$ gr. co 2 godziny. Okłady zimne przy daleko posuniętej gruźlicy nie mają żadnej wartości, ponieważ krwawiące naczynie leży pośród bliznowato-stwardniałej tkanki, która mu nie pozwala się kurczyć. Natomiast w początkowym okresie suchot, gdy naczynia posiadają jeszcze zdolność kurczenia się pod wpływem zimna, okłady lodowe przynoszą niewątpliwą korzyść. W razie wzmożonej czynności serca, podtrzymującej

krwawienie, zimno również oddaje pewne usługi.

Z środków wewnętrznych autor na pierwszym miejscu stawia sporysz oraz jego preparaty (ergotyne i kwas sklerotynowy); po zastosowaniu go opada znacznie ciśnienie w tętnicach, być może skutkiem pewnego wpływu *sporyszu* na działalność serca. Tym sposobem usuwamy wpływ poboczny, polegający na rozległym ściąganiu się naczyń całego ciała i mogący powiększyć jeszcze krwawienie.

Do mniej pożytecznych środków należą: octan ołowiu i garbnik. Pierwszy stosować musimy w większych dawkach; nie potrzeba jednak zapominać o tym fakcie, iż ołów, obniżając zdolność kurczenia się w ściankach naczyń, tym samym wpływa niekorzystnie na rozdział krwi i ciśnienie w płucach.

Autor stanowczo odmawia skuteczności półtorochloroku żelaza, stosowanemu do wewnątrz, ponieważ tenże nie jest w stanie działać ściągająco na miejscach bardziej oddalonych; natomiast, jak wszystkie przetwory żelazne, jest środkiem krwiotwórczym i powiększa jeszcze skłonność do krwawienia. Tak samo ujemnie działają wdechania (*inhalacje*) z garbnika, alunu i półtorachloroku żelaza, silne bowiem ekskursyje płuc, potrzebne do wdechań, mogą jeszcze wzmocnić krwotok. Prócz tego środki powyższe przez drażnienie dróg oddechowych, powodują kaszel, a jak stwierdziły doświadczenia na zwierzętach, nie przenikają do najdrobniejszych rozgałęzień oskrzeli. *P—i.*

495. Dr. SAMUEL BERNHEIM. **Studya kliniczne nad przymiotem mózgu, ciężkie przypadki, uleczałość takowych.** Etude clinique de la syphilis du cerveau, cas graves, corabilité par le dr. S. B. Paris. 1882. (*Spr. w Journ. de thérap.* 16/82).

Od czasu ukazania się pięknych prac profesora FOURNIERA, wiadomo, że gummata i stwardnienie (*sclérosis*) przedstawiają zwykle nowotwory przymiotowe mózgu i opon tegoż jak również płuc, ser-

ca, wątroby i jąder. Gummat zajmuje niekiedy oponę twardą (*dura mater*), często miękką, rzadko pajęczą, często sam mózg, niekiedy tętnice mózgowe. Stwardnienie zdarza się w tych samych narządach, z wyjątkiem chyba tętnic, lubo istnieje prawdopodobnie zapalenie przymiotowe takowych (*arteritis syphilitica*).

Stwardnienia mózgowe, gummata, wywołują zjawiska następne zwykłej natury, jak i zapalenie, małopokrwistość, rozmiękczenie mózgu i skutki tychże. Następne te zaburzenie są najcięższe ze stanowiska rokowania, albowiem gdy zmiany czysto przymiotowej natury rzadko sprowadzają śmierć, następuje takowa często skutkiem owych zaburzeń wtórnych.

B. opisuje rozmaite postaci przymiotu mózgowego i przyjmuje podział FOURNIERA, który rozróżnia: postać odznaczającą się bólem głowy (*forme céphalalgique*), postać nawałową (*congestive*), postać nerwiczną (padaczka, płasawica, macinnica), postać odznaczającą się zakłóceniami mowy (*forme aphatique*), zaburzeniami umysłowymi (*forme mentale*) wreszcie porażenną.

Przytoczywszy znaczną ilość spostrzeżeń odnoszących się do tych rozmaitych postaci, przychodzi autor do wniosku, że leczenie zaburzeń w mowie będących wy daje w ogólności stosunkowo pomyślniejsze rezultaty niż przy innych chorobach przewłocnych mózgu. Dane statystyczne zebrane przez FOURNIER i innych dowodzą, że zupełne uleczenie miewa miejsce u 38% chorych. *J. P.*

496. Dr. HAWELBURG z Brazylii. **Filaria sanguinis und Chylurie.** (*Virch. Arch. Bd. 89. Heft II.*)

Nie mylił się prof. HIRSCH, gdy mówiąc w swój znanj patologii geograficzno-historycznej o *Haematuria endemica*, przypisuje powstawanie jej pasorzytom. W rzeczy samej niezadługo dr. WUCHERER w Bahiu i LEWIS w Kalkucie odkryli przy

chylurii nitkowca (*filaria*) we krwi i w moczu.

Podczas dwuletniego pobytu w Brazylji autor miał sposobność czynić w tym kierunku liczne spostrzeżenia i podaje on opis następującego przypadku:

32-letnia kobieta, u której czyszczenia miesięczne pojawiły się dopiero po zamążdżeniu, w 18-tym roku życia, rodziła 6 razy pomyślnie i sama karmiła. Od ostatniego porodu (na 1½ roku przed śmiercią) przestała miesiączkować. W młodym wieku przechodziła tyfus i ospę. Dwa miesiące przed ostatnim porodem oddała po raz pierwszy mocz mlecznego koloru. „Już od dawnego czasu doznawała tępych bólów w dolnej części brzucha z lewej strony.“ Tego dnia właśnie przy podnoszeniu ciężaru uczuła nagle „trzask,“ bóle natychmiast ustąpiły, poczem oddany mocz przedstawił się zupełnie białym. Odtąd łaknienie się zmniejszało, nikły siły, powstawały niekiedy drgawki w kończynach i częsta biegunka, nawet krwawa.

Chora nader osłabiona, wychudła, blada; czuje niezwykle pragnienie; jest rozdrażnioną, skarży się na bezsenność. Ciepłota normalna. W wewnętrznych narządach zmian żadnych, tylko nieznaczny ból w lewej połowie brzucha oraz w okolicy nerki lewej. Mocz białawy, mętny, o woni tłuszczowej, zawierał białko; cukru nie było. Po dodaniu eteru stawał się przezroczystym. Autor badając w początkach mocz świeży nie był w stanie wykryć w nim nitkowca; dostrzegł go zaś dopiero wówczas, gdy do badania użył moczu przez 3 dni wystającego. Z powodu znacznego rozszerzenia cewki, przez którą dłuższy czas wydzielaly się skrząpy włóknikowe, autor był w możności przeniknąć palcem do pęcherza, a następnie po nim wprowadzić kateter do lewego moczowodu; natenczas wypływał mocz zupełnie normalny wcale nie podobny do opisanego powyżej. Po opuszczeniu zaś kateteru do pę-

cherza mocz przybierał na nowo barwę mleczną, zawierał białko i t. d. Z tego autor słusznie wnosi, iż w samym pęcherzu następuje mieszanie się moczu z masą mleczkową (*chylus*). Szukając nitkowca we krwi pod drobnowidzem, autor mógł go dostrzedz żwawo ruszającego się tylko między 9-tą wieczór a 11-szą po północy; o 11-jej poruszenia były najżwawsze. Zgadza się to z opisem MACKENZIE'GO.

Nitkowiec ma szerokość krążka krwi; długość ciała przy 500-ém powiększeniu zajmuje całą średnicę pola drobnowidzowego. Głowa jest zaokrągloną, ogon zastrzony, całe zaś ciało otacza rodzaj płaszczka, który do pewnego stopnia ogranicza ruchy nitkowca. Począwszy od głowy aż do ogona ciągnie się kanał centralny.

Chora, oddając krwawe, a kilkakrotnie i mleczkowate płynne wypróżnienia, zmarła przy objawach mózgowych i wysokości gorączce (41,5 C.). Badanie pośmiertne wykazało rozszerzenie znaczne kiszkiowego przewodu chłonnego oraz naczyń chłonnych kręzkowych, obrzmiałe gruczoły kręzkowe oraz przedziurawienie górnej ścianki pęcherza.

Autor mniema, że w przewodzie chłonnym kiszkiowym (*Ductus coeliacus*), wylewającym swą zawartość do przewodu piersiowego (*D. thoracicus*) nastąpił zakrzep (*thrombus*), skutkiem czego mleczko, nie mając odpływu, musiało pozostać rozszerzać drogi chłonne. Zapewne i naczynia chłonne pęcherza są w związku z kręzkowemi; uległy one także rozszerzeniu i pewnego razu pękły pod naciskiem wysilenia mięśniowego, wylewając zawartość swą do pęcherza.

Pytanie, w jaki sposób nitkowiec dostaje się do moczu i krwi? Należy on do rzędu glist okrągłych (*Nematodes*) i podobnie jak trychina potrzebuje do swego rozwoju dwóch gospodarzy. MAUSON odkrył, iż rolę pośrednika gra głównie owad moskit (*mosquito*), który może wy-

sysać krew, zawierającą nitkowca; mucha ginie, a następnie za pośrednictwem np. wody dostaje się ona, resp. dojrzałe nitkowce do ustroju ludzkiego; ulubionym ich siedliskiem bywa, zdaje się, układ chłonny, gdzie nitkowiec obecnością swą powoduje zakrzepy. Życie tego pasorzyta trwa niedługo; do utrzymania go koniecznym jest spokój ciała; dla tego właśnie nitkowiec porusza się we krwi najzwawiej w nocy.

Podobnie, jak w tym przypadku do jamy pęcherza naczynia chłonne, pękając, wylewają zawartość swą także i do jamy otrzewnej w skutek czego otrzymujemy t. zw. *Ascites chylosus*.

BRIEGER spostrzegł w klinice FRERCHS'A przypadek chylurii bez obecności nitkowca we krwi; w tym razie albo go nie dostrzeżono, lub nastąpiło zatkanie w przewodzie kręzkowym z innego powodu.

P—i.

497. M. HUCHARD. **Zastosowanie kafeiny przy chorobach serca.** De la caféine dans les affections du coeur. (*Journal de Thérapeutique*. Nr. 17, 1882 r.).

W pewnych chorobach serca, czynność tego organu pod wpływem działania naparstnicy nie poprawia się wcale a nawet, częstokroć upośledzoną zostaje. Przy niedostatecznych np. skurczach serca (*asystolia*), skutkiem tłuszczowego zwyrodnienia mięśnia sercowego, naparstnica nie działa prawie wcale, a nawet jest szkodliwą. Również szkodliwą jest zdaniem H., przy chorobach aorty.

W tych więc przypadkach należy uciec się do innych leków, które, tak samo działając na serce, jak naparstnica, nie mają jednak jej ubocznych i szkodliwych własności. Do takich leków, należy zdaniem autora, kafeina. W przypadku niedostateczności zastawki dwudzielnej, zwyrodnienia tłuszczowego serca, połączonych ze znaczną dusznością, małym tętnem, ogólną wodną puchliną i nieznacznym wydzieleniem się moczu, gdzie naparstnica nie była wcale znoszona

lub też nie wywierała żadnego skutku, HUCHARD zastosował czystą kofeinę, począwszy od 8 gran na dobę (w 3 lub 4 dawkach) i już trzeciego dnia doszedł do 24 gran. Poprawa nastąpiła nadzwyczaj szybko: drugiego już dnia duszność zaczęła się zmniejszać; tętno stało się pełniejszym, wolniejszym i regularniejszym; ilość moczu zaczęła szybko wzrastać i po kilku dniach ilość wydzielanego na dobę moczu ze 150 podniosła się do 3500 gram. Po 3-ch tygodniach wodna puchlina i wszystkie w ogóle objawy osłabienia (*asthenia*) serca w zupełności prawie znikły, tak że chora mogła opuścić szpital. Chora ta skutkiem nadmiaru pracy i innych niekorzystnych warunków życia często wracała do szpitala z nasileniami choroby: za każdym razem probowano naparstnicę i chora środka tego nie znosiła, gdy natomiast kafeina działała skutecznie.

Kafeina, zdaniem autora, działa po myślnie tylko przy chorobach serca. Wodna puchlina zależna od cierpienia serca stosunkowo prędko mija pod wpływem kafeiny, lecz środek ten pozostaje bezskutecznym przy wodnej puchlinie, będącej następstwem marskości wątroby lub mięszowego zapalenia nerek.

Kafeina, zdaniem autora, powiększa ciśnienie tętnicze i pobudza wydzielinę moczu. Krążenie w pierwszej chwili zostaje przyspieszonym, zaraz wszelako potem wolniej, przytém tętno ze 120 spada do 80, a nawet do 70 uderzeń na minutę. Środek ten podnieca działalność mózgową, pobudza wydzielinę żołądka i reguluje oddychanie. Wydzielenie jego z ustroju odbywa się szybko i może dla tego można lek ten bez obawy wywołania jakichkolwiek trujących następstw stosować śmiało przez czas dłuższy (od 20 do 30 dni).

Praktyczne wnioski autora są następujące:

1. Jeżeli chodzi o szybkie działanie, ka-

feina jest użyteczniejszą od naparstnicy, od której działa daleko szybciej.

2. Wydzielanie moczu pod wpływem kafeiny, jest tylko w rzadkich przypadkach tak obfite jak pod wpływem naparstnicy. Ilość moczu nigdy w spostrzeżeniach H. nie przechodziła 3 do 4 litrów na dobę.

3. Kafeina i z tego względu jest użyteczniejszą od naparstnicy, że działanie jej jest zupełnie nieszkodliwe, a to skutkiem szybkiego wydalania się jej z ustroju.

Naparstnica jest częściej wskazana w początkowych okresach chorób serca, połączonych z przerostem tętn. W okresie zaś asystolii serca, charakteryzującej się zwyrodnieniem tłuszczowem mięśnia sercowego, osłabieniem serca, małym tętnem i przepełnieniem układu żylnego, naparstnica zwykle pozostaje bezskuteczną lub też działa szkodliwie. W tym to okresie kafeina, ma oddawać najlepsze usługi.

Dotychczasowe ujemne wyniki przy stosowaniu kafeiny, autor przypisuje użyciu jej w dawkach zbyt małych. Rozpoczyna on od 8 gran na dzień i dochodzi stopniowo, lecz szybko, do 32 a nawet do 48 gran na dobę. Ostatnią dawkę stosuje w wyjątkowych tylko razach.

Gdzie chodzi o działanie szybkie i pewne tam stosowanie sposobem podskórnym jest najodpowiedniejszym.

H. Goldblum.

498. E. SCHWARZ. **Wstrzyknięcie do żył roztworu soli kuchennej w wypadku ostrej niedokrewności.** Ein Fall von Kochsalz-Infusion bei acuter Anaemie. (*Berl. Klin. Wochschr.* 1882. Nr. 35).

W pracy swojej habilitacyjnej (dotychczas nie wydanej) o działaniu wstrzykiwań do naczyń 0,6% roztworu soli kuchennej przy ostrej niedokrewności S. doszedł do następujących wniosków: ¹⁾

1. Dotychczasowe próby przetaczania krwi nie doprowadziły do pożądaných rezultatów głównie z tego powodu, że mieliśmy błędne pojęcie o przyczynie śmierci przy utratach krwi jak również o sposobie działania transfuzji.

2. Przy znacznych utratach krwi śmierć następuje głównie z powodu ustania krążenia; krążenie zaś ustaje z powodu zmiany stosunku mechanicznego między objętością i zawartością naczyń a nie, jak przypuszczano dotychczas, z powodu niedostatecznej ilości czerwonych ciałek we krwi pozostałej jeszcze w organizmie.

3. Terapija racjonalna przeto przedewszystkiem ma na celu przywrócenie wspomnianego stosunku mechanicznego między objętością i zawartością naczyń.

4. Jeśli środki zwykłe: niskie ułożenie ciała, autotransfuzya, środki pobudzające nie sprowadzają przy utratach krwi szybkiego polepszenia, pozostaje nam środek ostatni, absolutnie nieszkodliwy, natomiast pewny i szybko działający, prawdziwie zbawienny—a tym jest wstrzykiwanie bezpośrednio do naczyń roztworu 0,6% lekko alkalicznego soli kuchennej.

5. U królików i psów, które po szybkiej utracie $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$ ilości krwi już blizkimi były śmierci działanie podobnego rodzaju wstrzykiwań na podupadłe czynności serca, ciśnienie krwi, oddechanie i inne objawy życiowe było prawie zdumiewające.

6. U człowieka najmniejsza ilość roztworu soli, którą by wstrzyknąć należało wynosi 500 ctm. sześć.

7. Oprócz wypadków grożącej śmierci z powodu utraty krwi wstrzykiwania te są jeszcze wskazane w wypadkach znacznego upadku (*collapsus*) należnego od bezwładu (*paresis*) naczyń na znacznej rozległości np. po operacjach w jamie brzusznej lub innych rękoczynach powodujących znaczne upośledzenie systemu nerwowego.

¹⁾ Cytujemy takowe w dosłownym prawie tłumaczeniu.

Autor niedawno miał sposobność zastosowania swoich poglądów w praktyce. Przypadek tycze się chorą kobietą, 42 lata mającą, u której inny kolega wyciął zrakowaciałą szyjkę maciczną według metody SCHRÖDERA. Pomimo że krwawienie przy operacji nie było zbyt znaczne, chora jednakże z powodu poprzedzających krwotoków macicznych była do tego stopnia osłabioną, że i ta nieznaczna utrata krwi dostateczną była do wywołania bardzo groźnej niedokrewności. S. zastał chorą w kilka godzin po operacji bez przytomności, nieruchomą bez oddziaływania na jakiegokolwiek bodźce, tętno (na *a. brachialis*) 132, uderzenia serca bardzo słabe. Krwawienie z macicy po tamponadzi pochwy ustało. Zawijanie kończyn, zadawanie środków silnie pobudzających do wewnątrz i przez ławatywy nie sprowadzało żadnego polepszenia. S. przystąpił tedy niezwłocznie do wstrzykiwania. Użył roztworu z 6 grm. chemicznie czystego chlorku sody na 1000,0 wody destylowanej i zakalizował takowy przez dodanie niewielkiej ilości węglanu potażu. Roztwór nalał do graduowanego cylindra szklanego opatrzonego kranem i połączonego za pomocą długiej rurki gumowej z kaniulą (jest to instrument dawniejszy OLSHAUSEN'A używany do transfuzji). Odpreparowano *venam medianam brachii sin.* na przestrzeni 3 ctr., koniec obwodowy podwiązano i wprowadzono do żyły kaniulę. Roztwór w cylindrze ogrzano do 39,0° C. i z wysokości 70—80 ctr. puszczano roztwór do kaniuli. Płyn z cylindra wypływał bardzo szybko tak że 250 grm. wypłynęło w 1½—2 minut. Po wypuszczeniu 250 ctr. za każdą razą zrobiono pauzę na kilka minut. Wstrzyknięto całe 1000 ctm. w przeciągu 20 minut.

Skutek operacji był uderzający. Już po zastrzyknięciu 500 cctr. można było zliczyć tętno promieniowe, po 750 ctr., chora zaczęła się poruszać, otworzyła

oczy i chciała przemówić. Po zastrzyknięciu całych 1000 ctr., chora zaczęła silnie poruszać rękami, przemówiła kilka słów, odpowiadała na zapytania i prawie w zupełności odzyskała przytomność.

Podczas pierwszych 3-ch dni po operacji chora miała się nieźle, tętno pozostało dość pełnym i silnym, przytomność była zachowaną. Następnie pojawił się niepokój, pragnienie i t. p. Chora umarła szóstego dnia po operacji, zdaniem lekarza operatora w skutek zakażenia krwi, wywołanego otworzeniem przy operacji *parametrium*.

Bez względu na późniejsze zejście śmiertelne trzeba przyznać że wstrzyknięcie roztworu soli kuchennej w danym przypadku wywołało znakomite rezultaty, gdyż szybko usunęło na razie śmierć groźną chorą niechybnie. S. przytacza jeszcze 5 przypadków wstrzykiwań podług jego metody wykonanych jeszcze przed przypadkiem opisanym wyżej.

1) *Przypadek Bischoffa*. Groźna niedokrewność w skutek znacznego krwotoku przy oddzielaniu łożyska. Chora była prawie konająca; wstrzyknięto 1250 grm. 0,6% roztworu soli kuchennej. Podczas samego już wstrzykiwania chora zaczęła przychodzić do siebie. Wyzdrowiała.

2) *Przypadek Küstnera*. Przypadek raka jajnika. Chora straciła 1000 ctm. knb. krwi, leży prawie bez pulsu, bardzo jest niespokojna. Za pomocą zwyczajnego irygatora z wysokości 1 metra wstrzyknięto do tętnicy promieniowej 900—1000 cetr. 0,8% roztworu soli ogrzanego do 38% C. Natychmiast po wstrzyknięciu pokazało się tętno promieniowe, stan ogólny się poprawił, lecz po ¾ godziny znowu podupał i w ½ godziny potem chora zmarła. Przy sekcji *carcinosis peritonei*.

3) *Przypadek Kochera*. *Exarticulatio femoris* z powodu mięsaka uda. Silne otrucie jodoformowe, tętno nitkowate, znaczny upadek (*collapsus*).

21 dnia po operacji wstrzyknięto za pomocą spryicy 500 cetr. 0,6^o/_o roztworu po poprzednim upuszczeniu 200 cetr. krwi. Tętno podniosło się natychmiast. Nastąpiło wyzdrowienie.

4) *Przypadek Kümmel'a.* Nephraetomia, silny krwotok, znaczny upadek sił, tętno zaledwie wyczuwalne. Wstrzyknięto 1000 cetr. roztworu 0,6^o/_o. Narzędzia: lejek szklanny, rurka kauczukowa długa na 1¹/₄ metra kaniula metaliczna. Bezpośredni skutek operacji znakomity, lecz na drugi dzień zejście śmiertelne. Operacja była wykonana z powodu hydronephrosis putrida przez *Sched'ego*.

5) *Przypadek również Kümmel'a.* Wypilowanie kolana u 61 letniej kobiety. W nocy wystąpił krwotok bardzo obfity, i objawy groźnej niedokrewności. Tętno znikło prawie zupełnie. Zaczęto wstrzykiwanie do lewej art. radialis za pomocą tego samego przyrządu co i w przypadku poprzednim, ale gdy płyn z rurki wyciekał bardzo wolno, wstrzykiwanie dokończono za pomocą strzykawki. Po wstrzyknięciu 200 grm. wyczuć się dawało tętno w carotis a następnie w radialis. Po wstrzyknięciu 500 gran. tętno w radialis 84, oddechanie spokojne, wygląd ogólny dość dobry. Poprzestano też na tej ilości.

Następnego dnia z powodu zakrzepu tętnicy łokciowej lewej wystąpił zgorzel lewej ręki. Wykonano amputację. Chora wyzdrowiała w zupełności.

We wszystkich tych 5 przypadkach wstrzykiwano płyn do końca obwodowego tętnicy promieniowej. Unikano wstrzykiwania do żył prawdopodobnie z obawy, by do nich powietrza nie wprowadzić oraz z obawy utworzenia skrzepów w żyłach a ztąd groźnych zatorów. SCHWARZ uważa obawy te za płonne. Przy doświadczeniach swoich na zwierzętach często naumyślnie obok płynu wpuszczał do żył powietrze bez jakichkolwiek złych następstw. Zresztą przy pewnej ostrości łatwo tego uniknąć.

Co się zaś tycze utworzenia skrzepów w żyłach, SCH. mniema, że z powodu alkaliczności roztworu solnego krzepliwość krwi staje się znacznie mniejszą. *Dinte.*

IV. Psychiatria, choroby nerwowe i Elektroterapia.

499. ERLÉNMEYER. **O przepowiadniem znaczeniu ciąży powstałej w przebiegu psychozy.** Ueber die prognostische Bedeutung der in den Verlauf einer Psychose fallenden Schwangerschaft. (*Centrl. f. Nervenheil.* 1882. Nr. 14).

W r. 1875 DICK zwrócił uwagę, iż u kobiet które przebyły cierpienie umysłowe, takowe zwykle nie powraca po zamążpójściu, podczas gdy u niezamężnych często zdarzają się powroty. Odtąd pogląd na siłę ochronną małżeństwa zyskał niemal ogólne potwierdzenie. Wprost przeciwnym powyższej teorii jest pogląd, jakoby ciąża i poród występujące podczas trwania obłąkania znacznie pogorszały takowe. Pogląd ostatni wydaje się autorowi nieprawdopodobnym już z tego względu, iż pewne ostre gorączkowe choroby, powstające w przebiegu obłąkania, uważanego nawet za nieuleczalne, przyczyniają się nieraz do zupełnego uzdrowienia; niemniej własne doświadczenie autora pozostają w sprzeczności z ową teorią o niepomyślnem rokowaniu. Z literatury autor przytacza RIPPING'A, który r. 1877 powiada, iż ciąża zmniejsza nadzieję wyzdrowienia nie tylko gdy spowodowała obłąkanie lecz pogarsza też rokowanie, gdy pojawia się podczas istniejącej już psychozy. W rzadkich tylko wypadkach ostatniej kategorii następuje polepszenie, po większej zaś części osłabienie władz umysłowych. Rokowanie w chorobie umysłowej, w przebiegu której pojawia się ciąża, jest więc według RIPPING'A absolutnie niepomyślnem. W r. 1879 DITTMAR twierdzi również, iż ciąża, występująca podczas obłąkania, czyni ostatnie prawie zawsze nieuleczalnem. Autor

przytacza następnie 4 przypadki z własnej praktyki: 1. *Melancholia activa* u 24-letniej panny, zapłodnienie, ciąża; poród prawidłowy, rozmaite środki lecznicze nie wywierają wpływu na chorobę umysłową; po 6-ciu miesiącach pobytu w zakładzie i leczeniu makowcem następuje zupełne wyzdrowienie. 2. 24-letnia mężatka, od jesieni r. 1873 w prywatnym zakładzie, zkąd w Lipcu 1874 r. wypisana bez polepszenia. W Grudniu 1874 znowu w zakładzie, ciąża i dyjagnoza: pomięszanie z halucynacjami. W Maju r. 1875 poród i stan psychiczny bez zmiany do Grudnia 1876 r., odtąd polepszenie a w Maju 1877 r. jako zdrowa zupełnie wypisana. Pomimo późniejszych niepomyślnych okoliczności wyleczenie pozostaje niezmiennem. Dodać należy iż choroba, którą pacjentka dotknięta była, należy sama przez się do form przedstawiających niepomyślne rokowanie. 3. 17-letnia panna dotknięta melancholiją; wychodzi za mąż, rodzi syna i po 17-miesięcznym pobycie w zakładzie wychodzi zupełnie uleczoną. Wyzdrowienie pozostaje stałym, natomiast czworo dzieci jęj dotkniętymi są peryjodycznym obłąkaniem oraz płasawicą. 4-ty przypadek dotyczy kobiety dotkniętej szaleństwem peryjodycznym, którego napady powtarzają się co kilka miesięcy; podczas 4-go napadu ciąża i poród, po którym następuje wyzdrowienie trwające 2½ roku.

Autor zastanawia się jeszcze nad pytaniem, czy panny, które przebyły chorobę umysłową, mogą wychodzić za mąż? Sprzymierzeńcy teorii „o sile ochronnej małżeństwa“ odpowiadają na nie twierdząco. Autor natomiast jest przeciwnego zdania, ponieważ widzi w tém źródło rozpowszechnienia chorób umysłowych drogą dziedziczności. Dowodem tego choćby trzeci z powyższych przypadków, w którym matka pozostała zdrową, z pięciorga zaś dzieci dwoje dotkniętych jest pomięszaniem peryjodycznym, dwie córki zaś płasawicą.

A. Rosenthal.

500. A. STACKLER. **Przyczynę do patologii nerwu błędnego.** Contribution à l'étude de la pathologie du pneumogastrique. (*Revue de Médecine* Nr. 5, 1882 r.).

Fizjologija dowiodła, że nerw błędny działa na drogi trawienia, krążenia i oddychania. Fakt ten posłużył klinicyzom do wytlómaczenia wielu zawiłych, i dotąd niejasnych pytań, jak dusznicy bolesnej, duszności, niektórych form niestrawności, nieprawidłowych ruchów serca i t. d. Chorobliwe te objawy po większej części są nerwicami nerwów błędnych i nieraz występują jednocześnie u jednego i tego samego chorego. U wielu osób, z zaburzeniami czynności serca, zarazem istnieje niestrawność, lub też u suchotników występują czasami uporczywe wymioty, mogące przez czas dłuższy stanowić jedyny objaw gruźlicy płucnej; wreszcie znane są formy niestrawności nerwowej, którym towarzyszą duszność i bicie serca.

Należy jednak, zdaniem autora, przyznać, że gdy w wielu przypadkach objawy kliniczne przemawiają za cierpieniem nerwów błędnych, jednak przy oględzinach pośmiertnych prawie nigdy lub też przynajmniej rzadko stwierdzić się dadzą zmiany anatomo-patologiczne w tych nerwach.

STACKLER podaje zajmujący opis choroby, polegającej na cierpieniu nerwu błędnego, gdzie objawy najzupełniej odpowiadały doświadczeniu fizjologicznemu.

Przypadek ten był obserwowany na klinice d-ra HALLOPEAU, który za życia chorój był w stanie rozpoznać: *Zaburzenia w czynności nerwu błędnego, prawdopodobnie spowodowane guzem w śródpiersiu.* Przypadek ten w streszczeniu jest następujący:

Wyrobница, 53 lat licząca, od lat sześciu cierpi od czasu do czasu na silne bicie serca i na ból, raz słabszy, raz silniejszy, umiejscowiony dokładnie w oko-

licy serca. Badanie płuc i wątroby nie wykryło w nich nic nienormalnego. Łaknienie bardzo słabe, a od pewnego czasu chora często dostawała nudności i wymiotów po jedzeniu. Brzuch wzdęty. Czynność nerek prawidłowa.

Główne objawy chorobowe znaleziono w organach krążenia: tętno nadzwyczaj wolne i nieregularne, 40 uderzeń na minutę. Objętość serca prawidłowa. Przeciągły szmer przy podstawie serca. Oprócz tego ciągłe bóle w okolicy serca, oraz bóle głowy. Jednoczesne wysłuchiwanie serca i liczenie tętna pokazało, że na dwa uderzenia serca wypadło jedno uderzenie tętna promieniowego.

Podczas kilkumiesięcznego pobytu choréj w szpitalu, tętno było stale zwolnione, oprócz tego, od czasu do czasu występowały napady nerwowe, z początku dość lekkie i krótkie, charakteryzujące się znaczniejszym bólem w okolicy serca, znaczniejszymi bólami i zawrotami głowy i śpiączką. Po pewnym czasie napady stawały się coraz częstsze i gwałtowniejsze: bóle w okolicy serca wzmagaly się, chora traciła na kilka minut przytomność, wydając przytém krzyki. Jednocześnie występowały kurczowe ruchy prawego ramienia. Przed samą śmiercią napady powtarzały się prawie ciągle. Chora zwykle odczuwała zbliżający się napad: ból w okolicy serca znacznie się wówczas wzmagal, tętno spadało do 28 uderzeń na minutę, bicie serca nawet ustawały chwilowo; oddychanie ciężkie i zwolnione; chora, wydając krzyki, wpadała w stan omdlenia z ruchami padaczkowemi.

Ogledziny pośmiertne wykryły: rozedmę w obu wierzchołkach płuc i stare gniazda krwotoczne umiejscowione przeważnie w dolnych zrazach głównie prawego płuca, znaczne rozszerzenie aorty wstępującej. Rozszerzenie to leżało w zgrubiałej tkance łącznej: część piersiowa prawego nerwu błędnego była grubsza, twardsza i czerwiejsza aniżeli po

stronie lewej. Badanie jednak drobnowidzowe nie wykryło nic nienormalnego w utkaniu nerwu.

Zdaniem autora, w przypadku tym miało miejsce podrażnienie nerwu błędnego, wywołane uciskiem rozszerzonej aorty. Rozbierając po szczególe objawy choroby i wyniki badania pośmiertnego, S. stara się dowieść, że w tym przypadku cierpienie n. błędnego, wywołało zaburzenia w trawieniu, oddychaniu i krążeniu. Objawy mózgowe tu spostrzegane również zdaniem HALLOPEAU, powstały pod wpływem nerwu błędnego, podrażnienie którego, wywołując znaczne zwolnienie, a nawet chwilowe wstrzymanie ruchów serca, spowodowało niedokrewność mózgu a tą drogą napady omdleń, drgawki i krzyki automatyczne. Autor zaznacza: 1) że objawy niestrawności, jako to: brak apetytu, nudności i wymioty nie zależały od nieprawidłowego stanu żołądka, i przypisuje te objawy chorobowo zmienionemu wpływowi nerwu błędnego.

2) Zaburzenia ze strony oddychania polegały na duszności pomiędzy przestankami napadów, i na zupełnem powstrzymaniu ruchów oddechowych podczas napadów. Nie ulega zdaniem autora, żadnej wątpliwości, że i te zaburzenia są wyrazem cierpienia nerwu błędnego. Doświadczenia fizyologiczne BERTHA, SCHIFFA i innych okazały, że słabe podrażnienie n. błędnego wywołuje powiększenie liczby oddechów, podrażnienie zaś mocne zwalnia lub też zupełnie wstrzymuje ruchy oddechowe. Fakt ten dostatecznie tłómaczy zaburzenia w oddychaniu w danym przypadku. Ogledziny pośmiertne wykryły w obu wierzchołkach płuc rozedmę a gniazda krwotoczne w dolnych zrazach płucnych. Zmiany te, zdaniem autora, także przemawiają za cierpieniem n. błędnego. CL. BERNARD, przecinając u zwierząt oba nerwy błędne, wywoływał u nich rozedmę płucną, powstającą według niego skutkiem

pojawiających się tu głębokich i rzadkich ruchów oddechowych. Również i wynaczynienia stare, znalezione w płucach, dają się odnieść do tego samego źródła; albowiem, doświadczenia SENACA, CHIRACA i innych wykazały napływy i wynaczynienia krwi do tkanki płucnej poprzecięciu nerwów błędnych.

3) Zaburzenia ze strony organów krążenia: szmer przy podstawie serca, ból w okolicy serca, zwykle znośny, ale z nasileniami od czasu do czasu gwałtownymi, przypominającymi dusznicę bolesną; trwałe zwolnienie tętna z napadami podobnymi do padaczki i z omdleniami.

Objawy te również przemawiają za podrażnieniem nerwów błędnych, co wykazują doświadczenia CHARCOTA CZERMAKA, de la HAYE, QUINCKE'GO, WASILEWSKIEGO i wielu innych. Wszyscy oni stwierdzili, że ucisk, wywarty na nerw błędny, wywołuje trwałe zwolnienie tętna i bicie serca. Obserwacje kliniczne (17), zebrane przez BLONDEAU, również stwierdzają, że ucisk nerwu błędnego wywołuje zwolnienie tętna promieniowego.

Z tych więc powodów, autor przypuszcza, że cierpienie powyżej opisane należy przyjąć za cierpienie nerwu błędnego i mniema, że powyższy przypadek, jak również przypadki zebrane przez BLONDEAU, pozwalają przyjąć oddzielną formę kliniczną cierpienia nerwu błędnego, charakteryzującą się stałym zwolnieniem tętna, zawrotami i bólami głowy oraz napadami omdleń i ruchów padaczkowych.

Rokowanie przy tych cierpieniach jest bardzo złe, ponieważ wywołujące je przyczyny są stałe i usunąć się nie dają.

Z warunków etiologicznych, wysoko posunięty wiek uspasabia do cierpienia n. błędnego, gdyż jego czynność hamująca ruchy serca z postępem lat się zwiększa.

Przyczyny *wypadkowe* mogą być ośrodkowe, obwodowe i pośrednie.

H. Goldblum.

501. W. B. NEFTEL (New-York). **O lezeniu prądem stałym wiądu paci-rzowego oraz uwagi o nieprawidłowym oddziaływaniu czuciowych nerwów skóry.** Diegalvanische Behandlung der Tabes dorsalis nebst Bemerkungen über die abnorme galvanische Reaction der sensiblen Hautnerven. (*Archiv. f. Psych.* XII. 3. p. 616).

Przypuszczając punkt wyjścia choroby w mózgu, przyczem zmiany w rdzeniu kręgowym uważa za wtórne, autor poleca codzienną galwanizację głowy, po której za każdym razem stosuje galwanizację rdzenia kręgowego w kierunku wstępującym. Szeroką anodę stawia w okolicy dolnej lędźwiowej kręgosłupa, katodę zaś na karku. Strumień z początku słaby wzmacnia do 12, 15, 20 elementów SIEMENS'A. Po 3-ch minutach przypuszczanie strumienia, natężenie jego zmniejsza, poczem anodę kilka razy powoli lecz z mocnym naciskiem prowadzi wzdłuż całego kręgosłupa, nie tylko ponad wyrostkami ościstymi lecz i z boku tychże, podczas gdy katoda pozostaje na karku. Leczenie to trwać musi 4—6 miesięcy, później zaś co roku przez 1—2 miesiące ponawianem być powinno. Autor widział bardzo pomyslnie wyniki takiego leczenia. Co do nienormalnego oddziaływania nerwów czuciowych na prąd stały, autor zauważył, iż gdy przy zastosowaniu prądu stałego u zdrowych palenie skóry występuje najpierw przy katodzie, u tabetyków pojawiało się ono przy anodzie, zaś wraz z polepszeniem choroby prawidłowe oddziaływanie powracało. A. R.

V. Chirurgija.

502. ZANCAROL. **O znaczeniu Distomae Hematobium przy tworzeniu się kamieni w pęcherzu moczowym.** (*Revue de Chirurgie* Nr. 8 — 1882 r.).

Z. lekarz oddziału chirurgicznego w szpitalu greckim w Aleksandryi, podaje rezultaty *litolapaxii* (operacyi BIGELOWA,

polegającą na aspiracji kawałków kamienia zmiążdżonego na jednym posiedzeniu) i porównywa je z *lithotomią* (54 przypadków) i zwykłą *lithotrypsyją* (13). Autor sądzi, iż częste napotykanie tej choroby u krajowców w Egipcie polega na obecności *Distomae hematobium*; jajka bowiem tego pasorzytu znajdują się prawie zawsze w moczu osobników cierpiących na kamienie moczowe. Jako przyczynę powstawania *distomy* w organizmie uważa Z. niefiltrowaną wodę Nilu, którą krajowcy używają do picia. Mniemanie to stwierdza fakt, że rzadko napotymano kamienie moczowe *distomy* u Europejczyków osiadłych w Egipcie, którzy przed użyciem wodę starannie filtrują. Czynnikiem wytwarzającym kamień moczowy u Arabów jest rzeczywiście *Distoma hematobium*, odkryte przez BILHARZA w Egipcie w 1877 r., następnie odnalezione przez HARLEY'A na Przylądku Dobrej Nadziei, i szczegółowo zbadane przez GRIESINGERA i SONSINO. *Distoma hematobium* należy do smocznic (*Trematodes*), płęć daje się łatwo rozróżnić. Samiec posiada kształt cylindryczny, długość 1 cent., osobnik żeński dłuższy, cieńszy więcej nitkowaty (1½ cent.) mieści się na właściwym zagłębieniu lub też kanale osobnika męskiego. Siedlisko główne pasorzytu stanowi krew żyły wrotnej, kręzkowej, pęcherzowej (*vesicalis*) i odbytnicowej (*haemorrhoidalis*). Wykrycie jajek tego pasorzytu w moczu (rzadziej w kale), zdradza obecność jego w organizmie. Jajka podobne są do nasienia dyni, jeden koniec ostry, drugi zaś przytępiony, i zaopatrzone oprócz tego przydatkiem zaostrozonym, znajdującym się albo na jednym z końców (jajka pochodzące z pęcherza moczowego) lub też z boku (jajka w kale). Jajko składa się z błonki pokrywającej zarodek; błonka w jednym miejscu pęka i zarodek wyswabada się. Jest on opatrzone rzęsami migawkowemi i posiada ruchy bardzo wyraźne. Jajka znajdują się w ogromnej ilości i powodują zmiany w organach moczopłciowych, (rzadziej

w kiszkiach) dokładnie opisane przez BILHARZA, GRIESINGERA i SONSINO. Głównie gnieźdzą się w żyłę wrotną, kręzkową, odbytnicową i pęcherzową, a z tej ostatniej przechodzą do tkanki łącznej podśluzowej pęcherza, niszczą w wielu miejscach błonę śluzową i powodują częste silne krwotoki. Tworzą się nacieczenia błony śluzowej i podśluzowej, owrzodzenia i wybujałości grzybowate. Wybujałość znajdując się w medium sprzyjającym rozkładowi moczu, pokrywają się osadami różnej wielkości, tak że czasami cała jama pęcherza wydaje się jakby pokrytą jednolitą powłoką. Pęcherz moczowy ciągle się rozszerzając, traci elastyczność i odporność. Zdarza się dalej iż osady pokrywające wybujałość odpadają i nagromadziwszy się w pęcherzu, tworzą jądro kamienia, który przez stopniowe narastanie świeżych warstw ciągle się powiększa. W wielu wypadkach autorowi udawało się w odłamkach kamieni wykryć jajko *distomae hematobium*, lub też szczątki torebek. Następnie autor podaje w streszczeniu wyniki 14 litholapaxyj. W 12 wypadkach nastąpiło zupełne i szybkie wyzdrowienie, 2 wypadki zakończyły się śmiercią co daje odsetkę = 14,30. Czas trwania leczenia wynosił 10 dni, co stanowi ważną zaletę operacji. Operacja trwała od 7 minut do 2½ godzin. Waga kamieni—od 3—35 gramm. Przy najdłuższym trwaniu operacji nie widział autor szkodliwego wpływu i zgadza się ze zdaniem BIGELOWA, iż pęcherz moczowy daleko lepiej znosi instrumenty, aniżeli zetknięcie się z odłamkami kamienia, które pozostają po kruszeniu. Raz operacja była skomplikowaną przez zapalenie jądra, i raz dziób lithotryptora zatrzymał się w cewce i trzeba było rozszerzyć cewkę za pomocą urethrotomii zewnętrznej. Temperatura podnosiła się na jeden lub dwa stopnie wieczorem po operacji, lecz nazajutrz wracała do normy. Porównując wyniki litholapaxii z wynikami po zwykłej lithotrypsyi i lithotomii, widzimy

iz na 13 wypadków lithothrypsyi było 11 zupełnego wyzdrowienia; rezultat wyborny i na pierwszy rzut oka daleko lepszy od wyników jakie daje litholapaxia. Lecz nie ulega najmniejszej wątpliwości iż wyniki po litholapaxii są również dobre, inie mamy do czynienia z bólami powtarzającymi się przy każdym posiadzeniu kruszenia i oprócz tego pobyt w szpitalu jest daleko krótszy. W 54 przypadkach wycięcia kamienia (*Lithotomia lateralis*) wykonanych nie zapomocą lithotoma, lecz za pomocą noża i zgłębnika FERGUSSONA, miał autor 9 przypadków śmierci, czyli odsetkę = $16\frac{1}{2}$ i większą od odsetki przy litholapaxii o $2\frac{1}{2}$ %. Statystyka taka porównawcza nie może mieć wielkiego znaczenia, gdyż niektóre kamienie usunięte za pomocą wycięcia były ogromne. Jeżeli zaś porównamy kamienie nie większe nad 25 gram., i operowane za pomocą litholapaxii lub wycięcia, to otrzymamy na 14 wypadków litholapaxii, 12 wyzdrowień i 2 śmierci t. j. $14,25\%$, i najkrótszy czas przebywania w szpitalu 10 dni; na 21 wypadków zaś wycięcia kamienia 21 wypadków wyzdrowienia i 15 dni przebywania w szpitalu. Wynik który przemawia za wycięciem, lecz tylko na pozór. Przypadki bowiem nie były jednakowe, różniły się w wielu względach, a szczególniej co do wagi kamieni, i następnie te dwa wypadki litholapaxii, które zakończyły się śmiercią, okazały przy badaniu pośmiertnym takie zmiany anatomo-patologiczne, że i wynik wycięcia nie byłby lepszym. Autor sądzi więc, że w przypadkach kamieni od 1—35 gram. wagi, litholapaxia może dać takie same wyniki co i wycięcie, z daleko mniejszą utratą krwi, i krótszym czasem trwania leczenia. W wypadkach, w których kamienie ważyły 36—60 gram. lithotomija dała dość zły rezultat 10 wyzdrowień i 3 wypadki śmierci. Sądząc z małej wprowadzie ilości wypadków BIGELOWA, THOMPSONA i GUGON'A (skruszył za pomocą litholapaxii kamień ważący 80 gram.) można przypuszczać, że rezultat

litholapaxii byłby i w tych razach lepszy i dlatego pole dla litholapaxii powinno być rozszerzone i powinna się wykonywać przy kamieniach ważących 35—60 gram. Dla kamieni ważących więcej nad 60 gr. Z. sądzi, iż wskazaną jest lithotomija. Autor w końcu podaje dwa warunki jako konieczne, aby mogła być wykonana litholapaxia: 1) Pęcherz nie powinien być wrażliwym na rękoczyn przy litholapaxii po zachloroformowaniu. (Z. widział ciągle skurcze spasmatyczne pęcherza i po zachloroformowaniu).— 2) Kanał cewki powinien być dość szeroki, lub też dać się dostatecznie rozszerzyć. W razie gdyby te 2 warunki nie istniały autor przekłada Lithotomiję.
Guranowski.

503. E. APOLANT. **O zmianach fizykalnych zachodzących przy bezwładzie pęcherza i o odmiennym sposobie kateteryzowania.** Ueber die bei der Paralyse der Blase vorkommenden physikalischen Verhältnisse und über eine bei derselben angewandte Art der Catheterisation. (*Berl. Klin. Wochschrft.* 1882. Nr. 35).

Autor został wezwany do chorego, który od 18 godzin nie oddawał moczu. Pęcherz sięgał do pępka. Po wprowadzeniu z wszelką łatwością cewnika Nr. 18 do pęcherza, ani kropla moczu nie wypłynęła. Dopiero przy silnym ucisku na ściankę brzuszną mocz kroplami zaczął wyciekać, a opróżnienie pęcherza trwało 30—40 minut. Nazajutrz po wprowadzeniu kateteru ta sama powtórzyła się scena, a ponieważ ucisk na ściankę brzuszną sprawiał choremu zbyt dotkliwy ból, autor wpadł na pomysł zastosowania kateteru jako lewara. W tym celu po zanurzeniu kateteru w roztworze 1% kwasu karbolowego, dla wypędzenia powietrza i napełnienia kateteru, zatkał otwór zewnętrzny takowego koreczkiem, okna zamknął palcami, kateter osuszył, nasmarował oliwą i wprowadził do pęcherza w siedzącym położeniu chorego; następnie opuścił koniec zewnętrzny kateteru, mocz

natychmiast odpływać począł grubym, nieprzerwanym strumieniem.

Autor objaśnia objaw ten, dość często zresztą obserwowany, niewyciekania moczu po wprowadzeniu kateteru przy bezwładzie pęcherza, w następujący sposób: Jeśli przy bezwładzie pęcherza i osłabieniu działalności *m. detrusoris* zniesiemy opór stawiany przez *m. zwieracz* pęcherza przez wprowadzenie kateteru, mocz wyciekać powinien. W przypadkach gdy wyciekanie nie mamiejsca, dowodzi to, że ciśnienie w jamie brzusznej na pęcherz jest mniejszém od ciśnienia atmosfery działającej na wylot cewnika, albo co najwyżej równa się ciśnieniu atmosferycznemu, mniej ciśnienie płynu w pęcherzu (t. j. wysokości słupa płynu od otworu ujścia do najwyższego punktu pęcherza). Dla tego więc aby mocz z pęcherza mógł wyciekać, ciśnienie pod którym mocz zostaje zwiększyć trzeba. Za pomocą wprowadzenia kateteru napełnionego płynem i opuszczenia końca takowego ku dołowi dało się to w zupełności osiągnąć. Tym sposobem bowiem podniosło się ciśnienie na dno (*Bodenbruck*), a mianowicie podniosło się jakby osłup płynu takiej wysokości, jaką jest różnica wysokości między szyjką pęcherza a wylotem kateteru. Przez wprowadzenie kateteru napełnionego płynem, prócz tego, przezwyciężonym zostaje jeszcze t. z. martwy punkt, któryby się utworzył w lewarze na wysokości łuku łonowego.

Dinte.

504 ZACHAREWICZ. **Dwa wypadki śmierci po wyrwaniu zęba.** (*Wracz*, 34—1882).

Autor opisuje dwa nieszczęśliwe wypadki wyrwania zęba, dokonane przez dentystów: jeden obserwowany w r. 1879 na klin. prof. GRUBE'GO, w którym chory szukał porady na trzeci dzień po operacji, w drugim zaś autor został wezwany do chorego wraz z trzema innymi lekarzami.

Pierwszy przypadek dotyczy 26-letniego lekarza K., który w ogólności ciesząc

się pożądaném zdrowiem dostał próchnienia zębów po tyfusie; najwięcej spróchniałym był drugi ząb trzonowy z lewej strony dolnej szczęki. W lipcu 1879 r. ból zmusił pacjenta udać się do dentysty, który usiłował mu wyrwać ząb, ale o tyle operacja się nie udała, iż tylko korona zęba została oderwaną. W grudniu tegoż roku ból zmusił chorego udać się znowu do innego dentysty z prośbą o wyrwanie korzonków zęba. Wydaleniu takowych towarzyszył ból niezmierny i mocny krwotok, który dość szybko się zakończył. Ból jednak wzmagał się, nazajutrz stał się tętniącym i wiercącym, a zbręknienie dziąseł uległo zwiększeniu. W wieczór tego dnia pojawiły się mocne dreszcze a ciepłota wynosiła 41° C. W nocy chory nie mógł usnąć a nazajutrz udał się do kliniki. Chory słusznego wzrostu, dobrej budowy i należycie odżywiany nie przedstawia nieprawidłowych objawów ze strony narządów wewnętrznych. Skroń, policzek i okolica podżuchwowa z lewej strony znacznie nabrzmiała, miękkie, blade, polyskujące, bolesne przy dotknięciu gruczoły gruczoły chłonne podżuchwowe i szyjowe po tej stronie obrzmiały i bolesne. Błona śluzowa lewej połowy dziąsła oraz policzka mocno zaczerwieniona, grubość szczęki po stronie chorój dwa razy jest większą niż po stronie zdrowej; opuchnięcie to przedstawia połączenie z kością, chelbotania niepodobna wyczuć; przy naciskaniu w miejscu odpowiadajícím choremu zębodołowi wycieka zeń płyn krwawo-ropny cuchnący posoką. Prof. GRUBE po zbadaniu chorego wykonał dwa głębokie do kości sięgające przecięcia z obydwóch stron szczęki, z przecięć tych wyciekło tylko nieco surowicy z krwią, a w 2 godziny potem nastąpił krwotok obfity; guz nie zmniejszył się, ciepłota wynosiła w wieczór 40°, wystąpiło majaczenie; nazajutrz obrzmienie doszło do części głowy pokrytej włosami, i ku dołowi do mostka; ciepłota wieczorem wynosiła 41,3°. Chory przez całą noc majaczył. Wszel-

kie środki wewnętrzne i zewnętrzne (chinina, chloral, lód, jodyna). W 6-yim dniu po wyrwaniu zęba nastąpiła śmierć, przy objawach upadku sił.

Drugi przypadek dotyczył 24-letniego felczera, któremu wyrwano ząb 12 kwietnia; wyrwanie jednak było niezupełne, gdyż ząb lubo chwiejący się i wyrwany z zębodołu nie został wyjęty (również drugi ząb trzonowy po lewej stronie). Na trzeci dzień po operacji lewy policzek obrzmiał podobnie jak gruczoły podżuchwowe. Nazajutrz obrzmienie rozszerzyło się na prawą stronę twarzy i na szyję; następnych dni zostały utrudnione oddech i polykanie, między zębem a dziąsłem występował płyn posokowaty, ból wzrastał się, 8-go dnia ciepłota doszła do 40° i wystąpiło majaczenie, a 10-go dnia pacjent umarł; na trupie znaleziono nasiąknięcie posokowate okostnej i tkanki komórkowej rozciągające się do szyi.

Przypadki te (osteomyelitis zapalenie kości i okostnej) przypisuje autor nie obrażeniu, ale działaniu pierwiastków zakażających z narzędzi lub z powietrza. Autor radzi wykonywać opatrunek zęba na sposób zbliżony do systemu LISTERA. Przed operacją zęby myją się szczoteczką w mydle zmaczaną, poczem usta płukają się 2% roztworem kwasu karbolowego. Po operacji zaś płukają się 1/2-1% roztw. kw. karb., w zębodoł zakłada się proszek jodoformu, kulka z watą jodoformem obsypana, nieco zwyczajnej waty i na to wszystko kolodion. W 19 wypadkach operowanych w ten sposób przez autora ból znikał nader szybko i następowało wkrótce zagojenie. *J. Polak.*

VI. Akuszeryja.

505. Dr. THÉVENOT. **Du rôle des muscles utéropelviens pendant la grossesse et pendant le travail.** (*Arch. de tocol. des mal. des femmes* Mars 1882).

Autor stara się rozwiązać pytanie: jaka siła działa na obniżanie się części przodu

dującej płodu do próżni miednicy, wówczas gdy jeszcze ujście maciczne nie jest otwarte, jak to bywa tuż przed porodem, przy końcu ciąży, lub podczas porodu, gdy część pochwowa zanikać poczyna, i gdy sama macica także się obniża. Według autora nie zależy to ani od samego ciężaru płodu, gdyż rodząca leżąc na grzbiecie, dźwiga cały ciężar macicy z płodem, na kolumnie kręgowej; ani od tłoczni wewnątrz brzusznej, ponieważ przodująca część opuszcza się i wtedy, gdy wody płodowe już odeszły, a przez to zmniejszyła się objętość jaja płodowego. Nie dzieje się to również za sprawą kurczenia się mięśni brzusznych, przepony, ani w skutek kurczenia się macicy; macica bowiem, jako worek mięsny kuliasty, może pod wpływem kurczów zmienić swoją formę, ale jakiegokolwiek byłoby natężenie tych kurczów nie zmienia swego położenia. Jednak to opuszczanie się części przodującej a przez to i macicy jest współczesne ze skurczami silnymi i przy bliższej analizie okazuje się, że ono zależy od mięśni przyczepionych z jednej strony do macicy a z drugiej do części kostnych i rozciągnięć miednicy. Te mięśnie kurczą się równocześnie z kurczami macicy.

Dwa rodzaje włókien wchodzi w skład tych pęczków mięśniowych, które można nazwać mięśniami miednico-macicznymi.

Pierwszy rodzaj opisany przez BOIDIN, DEVILLE, HÉLIE, LUSCHKA jest przedłużeniem włókien mięsnych ciała i szyjki macicznej i daje początek 6 pęczkom mięsnym. Dwa pęczki pochodzą z przedniej powierzchni ciała macicy, są to mięśnie więzów okrągłych. Ich grubość, liczba ich włókien, ich kurczenie się podczas porodu i punkt ich przyczepienia dawno zwracały uwagę akuszerów. Włókna te okrążywszy dno macicy opuszczają się z przedniej powierzchni macicy na wysokości pod pępkiem, licząc przy końcu ciąży.

Dotyskają one często grubości małego palca, wchodzi w kanał pachwinowy,

gdzie otrzymują jeszcze pęczki od mięśnia poprzecznego brzucha. One to mają przeważny wpływ na czynność, o której mowa, t. j. na czynność opuszczania się macicy przy końcu ciąży i w czasie porodu.

Cztery inne pęczki mięsne pochodzą od podłużnych pęczków szyjki macicznej; można je nazwać szyjo-miednicowemi (*cervico-pelvicus*). Dwa tylne wchodzą w fałdy DOUGLASA i przyczepiają się do 2 kręgu krzyżowego i dochodzą niekiedy do 5, a nawet 4 kręgu lędźwiowego.

Dwa przednie pęczki pochodzą z macicy pod przyczępieniem się więzów okrągłych, opuszczają się po bokach pęcherza i przyczepiają do tylnej powierzchni łona.

Drugi rodzaj włókien, opisany przez ROUGET'A, silnie rozwinięty podczas ciąży, jest utworzony z włókien poprzecznych podotrzewnych okrywających przednią i tylną powierzchnię macicy i pomiędzy więzami szerokimi kierują się ku ścianom miednicy. Przy końcu ciąży włókna te tworzą rodzaj pasa, idącego (z dna macicy) na dół i na zewnątrz i przyczyniają się w znacznym stopniu do obniżania się macicy.

W pierwszych miesiącach ciąży znaczenie tych mięśni jest nie wielkie, wpływają one zapewne na przytrzymanie macicy w małej miednicy, tak że autor dwa razy widział u pierwiastek w 2 $\frac{1}{2}$ miesiącu ciąży jak cała macica była jeszcze w małej miednicy, a w 3 tygodnie potem podniosła się nad spojenie łonowe. Ruch tych włókien mięsnych istnieje prawdopodobnie od początku ciąży, ale objawia się dopiero w 4 miesiącu i powiększa do końca ciąży. Jest on perystaltyczny, i posiada kierunek od dna ku szyjce macicznej przechodząc na pęczki miednico-maciczne. Obniżanie się macicy zaczyna się od 7 miesiąca ciąży, a niekiedy od 6 $\frac{1}{2}$ miesiąca. U wielorodzących opuszczanie się macicy dokonywa się tylko pod wpływem silnych kurczów w końcu ciąży, lub

w początku porodu. Czasem się zdarza, że główka spoczywa już na kroczu, a jeszcze jest obciążona dolnym odcinkiem macicy, co témbardziej wykazuje czynność mięśni miednico-macicznych.

Rola tych mięśni nie jest jeszcze skończona po rozszerzeniu się ujścia macicznego, ponieważ wtedy macica ma w nich punkt oparcia podczas swych kurczów. Dno macicy nie tylko jest podtrzymywane, ale i silnie przyciągane ku dołowi przez 4 pęczki miednico-maciczne i przez uwieżki mięsne ROUGET'A. Rola więc przypisywana do dziś tylko więzom okrągłym macicy (SCHROEDER), a w części ciśnieniu wewnątrz brzuszemu, rozciąga się także, według THÉVENOT, na cały wyżej opisany system mięśniowy, a przed okresem rozszerzenia się ust macicznych kurcze tych mięśni są jedyną przyczyną ustawienia się płodu.

J. Rogoziński.

MISCELLANEA.

506. Dr. KRÜCHE. **Wniosek z nauki o zaraźliwości gruźlicy.** (*Deutsche Medical-Zeitung*, 36, 1882).

W obec nieustalonych jeszcze pojęć w kwestyi zaraźliwości gruźlicy, wniosek autora, który natychmiast podamy, uważać możemy w każdym razie za warunkowo tylko słuszny, jeżeli nie za przedwczesny. W każdym razie ważność przedmiotu i oryginalność poglądów zasługują na uwzględnienie.

Trudnym zaiste zadaniem jest, powiada autor, pogodzić w przypadkach chorób zaraźliwych potrzebę należytego pielęgnowania pacjenta z położeniem zagrożonem osób pielęgniujących. Jeżeli, zwłaszcza na prowincyi gdzie gorsze są w ogólności warunki sanitarne i panują rozmaite przesady, powiemy otaczającym pacjenta-suchotnika, że choroba jego może się im udzielić, narazimy chorego na utratę najniezbędniejszej opieki, nie mówiąc zaś tego, narazamy zdrowych na niebezpieczeństwo ciężkiej choroby. Zdanie to zupełnie słuszne popiera autor następującą obserwacją: Syn zupełnie zdrowych rodziców, mocno zbudowany i cieszący się najlepszym zdrowiem zapragnął po zdaniu egzaminu w uniwersytecie wypocząć w jakiegokolwiek miejscowości klimatyczno-leczniczej. W kilka tygodni po tej podróży dostał on kaszlu i gorączki, a wkrótce rozpoznanie ostrzej gruźlicy nie pozostawiało najmniejszej wątpliwości. Po drobnostkowym zbada-

niu wszelkich przypuszczalnych czynników etyologicznych pokazało się, że w pokoju, zajęтым przez pacyenta w owęj miejscowości, przebywał na krótki czas przedtém chory na gruźlicę w okresie ropnego rozpadu i spał na tém samym łóżku.

Autor mniema, iż w niezliczonych wypadkach zarazenie może się w podobny sposób odbywać. W życiu codzienném rzadko może się to zdarzyć, albowiem zdrowi zwykle do pewnego stopnia unikają oddechu lub płwociny suchotników. Ale w miejscowościach leczniczych, w których łóżka nie przedstawiają gwarancyi co do braku zarazków gruźliczych, w których rzadko oprócz suchotników znajdują się chorzy na cierpienia nerwowe lub rekonwalescenci, mogący podobnie jak i zdrowi ludzie uleść zarazeniu, w miejscowościach tych, powiada autor, czyż nie należy ograniczyć podobne warunki zarazę tworzące?

Posyłając chorych gruźliczych w góry znajdujące się w pasie „wolnym od suchot“ albo w miejscowości wyłącznie przez suchotników uczęszczane, nie sprowadzamy niebezpieczeństwa dla innych. Ale bezwarunkowo nie należy posyłać suchotników do tych setek miejscowości, w których przebywają przeważnie rekonwalescenci lub wypoczywający po pracy umysłowej. „Mniemam, powiada autor, że obowiązkiem lekarza jest starać się, aby suchotnicy w okresie rozpadu ropnego nie byli posyłani, z widoków rzekomo-humanitarnych, na letnie mieszkania pomienionej kategorii, ale żeby udawali się tam gdzie zbierają się tylko już podobni, albo jeszcze lepiej, aby pozostawali w domu (?). Kwestyja ta, zauważył wreszcie K., właściwą byłaby jako przedmiot dyskusyi na większych zgromadzeniach lekarskich.

Ź. Polak.

507. Leczenie moczówki cukrowej. Dr. G. FELIZET (*Gaz. des hôpit.* Nr. 103) przedstawił paryżkiej akademii memoriał, dotyczący leczenia cukromoczu za pomocą bromku potasu. Badania swe autor rozpoczął jeszcze w r. 1877, a to opierając się na znanych doświadczeniach CLAUDE-BERNARD'A, dowodzących iż podrażnienie opuszki rdzeniowej wywołuje ukazanie się cukru w moczu. W leczeniu więc téj choroby powinniśmy zwracać uwagę nie tyle na pewne przepisy dyjetetyczne, ograniczające wydzielanie cukru, jak na usmierzanie odpowiedniego ośrodku, od którego wydzielanie to zależy. Załączone tablice graficzne jasno wskazują, o ile zmniejsza się zawartość cukru w moczu pod wpływem bromku potasu. P—i.

508. Mikroby krowianki. (Posiedzenie towarzystwa biologicznego w Paryżu 29 lipca r. b. *Spraw. Gourn. de thé.* 16, 1882).

STRAUS na posiedzeniu tém przedstawił piękne preparata drobnowidzowe pustuły ospowój cielecia, badane w rozmaitych dniach rozwoju. Na skrawkach można było dostrzedz liczne mikrokokki ugrupowane w szeregi przebiegające linijkowato w prze-

strzeniach imfatycznych. Liczba i położenie mikrokoków pomiędzy pokładami warstwy MALPIGHI EGO i skórą właściwą zależą od okresu rozwoju pustuły. W szóstym lub siódmym dniu cała grubość skóry usianą bywa kolonijami mikrokoków. Dla porównania badano skrawki skóry tegoż zwierzęcia wycięte z okolic oddalonych od pustuły. P.

509. Dr. SEILER. Rzadki wypadek ciała obcego około prącia. (*Medic. Record.* 8/82).

Nie zbyt rzadko opisywano wypadki ciał obcych otaczających prącie jak wstążeczki, tasiemki, obrączki rozmaitego rodzaju, ale wypadek opisany przez autora należy do wyjątkowo rzadkich.

13-go lipca przyprowadzono do autora chłopca w wieku lat 13, którego ojciec opowiedział iż dziecko skarży się na ból z prawej strony brzucha. Badanie wykryło bolesność w prawej okolicy podżebrów, obrzmienia ani czerwonosci skóry nie było. Rozpoznanie niepewne: stłuczenie albo zapalenie okostnej żebra.

17-go t. m. ojciec chorego zakomunikował autorowi, że odkrył przyczynę cierpienia, że była nią mianowicie mutra żelazna którą syn jego włożył na prącie; dostrzeżono nieco krwi na prześcieradle, i ta okoliczność zniewoliła go do starannych oględzin dziecka; całe prącie wydało mu się zgangrenowanym. Ojciec przypomniał, że chłopiec już od dwóch przeszło tygodni chodził kulejąc. Autor udał się natychmiast do chorego i spostrzegł mutrę żelazną umieszczoną w odległości cała od spojenia łonowego; prącie i napletek były niezmiernie obrzmiałe i miejscami przedstawiały ogniska zgorzelowe. Przy samém obrączce znajdowało się owrzodzenie. Przepiłowałszy mutrę tę nie mało zdziwił się autor spostrzegłszy nieco ku tyłowi położoną drugą obrączkę, której przecięcie trwało jeszcze półgodziny (cała operacyja trwała trzy kwadransy; pacjent był chloroformowany). Skóra była zniszczona, ciało jamiste obrażone, cewka moczowa zachowana w zupełności. Gojnie się rany postępowało szybko. Grubość mutry wynosiła $\frac{7}{16}$ cala, średnica $\frac{3}{4}$ cala, a waga $4\frac{1}{2}$ uncyi i 20 gran, grubość obrączki $\frac{1}{8}$ cala, a waga $6\frac{1}{2}$ drachm. Zbliżony do tego wypadek opisany był w podręczniku Chirurj¹ PITH'Y i BILLROTH'A; dotyczył on 10-letniego chłopca, u którego naokoło członka znajdowała się w ciągu dwóch lat żelazna obrączka ważąca 50 gran. Ź. P.

510. Dr. ANDEER. Rezorcyna w błonicy. (*Centrl. f. die med. Wiss.* Nr. 20).

Autor, przekonawszy się o skuteczności rezorcyny w chorobach skórnych ostrych i przewlekłych natury zakaźnej, powziął zamiar zastosowania tego środka na błonę śluzową jamy ustnej, gardzieli, nosa i krtani. W lekkim stopniu błonicy wystarcza mocne zatuszowanie krystaliczną rezorcyną lub w postaci maści z wazeliną, w cięższych lub septycznych formach użycie jej jednocześnie do wewnątrz. Tą drogą autor wyleczył 222 chorych.

511. **Rozpuszczalność jodoformu.** Jodoform rozpuszcza się w olejkach eterycznych w następującym stosunku:

w olejku terpentynowym.....	4 ⁰ / ₁₀
— lawandowym.....	7—
— gwoździkowym.....	8—
— koprwym.....	9—
— cytrynowym.....	9—
— rozmarynowym.....	14—
— cynamonowym.....	14—
— kminowym.....	16—

(*The Medical Record* Nr. 614). D.

512. **Jan Caulier, lekarz z 16-go wieku.** VARÈLE umieścił w „*Gaz. méd. de Paris*“ kilka szczegółów o ciekawej sprawie lekarza z 16-go wieku Jana Caulier, z Troyes, protestanta, uwięzionego i utrzymywanego w kajdanach za szerzenie książek wzbronionych w r. 1550 i 1551. Wyjątki z dokumentów przytoczymy, podobnie jak autor, w oryginalne.

Jeden z tych papierów zawiera oskarżenie kilku osób o używanie wyrazów niewłaściwych dla chrześcijan, oraz o czytanie książek zabronionych przez fakultet paryżki, przyczem wspomniano, że Caulier, lekarz z Troyes podejrzany jest o życie nieczyste i o niezachowywanie postów. Oto są słowa dokumentu:

Fo 21, vo.— *Contra insolentes.. et scandalose vi-
ventes ordinatio.*

Veneris vigesima nona die mensis maii anni millesimi quingentesimi quinquagesimi primi.

Capitulantis venerandis circumspicisque viris... Caulier quoque medicus Trevis commorans, notatus et suspectus de impuritate vitae et carniarum esu tempore prohibito. Et ideo peccati sunt affectuose dominos et promotores et officiales ut vigiles sint et solliciti erga tales per debitam et brevem justiciam.

4-go czerwca nakazano przeprowadzić śledztwo w sprawach Caulier, lekarza, oraz pewnego kupca oskarżonych o szerzenie zabronionych książek a znajdujących się w więzieniu.

Dokument z 12 czerwca ogłasza iż Caulier lekarz skrępowany jest żelaznami kajdanami.

19-go czerwca nakazano oficjalemu wydać do bry i szlachetny wyrok względem Caulier.

Fo 25, ro.— *Ad expeditionem processus J. Caulier
incarcerati.*

Veneris decima nona mensis junii...

De magistro Joanne Caulier medico, detento in compedibus ferreis, faciat dominus Officialis bonam et brevem justiciam, prout bené intelligit et doctus est per testium examinationem et confrontationem.

Tymczasem kolega buntuje się i bije dozorcę więzienia, który nań następującą skargę zanosi:

Veneris vigesima octava die mensis augusti...

Comparens commentariensis seu carcerum custos

episcopatus trecensis et presertim pro custodia magistris Joannis Colier conquestus est quod dictus Colier eum verberavit, precans ut domini alium committere velint. Cui responsum extitit quod eum domini non commiserunt; quapropter dirigit se ad dominum Officiale aut eos qui eumdem commiserunt ut fama est preterea quod ancilla quedam in ministerio dicti Colier destinata ferre et referre non cessat literas ad uxorem et amicos exhibuitque hic tres legendas ad uxorem, locumtenentem criminalem et dominum *de la Chapelle*, in quibus dicit et declarat recusasse dominum Officiale et nunc iudices suos esse dominos hujus ecclesie et sancti Urbani decanos, quos peccati sunt domini ut velint onus accipere et causam recusationis omni alio cessante impedimento expedire.

4-go, a potem 16-go września prosi więzień aby sprawa jego sądzona była publicznie nie zaś na piśmie.

Mercurii decima sexta die mensis septembri...

Rursus magister Joannes Colier, carcere detentus, porrexit requestam scripto contumeliis fermé plenam et non sine domini officialis et custodis carcerum suggillatione, de quibus ordinaverunt domini informandum.

Akta przytoczone dość dobitnie świadczą o stosunkowej naiwności epoki i innych kilku przytaczać nie będziemy. Wspomniemy tylko, że 8-go września przełożony mianuje delegatów do zwiedzenia więzienia Coulier, a innych do sądzienia jego. Później dozorca skarży się, że sam jeden nie da rady więźniowi, jeżeli ten zachowa prawo używania przechadzki po dziedzińcu. Postanowiono wreszcie oddać Jana Caulier, który herezyi swój nie chciał się odprzysięż, władzom świeckim; ostatni wreszcie dokument brzmi jak następuje:

Fo 40, vo *Rursus de processu Colier remittendi ad laicos.*

Mercurii vigesima septima die mensis octobris, in festo beatorum apostolorum Simonis et Jude a v. sperls....

Quia dominus Belin, locumtenens particularis domini baillivi Trecensis, noluit acceptare Colier condemnatum et remissum ad brachium seculare nisi ambo iudices Jaquoti sed et inquisitor fidei presen, tes fuerint, ordinaverunt ut die crastina compareant et jubeant carceres aperiri et in manus laicorum iudicum tradatur quia iudices ecclesiastici functi sunt officio et lata est sententia et nihil amplius attentare possunt, comparentes dominos Colet officialem Simonnet promotorem et alios practicos peritos ut scripto et summarie dent instructionem quomodo procedere tuto poterunt in tali et tam arduo negotio.

J. P.

Wydawca:
Dr. Bauerertz Adam.

Redaktor:
Dr. Kazimierz Filipowicz.