

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija doświadczalna.

340. C. KAUFMANN. **Wyluszczenie gruczołu tarczowego u psa i jego następstwa.**— *Die Schilddrüsenexstirpation beim Hunde und ihre Folgen.* (Arch. für Experiment. Pathol. und Pharmakologie Bd. 18 Heft 3, 4).

341. M. SCHIFF. **Nowy szereg doświadczeń nad wynikiem odjęcia gruczołu tarczowego.** *Resumé d'une nouvelle série d'expériences sur les effets de l'ablation des corps thyroïdes.* (Revue Méd. de la Suisse Romande Nr. 8).

Istnieje rażąca sprzeczność pomiędzy spostrzeżeniami chirurgów nad wyluszczeniem gruczołu tarczowego i odnośniami pracami doświadczalnymi. Podczas gdy Kocher i Billroth wielokrotnie wykonywali szczęśliwie zarówno częściowe jak i całkowite odjęcie gruczołu tarczowego, Zesas i Schiff *) otrzymywali w swych pracach zawsze złe wyniki i stanowczo odradzają wyluszczenia tarczowego gruczołu u ludzi, zwłaszcza całkowitego. Ponieważ ostatni badacze nie określali bliżej ani sposobu, w jaki dokonywali operację, ani też sposobu opatrywania rany, przeto Kaufmann sądzi, że tu może leży przyczyna wspomnianej różnicy.

Zbadawszy na kilku psach topograficzne warunki gruczołu tarczowego (który tu przedstawia 2 zrazy zupełnie oddzielne, bez części pośredniej) i przekonawszy się, że operację najlepiej wykonywać nie przez środkowe cięcie, lecz przez dwa boczne, wzdłuż mięśnia mostko-obojszyko-

sutkowego, a ranę lepiej jest leczyć sposobem otwartym (z powodu niemożności utrzymania opatrunku u psa na szyi), autor przystąpił do właściwych doświadczeń.

Z czterech psów jednego pomiotu trzem wykonano wyluszczenie, jednak nie jednocześnie z obu stron, — a drugi gruczoł odejmowano dopiero wtedy, gdy rana po pierwszej operacji zupełnie się zagoiła. Zachowano przytem wszelkie przepisy antyseptyki. Przerwa pomiędzy wyluszczeniem obydwóch gruczołów u pierwszego psa wynosiła 18 dni, u drugiego 20, u trzeciego 10.

Czwartemu psu, zachowanemu dla kontroli, wycięto tylko jeden gruczoł.

Wszystkie zwierzęta przeniosły operację bardzo dobrze, rana goiła się szybko. Zaburzeń stale spostrzeganych przez Schiffa nie było. Około 2 miesięcy po operacji wszystkie psy przechodziły nosaciznę, trzeci z szeregu operowanych zdechł wśród drgawek (autor nazywa to nosacizną nerwową), ale dopiero w 2 miesiące po dokonaniu operacji; pozostałe żyją dotąd.

Na tej podstawie autor twierdzi, że pies, podobnie jak człowiek, może zupełnie dobrze przenieść całkowite wyluszczenie gruczołu tarczowego, jeżeli tylko operacja wykonana jest jak się należy.

Schiff w nowej swej pracy (patrz tytuł) na początku zaznacza niebezpieczeństwo wyluszczenia gr. tarczowego u psów i kotów i dodaje do poprzednio opisanych jeszcze jeden objaw u operowanych zwierząt. Jest nim stopniowy upadek łaknienia, wzmagający się do zupełnego braku apetytu. Dalej następuje opis szeregu

*) Por. Zesas—Kron. Lek. Nr. 12, Schiff. Kr. Lek. Nr. 7—1884).

doświadczeń wykonanych w odmienny sposób niż dawniej.

Autor chciał się przekonać, jaki wpływ wywiera częściowe odjęcie gruczołu.— W tym celu wyłuszczał z początku tylko gruczoł lewy, a po upływie 25—30 dni, po zupełnem zagojeniu się rany, prawy. Zwierzęta przenosiły operację zupełnie dobrze. Kilka zwierząt autor zabił przed drugą operacją, żeby się przekonać, czy w pozostałej części gruczołu zachodzą jakie zmiany, z którychby można wnosić o zastępczej jego czynności. Nie mógł jednak znaleźć żadnej podstawy dla takiego przypuszczenia.

Jeżeli przeciąg czasu pomiędzy jedną i drugą operacją był zbyt krótki, mniej niż 15—10 dni, to po drugiej operacji zjawiały się zwykle groźne objawy, pomimo to psy przychodziły do siebie. Przeciąg siedmiodniowy okazywał się za małym, zwierzęta umierały zawsze.

Autor sądzi, że przy częściowem odjęciu organizm przyzwyczaja się stopniowo do nieobecności gruczołu tarczowego tak dalece, że po pewnym czasie, może się beżeń obywać zupełnie.

Być może, że istnieje jaki narząd, który jest w stanie zastępczo spełniać funkcje gruczołu tarczowego. Zdolność ta rozwijać się może zapewne tylko zwolna przy częściowem usuwaniu gruczołu tarczowego. Jeżeli zaś ustrój pozbawimy i tego narządu, to wtedy i nieodrazu wykonane odjęcie gruczołu tarczowego musi pociągać za sobą śmierć.

Tę hypotetyczną rolę autor przypisywał zrazu nadnerczom, doświadczenia jednak nad zwierzętami, którym z początku usuwał te narządy a później częściowo wyłuszczał gruczoł tarczowy, nie potwierdziły tego przypuszczenia.

Nie pomyślnie też wypadły analogiczne doświadczenia z wyłuszczeniem grasicy. Codośledzony stwierdził już dawniej Bardeleben, że brak jej nie wpływa zupełnie na wynik odjęcia gruczołu tarczowego. Schiff nie traci jednak nadziei, że po-

dobny narząd będzie jeszcze kiedyś znalezionym.

W dalszym ciągu autor zastanawia się czy nie wyjaśniona rola gruczołu tarczowego jest mechaniczną, t. j. czy polega na jego anatomicznych stosunkach, czy też (zdanie Schiffa) chemiczną, t. j., czy wytwarza on jaki niezbędny dla ustroju pierwiastek. Ostatnie możnaby przyjąć, gdyby po przemiejscowieniu gruczołu tarczowego w inne miejsce—nie nastąpiły takie objawy, jakie mają miejsce po jego wyłuszczeniu. Dla rozstrzygnięcia tego pytania autor przedsięwziął następne doświadczenia. Wyłuszczał gruczoł tarczowy jednemu psu i pomieszczał go w jamie otrzewnej drugiego. Po upływie 2—4 tygodni dokonywał na drugim psie całkowitego odjęcia gruczołu tarczowego. Psy tak operowane okazywały tylko mały stopień objawów, zwykłych po wyłuszczeniu gr. tarczowego, i wszystkie pozostały przy życiu. Wyłuszczenie nie powinno następować zbyt długo po przeszczepieniu, jak bowiem pokazało badanie psów zabitych, gruczoł tarczowy ulega w jamie otrzewnej stopniowemu wessaniu i później nie może już wywierać swego swoistego wpływu.

Autor na podstawie kilku podobnych doświadczeń utrzymuje, że wyłuszczenie gruczołu tarczowego traci swoje niebezpieczeństwo i większą część swego wpływu, jeżeli do jamy otrzewnej wprowadzono uprzednio inny gruczoł tarczowy od zwierzęcia tego samego gatunku.

Wprowadzenie do jamy otrzewnej gruczołu tego samego zwierzęcia nie może mieć tych następstw, ponieważ trzeba pewnego czasu, ażeby gruczoł przeszczepiony mógł się przyjąć, t. j. wejść w niezbędne stosunki z naczyńiami nowego swego siedliska. Inaczej otrzymalibyśmy te same następstwa jak przy całkowitem wyłuszczeniu gruczołu tarczowego — t. j. śmierć.

(Jak widać z wniosków obydwóch tych prac—sprzeczność zaznaczona na wstępie utrzymuje się i

nadal. Jest ona do tego stopnia rażąca, że trudno nawet wyprowadzić jakieś pośrednie zdanie z wywodów autorów. Jeden i drugi postępował z zachowaniem przepisów przeciwnych. Zresztą, na stępstwa opisywane przez Schiffa nie zależą od sprawy gnilnego otrucia z rany. Technika zaś sama zaledwie że może na tyle wpływać na rezultat. Z punktu zapatrywania Schiffa możnaby zarzucić wnioskiem Kaufmanna, że przy częściowym wytuszczeniu gruczołu, drugą operację wykonywał w 20, 18, 10 dni po pierwszej, t. j. po przeciągu czasu, który Schiff uważa za dostateczny, dla przyzwyczajenia się zwierzęcia [do nieobecności swego gruczołu, że więc tylko ta okoliczność uchroniła jego psy od nieuniknionej śmierci.

Tak więc kwestya niebezpieczeństwa wytuszczenia gruczołu tarczowego pozostaje nie rozstrzygniętą nawet u psa.

Pomijąc czy wyniki podobnych doświadczeń mogą być odniesione wprost do człowieka zdaje się, że właściwą drogą do celu byłoby tu zestawienie przypadków omawianej operacji ze ścisłym ocenieniem, o ile łączące się tu powikłania zależą bezpośrednio od samego wytuszczenia gruczołu tarczowego.

O.

II. Neuropatologija.

342. GOLTZ. **O umiejscowieniach czynności mózgu.** Z kongresu medycyny wewnętrznej w Berlinie. (*Neurol. centr. Nr. 14—1884*).

Goltz. Fizjologija mózgu dzięki doświadczeniom Fritsch'a i Hitziga znacznie postąpiła naprzód, gdy badacze ci za pomocą drażnienia strumieniem elektrycznym pewnych ucząstków kory mózgowej otrzymali skurcze mięśni przeciwnej połowy ciała. Gdyby to były w samej rzeczy ośrodki ruchowe, wtedy wycięcie tych części powinno spowodować porażenie odpowiednich mięśni, jak dotąd przypuszcza Ferrier. Jednakże wymienieni wyżej badacze wykryli, iż zwierzęta operowane nie podlegają porażeniu, lecz tracą tylko świadomość położenia swych kończyn, przy czem uczucie dotyku i bólu pozostają niezmienionem. Schiff atoli znalazł, iż nie uczucie bólu i zdolność ruchowa, a uczucie dotyku ulega zmianie. Według Munk'a znowu zwierzęta tracą uczucie bólu i dotyku, kończyna jest znie-

czuloną, przeto też bezwładną. Tę sprzeczność poglądów Goltz zwiększyć jeszcze musi jednym zarzutem, gdyż dane innych autorów są tylko częstkami prawdy: ma tu miejsce nie porażenie, lecz pewne mięśnie nie zostają spożytkowane dla pewnych ruchów, niemniej nie występuje tu znieczulenie, lecz stępienie czucia.

Odnosnie do wyników jego badań czyniono mu zarzuty, iż nie zniszczył on, w całości ośrodków, lecz przez pozostawione części tychże został w błąd wprowadzonym. W celu obalenia tego zarzutu, doszedł on teraz przy operacji do głębokości 10 mm. i wycinał całe płyty, nie wykluczając podstawy mózgu, w skutek czego nie może być nowy o pozostawionych częściach ośrodków. Tem niemniej po takiej operacji pies nie jest ani obezwładniony, ani też znieczulony.— Pies ten porusza się we wszelaki sposób, dobrowolnie przyjmuje pożywienie, słowem wykonywa ruchy dowolne, o których powiedzieć nie można, iż powstały drogą odruchową. Toż samo nie jest on znieczulony, idzie tylko o to, aby uwagę jego jak np. podczas żarcia podniecić. Jeśli podczas tej czynności delikatnie dotknąć się tyłu łapy, to oddziaływa on wtedy bardzo wyraźnie. Przypuszczając, iż spostrzeżenie Munk'a jest trafnem, iż czucie utraconem być może, wykazuje mniejsze spostrzeżenie, iż utrata ta nie jest konieczną. Gdyż jeśli jedno właściwie operowane zwierzę zachowało swe czucie, wtedy należy przypuścić, iż inne jeszcze ucząstki kory mózgowej pośredniczą władzy czucia, a tem samem główna podstawa teorii umiejscowienia byłaby zachwiana. Inni badacze nie zwrócili uwagi na mnóstwo danych spostrzeganych u operowanych zwierząt. Odnosi się tu przedewszystkiem niezręczne wykonywanie pewnych ruchów: w stanie normalnym pies rzuconą mu kość chwyta mocno łapami i oblizuje takową, operowany zaś usiłuje ją utrzymać, podnosi ją pyskiem, powtórnie chwyta i t. d. Pies

nie posiada więcej owej delikatnej innerwacji, zdolności kombinowania mięśni, utracił władzę pewnych czynności, nie zaś mięśni. Goltz widzi w tem objawie analogię z afazyją. Kawała mięsa trzymanego przed nim pies nie chwyta wprost pyskiem, lecz wykonywa cały rząd ruchów niestosownych, zanim jest w stanie go uchwycić. Drugą oznaką stwierdzoną przez autora jest wzmoczenie pewnych odruchów. — Jeśli zwierzę takie podrapać po grzbiecie bliżej ogona, wtedy wyciąga ono język i wykonywa ruchy niezgrabne, jakie widzimy u młodych psów, natomiast stare oduczają się od niestosownych tych ruchów. Wreszcie, spostrzega się u zwierząt przy obszernem i głębokiem zniszczeniu przednich płatów widoczna zmiana charakteru. Nie polega ona jedynie na nadczułości, ponieważ psy rzucają się na znajdujące się blisko zwierzęta i takowe gryzą; prócz tego biegają one wzburzone i niespokojne po pokoju. — Natomiast zwierzęta, u których obustronnie zniszczone zostały płaty potylicowe, stają się spokojnemi łagodnemi i przejawiają pewne otępienie zmysłów, t. j. nie tracą słuchu, wzroku, powonienia i smaku, lecz pokazują osłabienie wrażliwości, czyli percepcyi. W danych tych Goltz widzi pierwsze podstawy umiejscowienia czynności w płatach mózgowych. Przy wyluszczeniu przedniej części mózgu zwierzęta okazują wzburzenie, nadczułość, niezgrabność ruchów, wzmoczoną pobudzalność odruchową, przyczem niema ani porażenia, ani znieczulenia; przy wyluszczeniu zaś tylnych płatów są one spokojne, łagodne, rozważne, lecz mało wrażliwe. — Autor nie zamierza bynajmniej propagować idei Gall'a, nie mniej sprzeciwia się stosowaniu tych danych doświadczalnych do patologii ludzkiej, jakkolwiek literatura (Ferrier, Nothnagel) podaje wypadki analogiczne jego spostrzeżeniom.

U psa którego autor demonstruje, wycięto g. sigmoideus aż do powierzchni corp. callosi, po jednej stronie 10 paźdz.

1883, po drugiej — 28 listopada 1883. Pies okazywał widoczną ataksyją bez zupełnego porażenia kończyn.

W dyskusyi nad tym wykładem Rosenthal (Erlangen), sądzi, iż fizyologija stara się za pomocą doświadczeń stwierdzić to, co patologija już dawno wykazała. — I w doświadczeniu trudno jest odróżnić skutek pierwotny od wtórnego i ta właśnie trudność jest przyczyną niezgodności w wynikach autorów. Przypuścić też można, iż u demonstrowanego psa zaburzenie czucia spowodowało objawy ataktyczne. Wreszcie przy doświadczeniach należy mieć na uwadze zaburzenia zmysłowe i psychiczne, a niepodobna pominąć i tego, iż komórki oddzielnych ognisk korowych nie znajdują się w ściśle ograniczonych uczestkach lecz częstokroć zachodzą jedne w drugie.

Nothnagel upatruje przyczynę różnic pomiędzy spostrzeżeniem klinicznym i doświadczeniem w odmiennej organizacyi kory mózgowej u człowieka i zwierząt, przez co obszernie zniszczenia u ostatnich nie powodują żadnego skutku, podczas gdy nieznaczny wylew krwi u człowieka wywołuje porażenie zupełnie. Innerwacyja zwierząt zdaje się być podobną do właściwości kończyn dolnych człowieka, gdyż podczas gdy kończyny górne przez długi czas pozostawają w stanie porażenia, kończyny dolne bywają przy lekkich porażeniach, albo nietknięte, albo też przez krótki czas i w niewielkim stopniu porażone.

Następnego dnia Goltz demonstrował mózg operowanego psa; pokazuje się, iż sulcus cruciatus oraz sąsiednie części zniszczone zostały w obu półkulach. Według teoryi umiejscowienia należałoby się spodziewać zupełnego porażenia oddzielnych mięśni, tymczasem w danym wypadku widziano tylko niezgrabność wszelkich ruchów.

A. Rosenthal.

343. Th. KELLER. **Przyczynę do nauki o podskórnych wynaczynieniach pochodzenia nerwowego.** *Contribution*

à l'étude des ecchymoses sous-cutanées d'origine nerveuse. (Rev. de Med. Z. VIII 1884).

Straus w 1881 zwrócił uwagę na wynaczynienia podskórne, zdarzające się u tabetyków. Autor spostrzegał podobne wynaczynienia u innych chorych, u których można było wykluczyć wszelką przyczynę traumatyczną; wynaczynienia owe ustępowały wraz z polepszeniem stanu nerwowego. — Podobne wynaczynienia zdarzają się niekiedy u histeryczek (Magnus Hüss, Huchard i autor), wskutek wielkich wstrząśnięć moralnych (Lordat, Gilibert, Lancereau, Landowski, Hartmann). Faisans w swej pracy, dotyczącej się tego przedmiotu, wykazał, że pewne cierpienia obwodowych nerwów, niektóre zbroczenia rdzeniowe: myelitis, meningomyelitis tuberculosa i inne wywołują podskórne wylewy krwawe; odróżnia nawet postać choroby — purpura myélopatique. Charcot, Lépine spostrzegali podobne wynaczynienia wskutek udaru mózgowego, a Van Swieten, Trousseau wskutek padaczki.

Autor spostrzegał podskórne ekchymozy w 5 przypadkach; wszystkie dotyczyły się kobiet, cierpiących na różne choroby nerwowe, przeważnie histeryczek, u których po pewnem zmartwieniu, wzruszeniu moralnem, nadużyciu [płciowem, zjawiały się w różnych częściach ciała czerwone plamy, nieco wzniesione, bardzo bolesne przy dotknięciu, różnej wielkości, znikające po kilku dniach. Niekiedy, przed zjawieniem się owych plam, chore uczuwają lekkie uktócie. Najczęściej plamy czerwone bywają na ręku i nodze, chociaż zdarzają się często na twarzy i tułowiu. W miarę poprawy stanu ogólnego, plamy powyższe znikają, by znowu wystąpić z pogorszeniem ogólnej choroby. Co się tyczy przyczyny powstawania tych plam, to najpewniej są one pochodzenia mózgowego. Hitzig, Eulenburg, Landois znaleźli w korze mózgowej ośrodek naczynioruchowy, od podrażnienia którego wystę-

puje przekrwienie w kończynie drugostronnej; od przekrwienia zaś do wynaczynienia jest tylko jeden krok.

M. Hopfenblum.

344. Prof. Dr. W. ERB. O „młodzieńczej postaci” postępowego zaniku mięśni i o jej stosunku do tak zwanego rzekomego przerostu mięśni. *Ueber die „juvenile Form” der progressiven Muskelatrophie.* (D. Arch. f. klin. Med. Bd. 34, Heft. 5—6. str. 467—519).

Nauka o postępowym zaniku mięśni przedstawia dotąd jeszcze wiele do życzenia pod względem ścisłego rozklasyfikowania objawów. Jak przy wszystkich przewlekłych neurozach, tak i tu nie wiele oczekiwać można od znajdujących zmian anatomicznych, ale głównie należy zwrócić uwagę na kliniczną stronę cierpienia. W takich razach określenie ścisłe klinicznej postaci cierpienia powinno zawsze wyprzedzać badanie anatomo-patologiczne, i, jak wiemy z historii wiądu rdzeniowego, porażenia opuszkowego i innych cierpień, droga ta doprowadza w końcu na pewno do rzeczywistego poznania rzeczy.

Pojęcie postępowego zaniku mięśni nie jest ściśle ograniczonem. Jedną tylko formę można uważać za dobrze określoną — a mianowicie rdzeniową postać *postępowego zaniku mięśni*, nazywaną często postacią Duchenne-Aran'a. Cechą jej jest postępowy zanik wielu mięśni, przeważnie dłoni i ramienia, słabość porażonych mięśni, odczyn zwyrodnienia (Entartungsreaction), drganie włókienkowe, przy normalnem czuciu, odruchach, funkcjach psychicznych i roślinnych.

Zadaniem autora jest odróżnić ściśle jeszcze jedną kliniczną formę zaniku mięśni postępowego, pod wielu względami różniącą się od poprzedniej i przedstawiającą wiele cech charakterystycznych, chociaż pod względem anatomo-patologicznym mało jeszcze wyjaśnioną — a mianowicie *młodzieńczą formę* postępowego zaniku mięśni. Polega ona na występowaniu w wieku dzieciennym, lub młodocia-

nym zaniku określonych grupp mięśni, szybko lub wolno postępującego, często zatrzymującego się na czas długi; podlegają cierpieniu mięśnie: łopatki, ramion, miednicy, uda, tułowia (przeważnie na plecach); obok zaniku często widzieć się daje prawdziwy lub fałszywy przerost mięśni; przytem zupełny brak drgań włókienkowych, odczynu zwyrodnienia, wszelkich zaburzeń w sferze czucia lub duchowej.— Oto w krótkości obraz choroby: cierpienie zaczyna się w wieku młodzieńczym, przed laty 20-ma, lub nawet w dzieciństwie— w pierwszych latach życia, pomału i skrycie występującem osłabieniem pewnych ruchów, wraz z nieznacznem wychudnieniem odpowiednich mięśni, cierpienie w tem stadyum może się na czas jakiś zatrzymać; początek mogą dać raz mięśnie łopatki i ramienia, to znowu mięśnie nóg lub pleców, żadnych zaburzeń czucia—bólów lub parestezji nie ma, chyba w wyjątkowych wypadkach; mięśnie przedramienia (np. supinator longus)—długo opierają się cierpieniu; małe mięśnie dłoni—w początkach *zawsze są niēnaruszone*. Silny kontrast z zanikniętymi mięśniami stanowi nie rzadko widzieć się dający przerost pojedynczych mięśni—którymi najczęściej są: deltoideus, supra—et infraspinatus, teretes, triceps, tensor fasciae, sartorius; przerośnięte mięśnie (a przerost może być prawdziwy, lub rzekomy) podlegają następnie zanikowi.

Przy bliższem badaniu początkowo osłabione mięśnie nie przedstawiają wydatnej różnicy od zdrowych; ale w pewnem już stadjum znajdujemy prawie stale wychudnienie następujących mięśni: pectoralis major (portio clavicularis), latissimus dorsi, serratus antic. major, rhomboideus, sacrolumbales, longissimus dorsi, triceps brachii—i jeden z przedramienia—supinator longus; triceps najczęściej przechodni przez okres przerostu; przeciwnie, wcale, albo przynajmniej późno dopiero ulegają: sterno-cleidomastoideus, lev. ang. scapulae, coracobrachialis, tere-

tes. Deltoideus, supra et infraspinatus—często znajdują się w stanie przerostu prawdziwego, co wobec osłabienia mięśni pleców, podtrzymujących łopatkę daje powód do zmian położenia tej ostatniej—np. przy przeciąganiu do tułowia biernie podniesionej kończyny. Później porażone zostają mięśnie przedramienia—i to rozginacze, rzadko zginacze; nigdy małe mięśnie dłoni.

Na kończynach dolnych najwcześniej są porażone: glutaei, quadriceps, czasem tensor fasciae, który niekiedy znowu znajdujemy w stanie przerostu; długo opiera się sartorius, na goleni zanikają mięśnie piszczelowe, podczas gdy łydka nie tylko długo się opiera, ale dosyć często znajduje się w stanie silnego przerostu.

Wskutek tej stałości w porażeniu określonych grupp mięśni, tworzy się obraz charakterystyczny, dosyć stale się w różnych wypadkach powtarzający: chude ramię obok grubego „deltoideus”, przedramię normalne, oprócz brachioradialis, zmiana położenia łopatki, silne wychudnienie pleców, pałkowate zgięcie w tył kręgosłupa w części środkowej, przy zgięciu naprzód w części dolnej, chude uda, obok grubych łydek, ciężki chód, oto znaki, które dla wprawnego oka wystarczają do rozpoznania choroby; rozumie się, że rzeczone objawy nie w każdym przypadku jednakowo wyraźnie występują. Rzadziej bywają porażone mięśnie brzucha—skośne i poprzeczny, podczas gdy proste prawie zawsze zostają zdrowymi, zauważyć to można przy podnoszeniu się chorego z położenia na grzbiecie.

Co do przepony, zdaje się, że i ona w pewnych wypadkach porażoną być może.

Co do sfery czucia, duchowej, roślinnej, zwieraczy, odżywiania skóry—brak wszelkich objawów chorobowych.

Odruch kolanowy wtedy dopiero słabnie lub niknie, gdy nastąpi silny zanik mięśni uda.

Przy obmacywaniu jedne mięśnie oka-

zują się twarde jak sznurki, inne znowu są miękkie; z niektórych można już wyczuć tylko resztki. Nigdy *nie ma drgań włókienkowych*—jak również odczynu zwyrodnienia (EaR.); wrażliwość elektryczna stale się zmniejsza aż do zera.

Przebieg choroby jest przewlekły, postępowy; cierpienie jednak może się na czas długi, lata całe, zatrzymywać; śmierć może nastąpić chyba wskutek zaniku przepony, najczęściej jednak miewa miejsce z chorób przypadkowych; odpowiednie leczenie (elektryczność, woda, gimnastyka, massage) często przynosi znakomitą ulgę, zatem i rokowanie co do życia jest niezłe.

Autor przytacza 6 własnych obserwacji klinicznych, w których rzeczywiście uderza stałość, z jaką choroba poraża pewne grupy mięśni, oszczędzając inne; także przytacza opisy chorób podane przez innych autorów, jako to: Aran-Duchenne, Friedreich i t. d., które najzupełniej odpowiadają wyżej przedstawionemu obrazowi klinicznemu, były jednak opisywane jako rdzeniowa postać zaniku, lub rzekomy przerost mięśni.

Co do zmian anatomo-patologicznych, autor opiera się na wynikach, poczynionych przez innych badaczy w wypadkach, chociaż inaczej wtedy nazywanych, lecz najwidoczniej należących do jednej grupy z opisywaną chorobą. Przyznając, że jeszcze wiele w tym kierunku zrobić należy, podaje Erb następujący obraz: początkowo widzimy rozrost tkanki łącznej, wchodzącej między pęczki mięsne, wraz z rozmnażaniem się komórek i jąder, miejscami zgrubiałe naczynia krwionośne, a nawet i komórki tłuszczowe; pęczki mięsne znajdują się w stanie zaniku prostego, zachowują jasną prążkowatość; rozmnażania się jąder nie ma, lub w bardzo nieznacznym stopniu; toż samo powiedzieć można i o zwyrodnieniu tłuszczowym; pewna część pęczków mięsnych nie ulega zmianom, inne są w stanie przerostu. Następnie znajdujemy silny rozrost tkanki

łącznej, obok bardzo małych pęczków mięsnych, zachowujących jednak do końca swoją prążkowatość; w tym-że czasie komórek tłuszczowych w tkance łącznej daleko jest więcej; nakoniec cała masa mięśnia zostaje zastąpioną przez tkankę łączną, bogatą w tłuszczowe komórki, rozłożone wzdłuż naczyń.

W przerosłych mięśniach znajdujemy włókna mięsne w stanie prostego przerostu bez mnożenia się jąder, jakoteż i bez znacznego przybytku tkanki łącznej.

Widoczną jest w tym okresie analogia ze zmianami, znajduwanymi przy przeroście mięśni rzekomym i t. n. dziedzicznym zaniku mięśni; pogląd ten popiera autor przytoczeniem przypadku Berger'a, opisanego jako „pseudohypertrophia”, w którym jednak obok przerosłych zaniknięte były grupy mięśni, wskazane w niniejszej pracy, jako charakterystyczne dla „młodzieńczej formy”.

Zmiany w nerwach dotąd zbadane są mało, znajdowano to rozrost tkanki łącznej, z zanikiem włókien nerwowych w nerwach obwodowych, to *tylko* rozrost tkanki łącznej (Schultze),—w mleczu zaś żadnych zmian nie znaleziono. Jest to pole otwarte, obecnie chodzi głównie o ściśły obraz kliniczny. Dla odróżnienia opisywanego cierpienia od zaniku postępowego Duchenne-Aran'a mogą posłużyć następujące punkta:

a) *umiejscowienie cierpienia:*

przy pierwszym: mięśnie tułowia, zgiętnacze przedramienia, przy drugim mięśnie dłoni.

b) *konsystencja i zachowanie się mięśni:*

przy młodzieńczej formie mięśnie są twarde, przy spinalnej—miękkie; przy pierwszej drgań włókienkowych i odczynu zwyrodnienia nie ma, przy drugiej są:

c) *obecność przy młodzieńczej formie prawdziwego lub fałszywego przerostu.*

d) *czas powstawania — młodzieńcza forma tylko do lat 20.*

e) przebieg przy ostatniej formie powolniejszy, skłonny do zatrzymywania się.

f) brak powikłań, napotykanych przy rdzeniowej formie—jako to — paral. bulbaris.

Nie zawsze mamy tak czysty obraz przed oczami, nie możemy też nic dotąd powiedzieć o możliwości wikłania się obu tych form.

Etyjologija rozbieranego cierpienia dotąd jest zupełnie ciemną; w żadnym z obserwowanych wypadków przyczyny, nie można złożyć nawet na karb zbyt wielkiej pracy mięśniowej, zważywszy wiek, w którym się choroba objawia; lecz za to w niektórych przypadkach widzimy mnogie występowanie choroby w jednej rodzinie, nawet przez kilka pokoleń—zatem można ją nazwać w niektórych razach dziedziczną. Ponieważ zaś dawniej już opisywano przypadki dziedzicznego zaniku mięśni—więc autor rozbiera stosunek, w jakim się obie choroby znajdują.

Powołuję się tu na przypadki, opisane przez Friedreich'a, Barsickow'a i przytacza swoje spostrzeżenia dziedzicznie występującego cierpienia, które uznał za „młodzieńczą formę”, wykazując wielką analogiję obu grup spostrzeżeń.

Pod ten-że typ „młodzieńczego zaniku”—podprowadza autor i t. z. fałszywy przerost mięśni.

Choroba ta nie miała dotąd określonego miejsca w patologii, podczas, gdy jedni (Heller, Friedreich) uważali ją tylko za odmianę znanej formy Duchenne-Aran, inni natomiast na to się nie zgadzali np. Leyden. Ostatni nawet skłonniejszy był połączyć ją z „dziedziczną formą zaniku; jeszcze wyraźniej w tym kierunku wyraża się Lichtheim; Möbius zaś uważa obydwie omówione cierpienia za identyczne i choć nie można się zgodzić na wszystkie jego wywody, trzeba przyznać wiele racji jego dowodzeniu. Tu można przytoczyć świeżo obserwowany przypadek choroby u chłopca 10-letniego, który przed-

stawiał charakterystyczny obraz fałszywego przerostu, przy bliższem jednak rozpatrzeniu okazał się zanik tych mięśni tułowia, które autor uważa za typowe dla „młodzieńczej formy”; prawdopodobnie za mało zwracano dotąd uwagi na zachowanie się mięśni tułowia w podobnych przypadkach.

Z podanego wyżej wyprowadzić można o bardzo blizkiem pokrewieństwie „młodzieńczej formy”—„dziedzicznej formy”—i „fałszywego przerostu” mięśni—jeżeli nie o ich zupełnej tożsamości.

Zbierając w jedno jeszcze raz wszystkie charakterystyczne objawy „młodzieńczej formy”, dochodzi autor do wniosku, że pod dwie formy: Duchenne-Aran i przez niego opisywaną — można podciągnąć wszystkie wypadki zaniku mięśni—postępowego zaliczając je do pierwszej lub drugiej.

Pytania—czy omawiana choroba jest pochodzenia nerwowego, czy czysto mięśniowego, autor nie rozwiązuje, znajdowano dotąd zmiany tylko w mięśniach lecz nie można ręczyć, czy w przyszłości nie dojdą do innych rezultatów.

W zakończeniu podaje autor następujące określenie omawianej choroby:

Istnieje pewna forma cierpienia mięśni, polegająca po części na przeroście z następczym zanikiem, to znowu na prostym zaniku włókien mięsnych i po części na przeroście tkanki łącznej; która z tych zmian jest pierwotną — stanowczo orzec nie można.

Cierpienie jest przewlekłe, wolno lecz stale postępujące.

Klinicznie choroba charakteryzuje się stałością w porażeniu tych samych grup mięsnych, brakiem drgań włókienkowych i odczynu zwyrodnienia. Cierpienie zjawia się albo w dzieciństwie lub młodzieńczym wieku jest to typowa „młodzieńcza forma”;—albo w bardzo wczesnem dziecięctwie jako „forma dziedziczna”, jeżeli nie towarzyszy mu znaczne stłuszczenie. Jeżeli zaś przyłącza się wczesne i wyso-

kie stłuszczenie to otrzymujemy postać „rzekomego przerostu mięśni”.

Wszystkie te postacie są tylko rozmaitym wyrazem jednej sprawy chorobowej. Tę to sprawę należy ściśle odróżniać od rdzeniowej Duchenne-Arana; dla uniknięcia wszelkich nieporozumień proponuje autor nazywać ostatnią: „Amyotrophia spinalis progressiva” — (Duchenne-Aran) — dla pierwszej zaś (z odmianami młodzieńczą, dziedziczną i rzekomo - przerostową (pseudohypertrophica) — możnaby zachować nazwanie: „Atrophia muscularis progressiva”; ponieważ jednak ma tu miejsce nietylko zanik, ale czasem i prawdziwy przerost i stłuszczenie mięśni — logiczniej będzie zamienić tę nazwę na: „Dystrophia muscularis progressiva”. *Kaz. Ciągliński.*

345. H. OPPENHEIM. **Stosunek migreny do władu rdzenia kręgowego.** — (*Berl. klin. Woch. Nr. 38 — 1884.*)

Berger, a przedtem jeszcze Duchenne i Pierret, zwrócili uwagę na bóle głowy, występujące w przebiegu władu rdzenia kręgowego i mające wszystkie cechy migreny. Autor na 85 przypadków władu w 12 spostrzegł typowe napady migreny w początku choroby lub w późniejszym czasie. Z tego wyprowadza on następujące wnioski:

1) migrena zdarza się tak często w przebiegu władu rdzenia kręgowego, że nie może być uważaną za objaw przypadkowy.

2) zdarza się znacznie częściej u kobiet, niż u mężczyzn.

Na 52 kobiet w 12 przypadkach wspomina się o migrenie.

3) w wielu przypadkach napady migreny występowały na wiele lat przed rozwinięciem się władu rdzenia kręgowego. Napady te były coraz mocniejsze, przerwy między nimi coraz mniejsze, a ze zjawieniem się nowych objawów tabetycznych zupełnie znikły, lub ustępowały tylko bóle głowy; wymioty zaś stawały się uporczywszymi. Migrena więc bezpośrednio przechodziła w *crisis gastriques*.

Rzadziej napady migreny istnieją podczas zupełnie rozwiniętej choroby rdzenia kręgowego.

4) w obec istniejących objawów migreny lekarz obowiązany jest zwrócić uwagę na inne objawy władu rdzenia kręgowego. Jeżeli się w takich razach znajdzie zjawisko Westphal'a, można wówczas pomimo braku innych objawów postawić rozpoznanie — *tabes incipiens*.

M. Hopfenblum.

III. Medycyna wewnętrzna.

346. Prof. ROSSBACH. **Gastroxynsis nervosa jako szczególna, charakterystyczna postać niestrawności nerwowej.** (*Deut. Arch. f. kl. Med. T. 35 — Z. 5.*)

Istnieje dotychczas wielkie zamieszanie w pojęciu o istocie niektórych często zdarzających się chorób, które jednak bardzo rzadko spostrzegają się na stole sekcyjnym. Katar żołądka, nerwowe cierpienie żołądka, niestrawność są właśnie takimi chorobami, które pomimo różnych nazw mało różnią się w objawach, a zmiany anatomo-patologiczne nie mogą być dostatecznie zbadane, ponieważ przypadkowo tylko napotykają się przy sekcji. Leube w 1878 r. wykluczył niestrawność z rzędu samoistnych chorób żołądka, przyjmując ją jako zbiór objawów, występujących przy różnych chorobach żołądka. Jednakże klasyfikując choroby żołądka na podstawie anatomo-patologicznej, napotkał cały szereg stanów chorobowych, które nie mógł zaliczyć do żadnego oddziału i zmuszony był znowu uznać „niestrawność nerwową” jako samoistną postać chorobową. Pod tą chorobą pojmuje autor przewlekły stan chorobowy, czysto u ludzi z wyższych warstw społeczeństwa napotykaną, u których trawienie pokarmów odbywa się w normalnym czasie, lecz towarzyszą mu znaczne miejscowe i ogólne zaburzenie nerwowe. Przyjmując za podstawę tej choroby nieprawidłową reakcję nerwów żołądkowych, a dopiero wtórnie całego układu

nerwowego, zalicza tę chorobę do chorób żołądka, a nie do nerwic ogólnych. Chociaż pojęcie tej choroby zupełnie właściwie przez Leubego zostało określone, nazwa jej daje powód do wielu niedokładności, ponieważ wielu autorów pod słowem „niestrawność” i „nerwowa niestrawność” oznacza objawy miejscowe i ogólne różnych chorób żołądka, również i objawy zależne od nadmiernej wrażliwości czuciowych nerwów żołądka bez zjawisk utrudnionego trawienia. Najwłaściwiej byłoby każdą postać niestrawności nazywać odpowiednio do przyczyny wywołującej. Niestrawność nerwową Leubego można by nazwać „digestive Reflexneurose”; jeżeli odruchy występują przeważnie w sferze mózgu, wywołując zmęczenie, senność, ból głowy, nastrój hypochondryczny—byłoby „Leubesche digestive Reflexneurose”, jeżeli zaś w sferze n. błędnego i krążenia, z objawami bicia serca, nierytmicznej jego czynności, tętnienia w tętnicy brzusnej—„Rosenbach'sche digestive Reflexneurose”.

Z rzędu niestrawności nerwowej wyłącza autor szczególną postać chorobową, łatwo rozpoznać się dającą, która często występuje u osób z inteligentnej sfery w postaci ostrej, nerwowej choroby żołądka. Choroba ta, której podstawą jest zbyt znaczne wydzielanie kwasów w żołądkowych pod wpływem nerwowym, z następczymi odruchowymi objawami otrzymała nazwę „nervöse Gastroxinsis” (gaster—żołądek i oxys—kwaśny).

Powstaje ona napadami, przeważnie u ludzi nadmiernie pracujących umysłowo, pomimo prawidłowości w życiu fizycznym, jedzeniu i picu. Napady bywają jedno—do trzechdniowych, powtarzają się co tydzień, miesiąc, zależnie od większej lub mniejszej pracy umysłowej. Spostrzegają się u ludzi od 12—20 roku, chociaż częściej u osób w 30—40 roku życia. Pomiedzy napadami stan zdrowia jest doskonały, wystarcza jednak nieznaczny powód, jak gniew, nadmierny wysiłek umysłowy,

zmartwienie, nawet palenie cygar, by wywołać nowy napad. Objawy napadów bywają żołądkowe i mózgowo: wzmagający się wciąż ból głowy lub nieprzyjemne uczucie ostrości, palenie w żołądku rozpoczyna napad. Nastąpić to może na czczo lub po jedzeniu. W pierwszym przypadku rozwija się znaczne łaknienie; po nasyceniu się stan chwilowo się poprawia, wkrótce atoli znowu się pogarsza. Po kwadransie napad jest już zupełnie rozwinięty; uczucie kwaśności w żołądku jest bardzo wyraźnym; masy kwaśne odruchowo wywołują skurcz odźwiernika, wskutek czego jeżeli nie występują wymioty, po 24 godzinach jeszcze żołądek jest wypełnionym—kwaśnymi massami.—Ból głowy występuje wcześniej lub jednocześnie z kwasami w żołądku, niekiedy zaś nieco później, zajmuje całą powierzchnię mózgu, bywa zaś tak mocny, że chorym się zdaje, jakoby czaszka pękała. Twarz staje się bladą, oczy—zmniejszają się i przy ucisku w głębi oczodołu powstaje ból. W rzadkich przypadkach jednocześnie uczuwa się drętwienie kończyn górnych. Uczucie mdłości występujące już z początku napadu zwiększa się aż do wymiotów, które dopiero nastają z opróżnieniem żołądka, przy czym występuje i ból głowy. Wymiociny są mocno kwaśne, drażnią błonę śluzową przełyku, masy późniejsze, przylegające do błony śluzowej żołądka są kwaśniejsze, niż znajdujące się w środku miazgi pokarmowej.—W wymiocinach znajduje się znaczna ilość swobodnego kwasu solnego i kwasu mlecznego. Po zupełnym opróżnieniu żołądka ból głowy ustępuje, chory jest bardzo zmęczonym, zasypia, a następnie budzi się zupełnie zdrowym. Napad często przerywa się po wypiciu z samego początku paru szklanek letniej wody.

Nadmierny wysiłek umysłowy wywołuje podobny zbiór objawów tylko u ludzi usposobionych do tego, wskutek nie-normalnego stanu układu nerwowego nabytego lub odziedziczonego. Wydziele-

nie bardzo koncentrowanego kwasu wzbudza mocno czuciowe nerwy żołądka (uczucie palenia w żołądku), utrudnia akt trawienia (zbyt znaczna kwaśność zawartości żołądka utrudnia trawienie podobnie, jak i zbyt mała) i odruchowo wywołuje skurcz naczyń głowy i mózgu, przez co powstaje bezkrwistość mózgu i opon, ból głowy, drętwienie palców i t. p.

Że ogólne objawy, a szczególnie ból głowy zależą od kwasu żołądkowego, potwierdza ustąpienie tychże po wypróżnieniu żołądka lub po rozcieńczeniu zawartości tegoż letnią wodą. U osób cierpiących na gastroxynsis może ból głowy powstać po zjedzeniu kwaśnej sałaty.

Od niestrawności nerwowej Leubego różni się choroba powyższa tem, że pierwsza trwa ciągle przez lata i miesiące; gastroxynsis zaś występuje napadami — w przerwach tymczasem stan zdrowia jest dobry. W niestrawności Leubego trawienie odbywa się prawidłowo, tak, że w 7 godzin po jedzeniu już śladów pokarmów w żołądku nie ma. Przy gastroxynsis nerwy są pobudzone tylko znacznieszą koncentracją kwasów, a pobudzalność ich jest prawidłowa. Wspólnem zjawiskiem tych cierpień jest chorobowe usposobienie mózgu i naczyń mózgowych oddziaływania na silniejsze pobudzenia nerwów żołądkowych inaczej, niż to bywa u ludzi zdrowych. Gastroxynsis nervosa nie ma także nic wspólnego z przypadkami nadmiernego wydzielania kwasów żołądkowych, opisanych przez Reichmanna, ani ze zgałą (pyrosis), która jest objawem nienormalnej wrażliwości pewnych nerwów żołądkowych.

Dyspepsia acida powstała wskutek kwaśnej fermentacji zawartości żołądka, różni się od opisywanej choroby, która bywa i w pustym żołądku. Przyczyna, powstawanie i niektóre objawy (brak bolesności, obłożony język) odróżniają ją od ostrego i przewlekłego kataru żołądka. Wielkie natomiast podobieństwo zachodzi pomiędzy gastroxynsis i migreną; trę-

dno tylko objaśnić sobie objawy porażenia i pobudzenia n. współczulnego nadmierną kwaśnością zawartości żołądkowej. Leczenie tej choroby zasadza się na rozcieńczeniu zawartości żołądka wodą letnią, zobojętnianiu alkalijami, przerwie w zajęciach umysłowych, użyciu pepsyny i kwasu solnego w *chwilałach wolnych* od napadów.

M. Hopfenblum.

347. CHAUFFARD i GOMBAULT. **Poszukiwania nad charakterem gruźliczym niektórych wysięków do opłucnej i do jamy otrzewnej.** (*Gazette Hebdomadaire de Med. et de Chir.* Nr. 35).

Ważna kwestya rozstrzygnięcia za życia, czy dany wysięk jest charakteru gruźliczego, czy też nie, nie może być rozwiązana w zwykły sposób, t. j. na podstawie obecności laseczników gruźliczych, ponieważ podobne poszukiwania w płynach wysiękowych wypadają ujemnie. Pozostaje droga hodowli z takich płynów lub szczepienie ich zwierzętom. Pierwszej z powodu trudności prowadzenia hodowli laseczników gruźliczych autorzy nie próbowali i zajęli się wyłącznie szczepieniem.

Wyciągnąwszy, z zachowaniem prawideł przeciwnylnych, nieco wysięku za pomocą strzykawki Pravaza lub przyrządu Poten'a, wprowadzali go do jamy otrzewnej świnkom morskim. Zwierzęta rękoczyn ten znoszą zupełnie dobrze. Po upływie 2 — 4 miesięcy autorzy zabijali zwierzęta i badali rozwój sprawy gruźliczej.

Z 23 zaszczepień, cztery nie dały żadnego wyniku, gdyż zwierzęta zdechły za prędko. W 9-ciu rezultat był ujemny — badanie zwłok po upływie 2 — 4 miesięcy nie wykazało śladu zmian gruźliczych; w 10-tym wreszcie znaleziono gruzelki w rozmaitych narządach ciała, a w nich laseczki Kocha.

Dodatnie wyniki odpowiadały zaszczepieniu wysięku, pochodzącego od wyraźnych suchotników. Szczepienie wysięku od chorych, u których nie można było podejrzewać gruźlicy, wypadło ujemnie. — Autorzy ze względu na nieznaczną liczbę

spozrzeń nie są w stanie wyciągnąć wniosków, ani co do postaci w jakiej zarazek gruźliczy tu działa (laseczniki Kocha, czy zooglea Malassez), ani też co do dróg, jakimi zastrzyknięty zarazek rozchodzi się po ustroju — sądzą jednak, że badania ich będą mogły dać pewne rezultaty, mogące mieć znaczenie w praktyce, przy rozpoznawaniu i rokowaniu. *H.*

348. FINKLER. **O laseczniku cholery swojskiej i jego hodowli.** *Ueber den Bacillus der Cholera nostras und seine Cultur.* Rzecz, czytana na 57 zjeździe lekarzy niemieckich w Magdeburgu.

W chwili obecnej, kiedy cholera azyjatycka jest przedmiotem badań wielu uczonych, postanowił autor wspólnie z D-rem Priorem poddać bliższemu rozpatrzeniu przypadki cholery swojskiej — cholera nostras — zdarzające się w Bonn. W przeciągu 6-iu tygodni zdarzyło się w Bonn 32 przypadki cholery swojskiej, podczas wielkich upałów i suszy panowała mała epidemia, a niektóre przypadki przebiegały ze znacznymi objawami nerwowymi, kurczami mięśniowymi i t. p., do czego być może upał dawał pewne usposobienie. W pierwszych wypróbnieniach kałowych oprócz kokków, napotykanych zwykle w wodnistych wypróbnieniach, nie odkryto nic takiego, co by można było uważać za istotę swoistą. Prowadząc dalej swe badania, znaleźli F. i P., w pewnych częściach kału obrazy, które zwróciły ich szczególną uwagę. Były to całe gniazda małych, grubych laseczników, wielkości połowy laseczników gruźliczych, zgadzające się z opisem Kocha laseczników przecinkowych. Hodowla tych laseczników w początku dała tylko zwyczajne kokki, w późniejszych zaś otrzymano zupełną, czystą hodowlę lasecznika, nie różniącego się w niczem od lasecznika cholery azyjatyckiej, odkrytego przez Kocha. Okres jednak, w którym w hodowli otrzymują się tylko przecinkowate laseczniki, jest krótkim; ta okoliczność zgadza się ze zdaniem Kocha, że dopiero w 24—48 go-

dzin od początku hodowli otrzymuje się czysta hodowla. Grunt odżywczy laseczników jest ten sam, co i u Kocha: płótno, alkaliczne kawałki mięsa, mleko, kartofle i żelatyna. Również i barwienie przedstawia te same stosunki, co i przy badaniach Kocha.

Następnie starali się autorzy objaśnić różne postacie, rozwijające się w przebiegu hodowli w preparacie. Już Koch wspomina o spirillach, które są w pewnym związku z lasecznikami. Rzeczywiście taka spirilla składa się z wielu łączących się przecinkowatych laseczników. Istnieją i inne spirille, które tworzą niekiedy długie nitki, lub nabrzmiewają, a z nabrzmienia wypadają małe laseczniki przecinkowate, pojedyncze, lub złączone w nitki. Spozrzegano także twory, podobne do zarodników (sporen) kokków róży. Autor nie utrzymuje bezwzględnie, że powyższe laseczniki są identyczne z lasecznikami Kocha. Nie ma jednak różnicy w hodowli tychże, jako też w obrazach preparatów kałowych.

Rozpoznawcze znaczenie laseczników cholerycznych znacznie się zmniejszy, jeżeli się okaże, że znajdują się one i przy cholery swojskiej wówczas, kiedy cholera azyjatycka nie znajduje się w bliskości. — Pozostaje obecnie rozstrzygnąć, czy przypadki spozrzegane przez autorów, są cholera azyjatycką, która wystąpiła endemicznie, czy też cholera sporadyczną?, czy istnieje różnica między cięższymi przypadkami cholery swojskiej lżejszymi cholery azyjatyckiej? Byłoby bowiem bardzo ciekawem zjawiskiem, gdyby cholera, srożąca się w pewnych miejscach podobnie jak cholera azyjatycka i z tym samym lasecznikiem (który być może przedstawia osłabiony jad) w innym miejscu przebiegała nieszkodliwie. Mniema autor, że główną różnicą między powyższymi chorobami, gdzieindziej szukać należy, a nie w istnieniu rozmaitych laseczników.

M. Hopfenblum.

(P. Spr.). Prof. Levis i Douglas Cunningham

na zasadzie licznych spostrzeżeń, rozpoczętych w 1869 r., utrzymują, że przecinkowate laseczniki, zupełnie identyczne co do wielkości, postaci i odczynu na barwniki anilinowe z lasecznikami cholerycznymi, znajdują się zwykle w ustach zupełnie zdrowych osób.

IV. Chirurgija.

349. Prof. ROSENBACH. **Drobnoustroje zakaźnych przyrannych chorób człowieka.** *Mikroorganismen bei den Wundinfektions - Krankheiten des Menschen.* (Wien. Med. Presse — Nr. 40, 41).

Podczas gdy dobrze scharakteryzowane choroby zakaźne, jak róża, nosaczna, zostały wyjaśnione przez odkrycie swoich dla nich drobnoustrojów (Fehleisen, Löffler i Schütz), najczęściej zdarzające się choroby przyranne, o wyraźnie zakaźnych cechach, jak proste ropienie, posocznica, ropnica—były przedmiotem ciągłych sporów w nauce i nie mają żadnej upodstawowanej etjologii. Pochodzi to stąd, że nie było możliwości odróżnienia rozmaitych drobnoustrojów, które spotykają się w tych razach we krwi lub wydzielinach ran, nie było sposobu określenia o ile i które mianowicie z nich stoją w przyczynowym związku z daną chorobą. Możliwość tę dała metoda suchych hodowli Kocha.

Przy pomocy tego sposobu można wydzielić i wyróżnić jakikolwiek bądź rodzaj pasorzytów, co za pomocą badania mikroskopowego, mogącego określić tylko kształty tych tworów, udać się nie mogło. Autor dla lepszego zrozumienia daje następujący przykład:

Pewien rodzaj drobnoustrojów, mnożąc się w mleku barwi je na niebiesko.—Pod mikroskopem w kropli takiego mleka widzimy całe roje najróżnorodniejszych pasorzytów—pytanie, od których właśnie zależy owo zabarwienie. Pytanie to rozwiązuje nam łatwo hodowla na sposób Kocha. W tym celu, zmoczywszy koniec igły w mleku — rozprowadzamy tę mini-

malną ilość w łyżce płynnej rozplodowej gelatyny; ostatnią wylewamy na płytę szklaną, na której wkrótce zastyga; po upływie 24—72 godzin każdy z uchwyconych pasorzytów zaczyna się mnożyć i otrzymujemy szereg rozmaitych, różnych od siebie, hodowli. Pomiędzy nimi jedne odznaczają się jakby niebieskie—zielonawe plamki. To są zapewne poszukiwane pasorzyty, co można jeszcze sprawdzić pomieszczając je w mleku, któremu nadają swoiste niebieskie zabarwienie.

Tą drogą udało się autorowi wydzielić i zbadać kilka rodzajów pasorzytów wywołujących pewne przyranne zakaźne choroby.

Największą rolę przy wywoływaniu ropienia gra pasorzyt, którego autor z powodu złotawo-żółtego zabarwienia hodowli i układania się w postaci gron, nazywa złotą-żółtym groniastym kokkiem (Trauben coccus). Należy on do najniższej uorganizowanych tworów, drobnouchne jego kuleczki daje się spostrzedz za ledwie przy najsilniejszych powiększeniach.—Żywotność jego jest bardzo wielka. Jeżeli drutem platynowym, na którym tkwi minimalna ilość tych tworów, przeciągnąć po rozplodowej gelatynie, to już w 12 godzin na miejscu tem zjawia się mętny ślad, który, stopniowo stając się coraz wyraźniejszym, po 14 dniach, daje wyraźną złotą żółtą hodowlę. Hodowla taka przez lat parę zachowuje swą siłę, chociaż nawet zupełnie wyschnie i czernieje.—Pasorzyt ten nie wywołuje gnicia materii białkowych. W ciele zwierzęcym okazuje nadzwyczaj zgubne działanie. Silne psy nie wytrzymują nawet przez dobę zastrzyknięcia niewielkiej ich ilości i zdychają na ostre zatrucie krwi; w nerkach, mięśniach i stawach znajdujemy ropnie.

Drugim pasorzytem odkrytym przez autora jest biały groniasty kok, zupełnie do wyżej opisanego podobny, hodowle jego są białe, jest on znacznie rzadszy.

Trzeci rodzaj, bardzo częsty, składa się z maleńkich kuleczek połączonych ze

sobą paciorkowato, hodowla jego przedstawia małe mętne plamki, otoczone (przy dalszym wzroście), kołem mniejszych kropek, i rozwija się tylko przy ciepocie ciała. Pasożyt ten zabija myszy, wzięty nawet w jak najmniejszych ilościach. Rozszerza się on bardzo szybko w tkankach i wywołuje w nich bardzo бурлиwy odczyn.

Czwarty z wywołujących ropienie pasorzytów zdarza się rzadko. Kulki jego są duże, hodowle niewyraźne. Spostrzegano go przy ropnych wysiękach do opłucnej, w ropniach i przy ropieniu stawów u ssaków.

W przypadkach ostrego, gorącego ropienia, (ropne zapalenie tkanki łącznej podskórnej, otok ropny piersiowy) znajdował autor wszystkie opisane rodzaje razem.

Żółty groniasty kok wywołuje zdaje się ostre zapalenie szpiku kostnego. Jaką drogą dostaje się on do wewnątrz kości, nie podobna powiedzieć. Autor spostrzegł jednak, że jeżeli zastrzyknąć zwierzęciu nieco hodowli tego pasorzyta i wywołać obrażenie lub złamanie jakiej kości, to następuje jak najwyraźniejsze ostre zapalenie szpiku tej kości.

Badania nad posocznicą nie doprowadziły autora do wykrycia jakiegś odrębnej postaci pasorzytowej; może sprawa ta zależy od żółtego kokka, przynajmniej znajdowano go w wydzielinach ran; hodowle jednak ze krwi takich chorych nie wschodziły wcale; być może ma tu miejsce zatrucie jakimiś jadowitymi produktami rozkładu materii gnijących (sepsina—ptomaina).

Podobnie i przy ropnicy nie znaleziono osobnego pasorzyta, W hodowlach ze krwi 5 takich chorych znajdowano b. wiele kokków paciorkowych. Autor sądzi, że może ten pasorzyt rozwija się zrazu na gnijącej ranie, a później wessany do krwi—zostaje przez nią zanoszony w rozmaite części ciała. *O. Hewelke.*

350. Dr. W. FINKELSTEIN. **Przyczynnik do nieoperacyjnego leczenia uwięźniętych przepuklin.** *Noch ein Beitrag zur nicht operativen Behandlung eingeklemmter Hernie.* (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 38).

Sposób autora polega (patrz Kr. Lek. 1882 str. 788), na kilkakrotnym polewaniu eterem części powłok odpowiadających miejscu uwięźnięcia. Do poprzedniej cyfry spostrzeżeń (58) autor dodaje obecnie kilka świeżych przypadków własnych, oraz parę obserwowanych przez innych lekarzy.

1) lewostronna przepuklina pachwinowa, wadliwy pasek, uwięźnięcie z mocnymi bólami, wymiotami. Próba wprawienia pozostała bez skutku. Po 3-godzinnem polewaniu eterem 1—2 łyżek co kwadrans, guz się zmniejszył i dał się z łatwością odprowadzić.

2) lewostronna przepuklina pachwinowa, trzykrotne uwięźnięcie w krótkich odstępach czasu — za każdym razem eter okazał się wystarczającym.

3) lewostronna bardzo dawna przepuklina pachwinowa. Uwięźnięcie z zatrzymaniem stolca, wymiotami, mocnymi bólami brzucha. Polewanie eterem co 10 minut w ciągu 2¹/₂ godzin pociąga za sobą samowolne uwolnienie się kiszki.

Dr. Koch opisał 6 przypadków w których cztery razy użycie eteru dało mu b. dobry rezultat; w jednym obawiał się użycia eteru, gdyż podejrzewał początek zgorzeli kiszek, co się też okazało przy operacyi, w drugim zaś eter był zastosowany w niewłaściwy sposób.

Dr. Krasowski podaje 2 przypadki leczone metodą autora:

1) uwięźnięcie od 15 godzin. Po bezskutecznych próbach odprowadzenia, zaczęto polewać guz eterem, po zużyciu 3-ch uncyj odprowadzenie poszło z łatwością.

2) uwięźnięcie od 13 dni, od trzech dni daremne wysiłki odprowadzenia; po

zużyciu pięciu uncyj eteru odprowadzenie udało się.

Wreszcie jeden przypadek, spostrzeżany wspólnie przez autora i Dr. C remba, prawostronnej pachwinowej przepukliny, w którym użycie eteru nie dało żadnego rezultatu.

Sam sposób użycia eteru jest nader prosty. Chorego uклада się na wznak z nogami nieco przyciągniętymi do tułowia, u mężczyzn worek mosznowy należy unieść w górę wprowadzając podspód małą poduszkę. Po tem zaczyna się polewanie: co 10 minut do pół godziny lyżkę eteru na guz; po upływie 3 — 6 godzin guz staje się mniej napiętym i wtedy można próbować odprowadzenia.

Ponieważ eter mocno drażni, spływając na części pciowe, przeto dobrze jest je mocno wysmarować oliwą i przykryć watą.]

Autor sądzi, że nie udane przypadki użycia eteru są zawsze te, w których uprzednio starano się (zwłaszcza nieumiejętnie) wykonać odprowadzenie. Przez to ścianka kiszki traci swoją kurczliwość i nie może już podlegać wpływowi eteru.

Autor w przypadku uwięźniętej przepukliny postępuje zawsze w następnym porządku: z początku przez trzy godziny używa eteru; jeżeli nie osiąga skutku przystępuje do odprowadzenia — jeżeli zaś i ono zawiedzie — pozostaje operacja.

H.

351. M. SIMMONDS. **Otok piersiowy ropny (empyema) w wieku dziecięcym i jego leczenie.** *Das Empyem im Kindesalter und seine Behandlung.* (Deut. Arch. für klin. Medicin Bd. XXXIV).

Wysięki ropne do opłucnej zdarzają się w stosunku do surowicznych u dzieci o wiele częściej niż u dorosłych. Israel na 206 przypadków wysięków do opłucnej, widział 59 razy wysięk ropny, t. j. 29%. — Mackey podnosi tę cyfrę do 40%, na co się zgadza i autor. Przyczyną tego jest z jednej strony żywość odczynu na rozmaite szkodliwe wpływy, większa u dzie-

ci niż u dorosłych, i z drugiej większa częstota u dzieci różnych spraw zakaźnych. W 110 przypadkach opisanych w literaturze znajdujemy jako momenta przyczynowe następujące choroby:

zapalenie płuc	31	razy
pełonica	. . . 14	„
gruźlica	. . . 12	„
odra	. . . 8	„
uraz	. . . 6	„
dur	. . . 5	„
krztusiec	. . . 2	„
dyfteryja	. . . 2	„
pruchn. kości	3	„
przedarcie się		
bąblowca wąt. r.	1	„

26-eść przypadków powstało samowolnie.

Dzieci męskiego rodzaju ulegają częściej; na 240 dzieci było 140 chłopczyków i 100 dziewczynek.

Co do wieku autor spotykał najczęściej dzieci od 3—5 roku.

Według Barona Fils u noworodków ropne wysięki do opłucnej są częstsze i stanowią trzecią część wszystkich przypadków zapalenia opłucnej. Wysięki bywają włóknikowo-ropne, czyste ropne, krwawe, posokowate. Ilość jest stosunkowo znaczną. U trzech letniego chłopca wynosiła w jednym przypadku 1000 cent sześć., u 6-letniej dziewczynki 1500 c. sz., u 10-letniej dziewczynki doszła do 1600 c. sz., a u 11-letniego chłopca nawet do 2000 c. sz. Siedliskiem wysięku była częściej strona lewa. Z 175 przyp. lewostronne zajęcie było 105 razy, obustronne 7 razy.

Otwieranie się otoku bywa częstem, a szczególnie do płuc. Przy otwarciu się ku zewnątrz otwór tworzy się niekiedy bardzo nisko. Autor widział 7 razy na linii pachowej, 2 razy na plecach. Bouchut opisuje przypadek perforacji w okolicy pośladkowej, Foot — aż w okolicy mięśnia lędźwiowego, a ztąd do kanału kręgowego, z następnem porażeniem kończyn dolnych.

Rokowanie jest lepszem u dzieci, niż u

dorośli, chociaż śmiertelność w opisanych w literaturze przypadkach dochodzi do 50%. Należy jednak w wysokim stopniu uwzględnić indywidualność każdego przypadku. Nawet przy empyema necessitatis następuje często wyleczenie i to bez leczenia. Rokowanie w ostatnim razie lepszym jest przy otwarciu się otoku do płuc niż nazewnątrz.

Rozpoznanie niekiedy bywa bardzo trudnym, zwłaszcza u małych dzieci. Ważną wskazówką jest wypuklanie się chorej strony, a także skrzywanie się mieczykowatego odrostka ku chorej stronie.— W wątpliwych razach pozostaje przekłócić próbne.

Leczenie chirurgiczne wskazanem jest nawet u osobników źle odżywianych, wyniszczonych, pytanie tylko jaki sposób wybrać z szeregu praktykowanych w podobnych razach, Autor oświadcza się stanowczo przeciw prostemu przekłócaniu.— Z 48 przypadków zestawionych przez autorów widzimy, że 10 razy wyzdrowienie nastąpiło niezależnie od operacji przez przedarcie się do oskrzeli, w 6-ciu przypadkach osiągnięto zupełnie pomyślnie skutek, w 6-ciu nastąpiła śmierć, w 20-tu musiano przekłócić powtarzać kilkakrotnie, a niekiedy uciekać się jeszcze do innych sposobów.

Przy radykalnej operacji wystawieni jesteśmy na niebezpieczeństwo ucisku płuca wskutek zniesienia ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej. Autor zachwala operację łączącą w sobie korzyści przekłócia i rozcięcia klatki piersiowej. Sposób ten podali Playfair, Goothardt i inni a udoskonalił Bülow. Do wykonania jej potrzebne są następujące przyrządy:

- 1) trójkąt grubeści 6 milim.
- 2) nowy, starannie zdezinfekowany cewnik Nelatona z obciętym końcem, z otworami narobionymi po bokach, pasujący do rurki trójkąta.
- 3) rurka szklanna długości palca pasująca do cewnika.
- 4) nowa gumowa rurka długości 75

cent., w której koniec wsunięta jest szeroka rura szklanna obciążona ciężarkiem ołowianym.

5) naczynie do połowy napełnione roztworem kwasu bornego.

6) nieco waty, paski gazy i collodium z ol. kleszczowinowym (Ricinuscollodium).

Po wbiciu trójkąta i wysunięciu sztyletu, wsuwa się szybko cewnik przez pochwę trójkąta do klatki piersiowej i łączy z rurką gumową pogrążoną drugim końcem w naczynie z wodą borną. Ropa zaczyna wypływać, co możemy kontrolować na rurce szklanej wstawionej między cewnik i rurkę gumową; kiedy wypłynęło tyle ropy, że nierówność klatki piersiowej została wygładzoną, umocowujemy cewnik paseczkami gazy i kawałkami waty, zmoczonemi w kollodyjum. U małych dzieci można dla lepszego utrzymania cewnika nałożyć bandaż na klatkę piersiową. Podnosząc lub zniżając naczynie z kwasem bornym możemy zwiększać lub zmniejszać szybkość odpływu ropy, a także przepłukać jamę opłucnej w razie potrzeby.

W większości przypadków przez pierwsze kilka dni wydzielalo się na dobę jeszcze do 50 c. sz. ropy. W trzecim tygodniu ropienie ustaje, cewnik można wyjąć, a przetoka goi się bardzo szybko.

W ośmiu przypadkach operowanych przez autora powyższym sposobem przebieg był bardzo zadawalniający. Wyzdrowienie następowało przecięciowo w 4—5 tygodni, tymczasem przy innych sposobach otrzymywano następujące wyniki:

a) przekłócić z prostym drenem: w 12 przypadkach (pomyślnych ze względu, że nie potrzeba było uciekać się do innych sposobów)— wyzdrowienie następowało przecięciowo po 16 tygodniach.

b) przecięcie idren, na 27 przypadków w 6-ciu śmierć, w 3 bez skutku, w pozostałych 18 wyzdrowienie po 11-tu tygodniach.

c) wypitowanie żeber: w 7 przypadkach leczenie przecięciowo trwało 7 tygodni.

Na podstawie tego zestawienia i swoich spostrzeżeń, autor uważa operację Bülau za najmniej wystawioną na powikłania i najprędzej wiodącą do celu.

O. Herwelke.

V. Akuszeryja.

352. C. REINL. **Nowy, pewny znak rozpoznawczy ciąży w pierwszych jej miesiącach.** (*Ein neues sicheres diagnostisches Zeichen der Schwangerschaft in den ersten Monaten.* (Prager Med. Wochenschr. 1884 Nr. 26).

Znakiem tym jest niezwykła miękkość, podatność i ścieńczenie dolnego odcinka macicy, t. j. tej części, która znajduje się bezpośrednio ponad przyczepem więzów krzyżo-macicznych.

Własność tę stwierdzić łatwo można nietylko wtedy gdy pozostała część macicy (co często się zdarza) jest twardą i niepodatną, ale i wtedy nawet uwydatnia się ona wyraźnie, gdy część górna macicy przedstawia się miękką i elastyczną.— I w tym nawet przypadku można, ścisnąwszy między dwoma palcami dolny odcinek macicy, odróżnić go od jej części górnej i od twardszej od niego szyi. Podatność i miękkość tej części bywa niekiedy tak znaczną, że może wzbudzić wątpliwość, czy w ogóle istnieje jakie połączenie szyi macicznej z guzem, mieszczącym się w jamie brzusznej, albo w miednicy (t. j. z powiększonym ciałem macicy).

Oprócz ciąży nie ma innego stanu, któryby mógł spowodować zmiany podobne w dolnym odcinku macicy; ani guzy twarde, ani haemato—i hydrometra, których rozpoznanie nie jest trudne, nic podobnego nie wywołują.

Przyczyny tego ważnego objawu szukać w tem należy, że wskutek ciąży dolny odcinek macicy, jako część najcieńsza całego jej ciała, ulega najbardziej rozpułchnieniu, ścieńczeniu, stając się soczystszym

i w wysokim stopniu elastycznym. O tem najłatwiej się przekonać przy badaniu oburęcznym, podnosząc macicę ku górze.— Część tę można wtedy między palcami śledzącami ścisnąć i ścieńczyć do pewnego stopnia.

Brak znaku tego pod żadnym jednak pozorem nie wyklucza możliwości istnienia ciąży; pojąć bowiem łatwo, że przy znacznem przewlekłem zapaleniu macicy (infarctus) ciąża istnieć może nie wywołując przytem jednak tak znacznych zmian w dolnym jej odcinku, któreby przy badaniu ujawniły się pod postacią objawu tylko-co opisanego.

M. Zweigbaum.

VI. Farmakologija.

353. J. ANDEER. **Odrutki rezorcyny.** (*Die Gegengifte des Resorcins.*— (Wien. Med. Presse Nr. 38).

Trujące dawki rezorcyny wywołują zastój krwi żyłnej i opróżnienie tętnic, wskutek czego powstaje sinica błon śluzowych ust, łącznicy i t. p. Ciepłe, nawet gorące kąpiele w celu wywarcia odciążającego działania na prawe serce i układ trzewiowy okazały się niedostatecznymi, a nawet pogarszały objawy zatrucia rezorcyną. Również środki wyskokowe nie zawierające żelaza nie wracały chłodnym kończynom ich normalnej ilości krwi i ciepłoty. Dalsze spostrzeżenia autora okazały, że łżejsze otrucie rezorcyną ustępują prędko po użyciu dobrego czerwonego wina, które nietylko usuwa wszystkie objawy, lecz wywołuje długi, mocny sen, nie pozostawiający żadnych śladów ostrego lub przewlekłego rezorcynizmu. Białkany żelaziste, nie zawierające garbnika, ustępują w działaniu do bremu czerwonemu winu. Sole obojętne i średnie, nawet siarczany sodu, teoretycznie wychwalany jako odtrutka rezorcyny (Baumann, Brieger, Husemann), nie zawierają najmniejszego działania przy rezorcynizmie. W. Murell zaleca przy o-

truciu rezorcyną przede wszystkim przemiywanie żołądka. Znaczna jednak część rezorcyny przeszła wówczas już do naczyń krwionośnych i limfatycznych; jeżeli zaś objawy otrucia zależą od żrącego działania rezorcyny na obwodowe nerwy błony śluzowej żołądka i następczego oddziaływania na rdzeń kręgowy, to wypompowanie żołądka nie doprowadzi do zamierzonego celu. W każdym przypadku wino czerwone działa znacznie lepiej, nie męcząc przy tem chorego zakładaniem różnych narzędzi żołądkowych. Najlepszym środkiem wymiotnym do usunięcia rezorcyny z żołądka jest podskórne wstrzyknięcie pilokarpiny.

M. Hopfenblum.

354. PREVOST. **Działanie fizjologiczne paraldehydu.** — *Note relative à l'action physiologique de la paraldehyde.* — (*Révue médicale de la Suisse Romande* Nr. 10).

Badania Cervello wykazują, że paraldehyd działa na półkule mózgowie, na rdzeń przedłużony i rdzeniowy. Po większych dawkach następuje porażenie rdzenia przedłużonego, wstrzymanie ruchów oddechowych. Ostateczne zatrzymanie czynności serca nie zależy bezpośrednio od wpływu paraldehydu, a jest następstwem wstrzymania oddechania i zapobiedz mu, a zarazem i zachować zwierzę przy życiu, można przez sztuczne oddychanie.

Autor powtarzając te badania na żabach przekonał się, że na paraldehyd wywołuje wpływ znieczulający bez porażenia serca, jak to bywa często przy użyciu chloroformu i chloralu. U królików wstrzyknięcie 2, 5—3 gran, wywołuje głęboki sen, przyczem źrenice są zwężone; powoli ruchy oddechowe zaczynają słabnąć, wreszcie ustają, następuje śmierć przez zaduszenie—wskutek porażenia ośrodka oddechowego, jednak bez drgawek, jak to zresztą bywa przy znieczuleniu; źrenice w tym okresie rozszerzają się. Serce jeszcze przez czas jakiś bić nie prze-

staje; nerw błędny zachowuje swą pobudzalność.

Autor badał też zachowanie się odruchów u zwierząt poddanych działaniu paraldehydu i przekonał się, że odruchy, zwłaszcza głębokie (ścięgniste) znikają późno, gdy zwierzę jest bliskiem śmierci. Zniknięcie ich jest więc objawem groźnym.

Z punktu widzenia terapeutycznego, autor zgadza się z innymi badaczami, że paraldehyd powinien być uważanym tylko jako środek nasenny, ale nigdy nie może być wskazanym dla znieczulania ogólnego w celach chirurgicznych. *T.*

355. P. GUTTMANN. **O antipirynie.** (*Deut. med. Woch. Nr. 31*).

356. Prof. Alfred PŘIBRAM. **O antipirynie.** *Ueber das Antipyrin.* (*Prager med. Woch. Nr. 40, 42, 43*).

Antipiryna została otrzymana pierwszy raz przez Knorra z Erlangen; na podstawie składu chemicznego nosiła by ona nazwę: dimetyloksychinin. Jest to biały proszek, ze słabo żółtym odcieniem, rozpuszczający się łatwo w wodzie (3 na 7). Ostatnia okoliczność daje możliwość używania tego środka w postaci wstrzykiwań podskórnych i lewatyw. Smak jest mniej gorzki niż chininy i nie pozostaje tak długo w ustach. Antipiryna spotykana w handlu jest solą kwasu solnego; charakterystycznym odczynem dla niej, występującym przy rozcieńczeniu 1:10000, jest szmaragdowo-zielone zabarwienie po dodaniu kwasu podazotawego i czerwono-brunatne po dodaniu półtorachlorku żelaza.

W moczu antipiryna wydziela się w związku z kwasem siarczanym podobnie jak kairyna. Po zagotowaniu moczu z kwasem solnym w razie obecności antipiryny zjawia się po dodaniu ziareczka podazotanu sodu, wyraźne zielone zabarwienie. U chorych, którzy używali antipiryny odczyn powyższy występuje zaraz w pierwszych porcjach moczu, od-

danych po przyjęciu środka, i znika dopiero po upływie 12 godzin.

Pierwsze próby z omawianym środkiem na chorych robił Filéne — po nim istnieje już koło dziesiątka prac, mniej więcej jednobrzmiących.

Wszyscy zgadzają się na to, że antipiryna w ilości 4—5 grm.—podanej w 3-ch dawkach (dwie dawki dwugrammowe w godzinnym odstępie, i trzecia jednogrammowa) obniża znacznie gorączkową ciepłotę ciała na przeciąg 5—6—10 godzin. U dzieci wystarczają półgrammowe dawki. Spadek ciepłoty jest stopniowy i zaczyna się już po pierwszej dawce, największe obniżenie przypada na trzecią lub czwartą godzinę—i dochodzi 1½ do 3 stopni. Spadek nie utrzymuje się długo na swym najniższym poziomie—niebawem zaczyna się bardzo powolne podnoszenie się ciepłoty, które jednak dopiero po 4—5 godzinach staje się widocznem, a powrót do pierwotnej wysokości następuje po 10, 12 nawet 18 godzinach.— Wskutek tak wolnego wznoszenia się ciepłoty nie widziano nigdy dreszczów. Za to przy spadku, zwłaszcza szybkim bywa zwykle mocne pocenie się. Częstość tętna i oddechania spada w stosunku do spadku ciepłoty ciała.— Przy podskórnych wstrzykiwaniach—otrzymywano te same wyniki. Wymioty są rzadkie; bywają zwłaszcza wtedy, gdy środek użyto w opłatkach.— Porównanie z chininą antipiryna, jako środek przeciwgorączkowy, wytrzymuje, zdaje się, bardzo korzystnie. Nie ma przy jej użyciu tych ubocznych wpływów, jakie stale prawie towarzyszą dłuższemu używaniu chininy, działanie jej jest [mocniejszym—wreszcie jest tańszą. Nie posiada ona jednak swoistego działania chininy przy zimnicy. Pojedyncze napady zimnicy pod wpływem antipiryny nie dochodziły wprawdzie tak znacznego natężenia, ale nie dopuścić dalszych napadów przy jej pomocy nie udało się.

Guttman wnioski te wyprowadza ze spostrzeżeń nad 13 przypadkami duru

brzusznego, 12 suchot płucnych, 8 zapalenia płuc, 5 odry, 3 róży 2 dyfteryi, 1 meningitis, pleuritis, phlegmone.

Prof. Příbram podaje szczegółowy opis niektórych spostrzeżeń stosowania antipiryny. W *durze brzuszny*m używał jej 9 razy. W 3-ch przypadkach stosowano omawiany lek metodycznie i starano się utrzymywać ciepłotę przez cały przeciąg choroby w wahaniami nie przechodzących normy. W pozostałych uciekano się do antipiryny tylko wtedy, gdy ciepłota przechodziła 39°. W pierwszych przypadkach podawano dozę antipiryny skoro tylko ciepłota dochodziła 38°. Pierwszy chory wyżł w 20 dawkach—33 grm. przez 14 dni, drugi 137 grm. (kilka razy zwymiotował) przez 24 dni, trzeci — 19 grm. w ciągu 13 dni; wszyscy wyzdrowieli.

W 5 przypadkach zapalenia włóknikowego płuc zauważono, że pomimo sztucznego usunięcia podniesionej ciepłoty,—sprawa przebiegała jak zwykle—jednak przy lepszym ogólnym stanie i bez duszności.

Przy ostrym gościcu stawowym stosowano zrazu antipirynę, ale musiano wrócić do salicylanu sodu.

Przy ciężko przebiegającej gruźlicy zauważono znaczną ulgę w przedmiotowym stanie, jednak bez najmniejszej różnicy w przebiegu zmian. Na poty wpływu nie było żadnego, zdaje się, że ciężar ciała zmniejsza się mniej szybko.

Wysypki przy użyciu antipiryny (patrz Kronika Lek. 1884 Nr. 19) występowały dopiero po dłuższem użyciu tego środka, nie znikaly zaraz po odstawieniu go a nawet jeszcze się wzmagaly,—wtedy, gdy w moczu nie można już było otrzymać swoistego odczynu dla antipiryny. Zresztą wysypki te są zupełnie niewinne. Autor sądzi, że środek ten ma wyższość nad chininą i innymi środkami przeciwgorączkowymi (kairyna, woda zimna) i powinien znaleźć powszechnie uznanie.

O. Herwelke.

VII. Hygijena.

357. ROCHARD. **Wartość ekonomiczna życia ludzkiego.** (Odczyt miany na kongresie higienicznym międzynarodowym w Hadze). (*Le Pratic.* 38—40—1884).

Autor stara się dowieść, że:

1) każdy wydatek na postęp higieny jest oszczędnością.

2) że nie masz nic kosztowniejszego nad choroby i śmierć.

3) utrata życia ludzkiego najbardziej rujnuje społeczeństwo.

Ażebym dowieść prawdziwości tych wniosków autor podaje otrzymane przezeń rezultaty obliczeń dotyczące wydatków społeczeństwa na choroby i zejścia, oraz za pomocą podobnież cyfr wykazuje możliwość zmniejszenia tych strat za pośrednictwem podniesienia zdrowotności.

Nie tyle szkodliwemi dla społeczeństw są wpływy klimatyczne lub kłęski w rodzaju głodu i t. p., kłęski najzgubniejsze dla organizmów wątłych i zgrzybiałych, ile choroby nagminne, zabierające właśnie najzdrowsze, najsilniejsze, najwięcej produkcyjne jednostki, lub wojny, w podobny sposób pozbawiające narody najlepszej podpory, a pozostawiające słabą część społeczeństwa.

Wartość ekonomiczno - społeczna jednostki zależy od wieku takowej, od płci, miejsca zamieszkania i od pozycji socyjnej. Autor, obliczywszy produkcję rozmaitych grup społeczeństwa, otrzymał po dodaniu pojedynczych składników produkcji cyfrę 41,321,236,658 franków wyrażającą całą roczną produkcję Francji; a podzieliwszy tę liczbę przez cyfrę ludności, otrzymał iloraz 1097, oznaczający przeciętną wartość obywatela, wartość każdego pracownika oznacza autor liczbą 6000 franków, uwzględniając oczywiście różnice jakie zachodzą naprzykład pomiędzy wyrobnikiem wiejskim, otrzymującym jedynie żywność jako wynagro-

dzenie za pracę, a czeladnikiem jubilerskim z pensją dzienną 10 franków, lub lekarzem, którego przygotowanie do zawodu tego kosztuje 30 do 35,000 franków, co mu nie przeszkadza, powiada autor, poświęcać to życie przy lada sposobności.

Za podstawę obliczeń kosztów chorób i śmierci we Francji przyjął autor rok 1880. Koszta pogrzebów i inne wydatki odnoszące się do zmarłych wyniosły w tym roku 463,126,590 franków dla ludności wiejskiej i 477,559,854 dla miejskiej.

Koszta chorób oblicza autor w ten sposób: w roku sprawozdawczym znajdowało się w szpitalach Francji 462,357 chorych, czyli licząc po 34 dni na chorego *) wypadło 15,904,373 dni szpitalnych, a licząc dzień po 2 franki, obejmujące już zarazem żywność i pomoc lekarską otrzymamy cyfrę 31,808,756 franków. Odsetka umierających wynosiła w szpitalach 9%. Oceniając pracę dzienną mężczyzny na 2 franki, a kobiety na 1 frank otrzymamy 22,087,419 franków straty w pracy. Razem więc z utrzymaniem chorych straty na chorobach wynoszą 53,896,175. W podobny sposób obliczone straty na chorych leczonych w domu wynoszą 654,524,408 franków.

Ogólna liczba strat na chorobach i śmierci we Francji wyniosła więc w r. 1880—1,649,107,027 franków. Gdyby straty te chociaż o jedną dziesiątą zmniejszone być mogły, oszczędność na chorobie i śmierci wyniosłaby 165 milionów rocznie. Hygijena jednak bez wątpienia więcej dokonać jest w stanie.

W dalszym ciągu przebiega autor stan epidemii pod wpływem postępów w sztuce sanitarnej.

Choroby epidemiczne po największej części dążą w kierunku wstecznym. Dłuzma niegdyś w samej Europie zabrała 40 milionów ludności, czyli czwartą część ogólnej liczby mieszkańców krajów, wktó-

*) Jak to i Pottenkofer oblicza. Ref.

rych panowała; dziś zaś choroba ta już zaledwie istnieje. (Obecna plaga—cholera nigdy nie zabijała więcej nad 1:400 ludności). Trąd, niegdyś tak rozpowszechniony i straszny, dziś już stosunkowo podrzędne ma znaczenie.

W każdym razie cholera, dżuma i febra żółta do dziś dnia jeszcze groźnemi dla Europy być nie przestały. Przyjmując za 1000 franków przeciętną wartość życia ludzkiego w Europie, otrzymamy mnożąc liczbę tę przez cyfrę zmarłych dotychczas na tę chorobę—3,400,000, kolosalną sumę 3 miliardów 400 milionów franków, nie licząc kosztów choroby, które zresztą zważywszy na szybki przebieg choroby, nie byłyby znaczne. Suma ta przewyższa 20 razy koszta wszelkich urządzeń sanitarnych przeciwko chorobie w ciągu całego stulecia przedsięwziętych. Kodeks sanitarny międzynarodowy jest według autora, niezbędny dla zapobieżenia szerzeniu się egzotycznych chorób nagminnych na Europę. Nadto, febrę żółtą tłumić należy w miejscach powstania takowej; w Meksyku, Brazylii, na Antylach hiszpańskich, podobnie jak cholere, dla zapobieżenia której w miejscu powstania wzbronione być powinny pielgrzymki do Hordevar i Jaggernoth, oraz do Mekki.

Co się tyczy chorób zakaźnych pochodzenia europejskiego, to takowe przechodzi autor kolejno, przytaczając przede wszystkim statystykę ospy pod wpływem szczepienia tejże, i przechodząc następnie do durzycy i innych chorób zakaźnych.— Śmiertelność z ospy w Europie dochodzi do 393,240 wypadków rocznie. Podczas gdy w armijach europejskich, w których żołnierze są szczepieni i rewakcyonowani, umiera 7 osób na 100,000, w 12 wielkich miastach, jak Londyn, Paryż, Berlin, Petersburg, Wiedeń, Glasgow, Bruksella, Marsylja, Kopenhaga, Edinbourg, Christiania i Magdeburg stosunek ten wynosi 20:100,000 mieszkańców; od r. 1873 w ar-

mii pruskiej nie było wcale wypadków śmierci z ospy.

Na 100,000 żołnierzy umiera rocznie z durzycy, we Francji 337, we Włoszech 209, w Austrii 158, w Prusach 95, w Anglii, gdzie żołnierze najhygieniczniej są utrzymywani—tylko 31. Przeciętą dla pierwszych czterech miast wynosi 200 na 100,000, a ztąd na całą armiję europejską, liczącą 2,834,600 żołnierzy wypada 5669 zejść skutkiem durzycy; tak, iż obliczwszy straty na chorobę i śmierć, wypadnie około 36 milionów franków, które tyfus rocznie pochłania wojskom europejskim. Jakie urządzenia higieniczne można byłoby stworzyć za pomocą tak poważnej kwoty! Że zaś urządzenia podobne nie pozostają bez skutku, tego dowodem jest zmniejszenie choroby w Brukseli, Frankfurcie, Monachjum, Genewie, w innych miastach w których zastosowano kanały, ulepszono zdrowotność domów i t. p.—To samo mniej więcej stosuje się do innych chorób, jak płonica, dyfteryja i t. p.

Następnie zastanawia się autor nad suchotami płucnemi stanowiącemi przeszło siódmą część ogólnej liczby wypadków śmierci i zabierającemi najprodukcyjniejsze jednostki. Mniema on, iż odkrycie laseczników przez Koch'a nadaje nowy kierunek profilaktyki tej choroby, polegający na zabezpieczeniu od wniknięcia swoistego zarazka.

Podawszy jeszcze uwagi dotyczące wpływu higieny na osłabienie malaryi (Hollandyja wspaniały przedstawia przykład tego), Rochard kończy odczyt swój zwróceniem uwagi na olbrzymie budżeta wojenne, wynoszące w roku bieżącym w Europie 2 miliardy i 900 milionów franków i dodaje, iż część tej sumy winna być z większą korzyścią na zdrowotność obrócona; „epoka wojny”, powiada on, „już przemija i zniknie wkrótce jak znikły wielkie epidemie”.
J. Polak.

MISCELLANEA.

358. Z kliniki prof. Abadie: **leczenie jaglicy** (trachoma). Cechą tej choroby są szaro-żółtawe ziarenka na zacerwienionej i obrzmiałej łącznicy. Wydzielina surowiczo-ropna, ani uczucie obecności piasku pod powieką nie stanowi nic charakterystycznego i zdarza się i przy zwykłym nieżytowym zapaleniu łącznicy. Dla różniczkowego rozpoznania jaglicy ważnym jest zajęcie rogówki: unaczynienie (pannus vasculosus) i zmętnienie, niekiedy nawet owrzodzenie.

Przy zwykłym nieżytowym zapaleniu wystarcza codzienne przemywanie roztworem azotanu srebra (1:100).

Przy jaglicy wybornie działa przyżeganie ziarenek kryształem siarczanu miedzi, albo też jeszcze lepiej wkraplanie roztworu tej soli w glicerynie (1:8), z początku codzień później co drugi dzień.

Przy obfitej wydzielinie można użyć przyżegania następnym roztworem:

plumbi subacetici
aquae destillatae aa.

albo też roztworem lapisu dwuprocentowym. — Po użyciu należy oko przemyć czystą wodą.

W przewlekłych zastarzałych przypadkach trzeba się uciekać do jequirity. Abadie używa 12–24 godzinowego nastoju z 5 gm. proszku z ziaren jequirity na 100 gm. wody. Nastój ten wkrapla się między powieki dwa lub trzy razy w kilku minutowych przestankach. Jeżeli na drugi dzień nie ma odczynu należy wkraplanie powtórzyć. Odczyn niekiedy jest bardzo żywy, a tak, że zmusza — do zastosowania katapłazmów, a nawet morfiny. To sztucznie wywołane zapalenie pozostawiamy czas jakiś same-mu sobie, przemywając tylko oko codzień kwasem bornym. Kiedy opuchnięcie się zmniejszy przybiegamy znowu do przyżegania roztworem lapisu (2%).

Jeżeli po miesiącu ziarna jeszcze nie znikły należy drugi raz użyć jequirity, a później siarczanu miedzi.

Wiadomości bieżące.

— Nakładem kasy imienia D-ra Mianowskiego wyszło tłumaczenie pierwszej części **anatomii patologicznej Dr. F. V. Birch-Hirschfelda**, II wyd.; **przekładu** dokonał **K. Mayzel**.

Tom ten zawiera część ogólną anatomii patologicznej, a mianowicie następujące działy:

- 1) miejscowe zaburzenia w krążeniu.
- 2) miejscowe obumarcie i przemiany wsteczne tkanek.
- 3) zapalenie.

- 4) nowotworzenia (nowotwory).
- 5) pasorzyty zwierzęce i roślinne u człowieka.
- 6) potworności.

Dzieło to ozdobione jest 118 drzeworytami pomieszczonemi w tekście i po większej części bardzo wyraźnie odbitemi. — Tłumaczenie dokonane jest bardzo starannie i czyta się jak dzieło oryginalne, czego rękojmię daje zresztą nazwisko tłumacza.

Dzieło to — jak każde wreszcie wzbogacające naszą ubogą literaturę — jest bardzo na czasie — i znowu pewną jej lukę wypełni. Oprócz bowiem ogólnej również części pat. anatomii dziekana Brodowskiego — nie posiadaliśmy dotąd żadnego podręcznika. — Szczegółowa za to część patologii stanowi niestety ciągle pium desiderium.

Ze względów czysto praktycznych pozwolimy sobie na pytanie, czyby nie korzystniej było wydać właśnie część szczegółową — książka miała być z pewnością większy pokup — a z drugiej strony spełniła by więcej palący brak.

— **Uroczystość 50-letniego jubileuszu prof. Szokalskiego** wyznaczoną została na dzień 25 b. m.

— **Pracownia higieniczna uniwersytetu warszawskiego.** Z przyjemnością zanotować nam wypada, że kierunek wykształcenia w higienie młodzieży uniwersyteckiej przyjął od pewnego czasu cechy praktyczne. Studenci pracują nad rozbiorami powietrza, wody etc., a nawet wykłady teoretyczne odbywają się w pracowni.

Ta ostatnia składa się z dwóch pokoi; większy służy dla zajęć praktycznych ze studentami, mniejszy — jako audytorjum i gabinet dla profesora. Zasiób narzędzi jest spory, lubo jeszcze nie jedno do życzenia pozostawia, co jest bardzo naturalnem w instytucji młodej.

— **Szpital Dzieciątka Jezus** otrzyma w b. krótkim czasie dwa piece do palenia opatrunków i t. p., systemu p. Świecianowskiego. **Pomocnikiem lekarza naczelnego** w tymże szpitalu został zatwierdzony przez ministerjum b. lekarz naczelną szpitala Wolskiego, Dr. Dorantowicz.

— **Pamiętnik towarzystwa lekarskiego.** Trzeci zeszyt r. b. świeżo opuścił prasę. Zawiera on dwie prace donioślejszej treści, a mianowicie: „Mikroskopija i mikrochemija płwociny”, Od. Bujwida i „O stosunkach fizjologicznych naczyń krwionośnych powiek do naczyń mięśnia podnoszącego powiekę górną”, przez prof. Wolfringa.

Pierwsza praca przedewszystkiem zasługuje na uwagę jako streszczenie najnowszych zdobyczy w dziedzinie diagnostyki chorób podług własności płwociny. — Wyłożona tu jest praktycznie nauka o badaniu płwociny począwszy od najgrubszych szczegółów techniki badania. Dla praktyków więc, zważywszy tem bardziej brak odpowiednich

źródeł w literaturze naszej, praca p. Bujwida może oddać nie małe usługi, do czego przyczyniają się i wyborne tablice chromolitografowane w ilości sześciu, wykończone niezmiernie starannie i obejmujące 63 obrazy mlkroskopowe. Praca zasługuje na wydanie oddzielne.

Oprócz powyższych prac znajduje się Uchwała towarzystwa lekarskiego dotycząca środków, które, zdaniem towarzystwa, przedsięwzięte być winny na wypadek cholery. Wreszcie dodany został szkic do projektu zakładu gimnastyczno-leczniczego w Warszawie, przez p. budowniczego Goebela.

— **O przypadku promieniowca** w Warszawie wspomina „Medycyna” (Nr. 40 r. b.). Bliższych szczegółów nie podano; tylko płeć pacjentki, wiek (średni), stara (zamożna) i objaw — mnóstwo ropni. Ciekawy byłby bardziej szczegółowy opis wypadku.

— **Z Akademii medyko - chirurgicznej w Petersburgu.** Dr. Jastrebow, który jest kandydatem na profesora akuszeryi w Warszawie (jak to oddawna głoszą dzienniki) miał próbny wykład na zebraniu konferencji, w celu uzyskania stopnia docenta.

— **Ilość lekarzy wojskowych** w Rosyi wynosiła, według „Russkoj Medycyny” przed 1-ym styczniem r. b. 2797, weterynarzy wojskowych 281, farmaceutów 252, felczerów 7119, felczerów weterynaryjnych—1153.

— Stan lekarski w Niemczech żywo zainteresował się niżej podaną sprawą pewnego lekarza, która ze względu na pobudki, jakimi kierował się sąd przy stawianiu wyroku, zyskuje szersze znaczenie i będzie przeto i dla nas nieobojętną.

Lekarz N. leczył chorego z raną kłótą, zadaną nożem, bez stosowania środków przeciwnilnych.— Chory zmarł na gnilne zakażenie krwi. Leczący został pociągnięty do odpowiedzialności, jako winowajca śmierci z powodu zaniedbania antyseptyki chorego, a to na podstawie, **że praktyczny lekarz musi stać na tyle na poziomie nauki, że powinien znać nowe prawidła sztuki lekarskiej, uznane przez postęp nauki, i takowe stosować.**

Podsądny zaznaczał w apelacji, że zna dawny sposób opatrywania ran, którego go nauczone i który sam przez wieloletnią praktykę wypróbował, że zaś metody przeciwnilnej, będącej jeszcze w okresie doświadczeń, nie używał wcale. Senat odrzucił apelację i potwierdził wyrok w jego pierwotnej postaci.

Podobne osądzenie postępowania lekarza jest poprostu gwałceniem praw jego i może szkodliwie wpłynąć na całą działalność lekarzy. Ustanawianie urzędowych dogmatów (o trwałości których uczy najlepší historija medycyny), chociażby w danym czasie powszechnie przyjętych, krępowała by zupeł-

nie swobodę w postępowaniu lekarza, swobodę naturalną ze względu na brak absolutnych pewników w naszej nauce, której nie można porównać pod tym względem np. z matematyką, i konieczną ze względu na indywidualność chorego.

W danym przypadku antyseptyka, ma co prawnie uznanie powszechne, antyseptyki nie należy jednak identyfikować z sposobem opatrywania ran podanym przez Listera. Szereg środków przeciwnilnych ciągle się zwiększa, gdy jeden chwali karbol, drugi widzi lepsze wyniki od naftolu, lub sublimatu. Tak zachwalany niedawno spray zarzucił sam jego wynalazca, Lister.

W r. 1881 na zebraniu lekarzy w Kassel, obradowano nad wnioskiem, czy metoda przeciwnilna nie powinna być koniecznie obowiązującą w chirurgii i akuszeryi. Wniosek upadł, głównie z powodu oświadczenia się przeciw niemu prof. chirurgii Bardeleben. Uczony ten zaznaczał nie możność ustanowienia jakichś obowiązujących przepisów, z przyczyny, że dogmaty podobne nigdy nie będą długotrwałymi w medycynie, która, jak powiedział Magendi „a travers les siècles chancelant d'erreur en erreur, alors quelle croyait avancer”.

Nie pilnowanie obowiązujących urzędowych przepisów, ale sumienna działalność każdego z osobna, a gruntowne przygotowanie i sumienne aprobowanie lekarzy w ogóle—mogą być rękojmią pożytku i postępu medycyny. (*D. Med. Zeit.*—81).

— **Szał kwarantannowy.** Dr. Aitken, z Rzymu opisuje pod powyższym tytułem wpływ lekarzy na zastosowanie środków kwarantannowych we Włoszech, środków które nic dobrego, a wiele złego zrobily.

Profesor Bacelli pierwszy nastawał na urządzenie kordonu od granicy francuskiej skoro tylko pierwsze wiadomości doszły o cholery w Tulonie. Najwyższa Rada sanitarna Królestwa poradziła to samo, „a rada ta, z przykrością nadmieniam—tak pisze Dr. Aitken,—składa się przeważnie z medyków”.—Do rady tej w liczbie innych należą profesorowie: Mazzoni (chirurg) i Moleschot (fizjolog) Minister odpowiedzialny ma też dostateczne tłumaczenie w opinii ciała sanitarnego w obec prasy publicznej, która gwałtem domagała się zdjęcia kordonu, dziś jeszcze otaczającego Specyę. Z powag naukowych jeden tylko Tomasi-Crudeli, profesor higieny w Rzymie oponował przeciwko kwarantannom, ale głos jego nie zwrócił na się niczyjej uwagi, dopóki wybuch cholery w Specyi i w Neapolu, nie dowiódł bezskuteczności przedsięwziętych środków. Zresztą, Sycylia i Sardynia do dziś dnia odcięte są od reszty Włoch, a w większości miast odbywają się jeszcze, jak je nazywa korespondent—głupie okadzania drażniące organa oddechowe.

(*The Brit. Med. Journ.* 1242—1884).

— **Wskazówki oficjalne medycznego de-**

partamentu w Anglii na wypadek cholery wydane zostały niedawno. Zredagowane są one krótko i zdaje się, że pod względem racjonalności przewyższają inne elaboraty. Główna uwaga zwróconą jest na czystość wody i na nadzór nad wszelką nieczystością, mogącą zarażać powietrze mieszkań. O każdym wypadku chorobowych objawów ze strony przewodu pokarmowego, chory zawiadamiać winien niezwłocznie lekarza. Niektóre ważniejsze środki w tych razach wskazane znajdować się powinny w każdym domu.

— Dr Dupouy, redaktor „*Moniteur de la polyclinique*” opowiada, co następuje,—młoda dama, która cierpiała przez dwa lata na ciężką postać macinicy i leżała na klinice prof. Chrcot, obecnie względnie zdrowa przybyła do D. w jakimś interesie. W chwili, gdy już zabrała się do wyjścia, D utkwiał w niej wzrok na chwilę—chcąc ją uspić.—Chora zrazu się opierała — ale po chwili zamknęła oczy i siadła. Potem na rozkaz D. wykonywała pewne ruchy i dawała odpowiedzi na zapytania, wreszcie D. kazał jej pisać, dyktując jej.—Chora siadła i napisała: „Oto jest mój testament Darowuję całe moje mienie i ciało moje, po śmierci, Doktorowi Dupouy. — Nazwisko i adres”.—Paryż 9 września 1884.

D. zwraca uwagę na ważność tego faktu przy osądzeniu sądowo-lekarskiem czynności osób hipnotyzowanych, do których mogą one być pobudzane w celach przestępczych. (*D. Med. Zcit.*—81).

— Jak dalece należy być ostrożnym przy opatrywaniu chorych na dyfteryję pokazuje następny fakt, podany przez gazetę: „*Russkaja Medicina*”.—W Moskwie zmarł na dyfteryję młody lekarz Gusssew; zaraził się on badając dziecko, chore na dyfteryję, które krztusząc się, opluło mu przypadkiem twarz jadawitą wydzieliną. Pomimo natychmiastowego starannego obmycia — jeszcze tego samego dnia zjawiała się gorączka, a nieco później rozwinęła się straszna choroba, która w trzy dni położyła kres młodemu i szlachetnemu życiu.

— Pod nazwą „*suggestion*” nazywają we Francji możliwość zupełnego owdładnięcia wolą jednego osobnika przez drugiego. U hysteryczek i osób hipnotyzowanych zjawisko to spostrzegano i wywoływano b. często. Obecnie Richet opisuje, że udało mu się wywołać taki stan u osoby zupełnie zdrowej; jest to kobieta inteligentna lat 40 — bez śladu zbroceń macinicznych. Richet kładzie jej w rękę jakikolwiek przedmiot i mówi: „Pani nie otwory ręki”. Pomimo wszelkich usiłowań kobieta nie może rzeczywiście wypuścić trzymanego przedmiotu.—Wyciągnąwszy rękę ku niej Richet przesuwa ją to w prawą to w lewą stronę—osoba traci równowagę

i pada we wskazanym kierunku. Dalej R. wmawia w nią, że nie może rachować dalej, jak do dziesięciu—i wzmiankowana osoba nie może liczyć po tą tę cyfrę. Następnie zabrania jej grać — oprócz jednej pewnej melodi — osoba siada do fortepianu gra—ale ciągle wraca do powiedzianej melodi.

(*Gaz. de Hopit. Nr. 119*).

— W n-rze 119—*Gaz. de Hop.* czytamy—„*La-borde*—porównywał digitalinę wyrobu francuzkiego i niemieckiego i doszedł do wniosku, że ostatnia o wiele ustępuje pierwszej. Podczas gdy charakterystyczny odczyn (szmaragdowe zabarwienie po dodaniu kwasu solnego) w roztworach francuzkiej digitaliny występuje natychmiast—w niemieckiej nie ma go wcale. Podobnie i objawy na zwierzętach występują daleko prędzej i silniej przy użyciu środka francuzkiego niż niemieckiego“.

Dobrze by było, gdyby dobobne porównawcze robione były i przez uaszych materyjalistów i aptekarzy i gdyby niemi kierowano się przy sprowadzaniu środków lekarskich z zagranicy.

— Nadestano do redakcyi:

Dr. F. V. Birch-Hirschfeld: Wykład Anatomii patologicznej część ogólna.—Przełożył Dr. W. Mayzel.

— „*Wszechświat*” Nr. 41 z d: 12-go października 1884 r. Treść: Osuszenie kopalń olkuskich skreślił Bronisław Jasiński.—Rozkład materyi organicznej przez żyłtka pyłkowe, skreślił Józef Natanson.—Ostatni rok podróży po Ekwadorze przez J. Sztolcmana (ciąg dalszy).—*Kronika naukowa.*—Książki i broszury nadesłane do Redakcyi *Wszechświata.*—*Kalendarzyk bijograficzny.*—*Ogłoszenia.*

Nekrologija.

W dniu 12-ym b. m. odbył się tu pogrzeb zmarłego w Krakowie dnia 5-go b. m. Edwarda Klinka, ordynatora szpitala Ś-go Łazarza. Ś. p. Klink był jednym z najzdolniejszych syfilidologów polskich autorem licznych prac klinicznych. Nadto był jednym z czynniejszych członków towarzystwa lekarskiego, a niegdyś redaktorem *Pamiętnika Towarzystwa*, któremu nadał postać poważną, jaką teraz to pismo przedstawia. Staraniom nieboszczyka zawdzięczamy też wspaniałe wydanie dzieła *Oczki „o przymiocie i cieplicach“*. Równie czynnym był on współpracownikiem *Gazety lekarskiej*, a wreszcie powszechnie lubianym kolegą; zastępując więc na to, aby powiedzieć o nim: „Cześć pamięci jego!”