

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

1. **BARIE. O bezwładach pochodzenia kiskowego.** Contribution a l'histoire des paralysies d'origine intestinale (*Arch. gén. de méd. Nov. i Dec. 1881*).

Od kilku lat klinicyści zaczęli zwracać uwagę na zależność (w niektórych wypadkach) zaburzeń ruchu w pewnych częściach ciała od chorobowego drażnienia nerwów obwodowych. To drażnienie przenosi się za pośrednictwem nerwu na rdzeń kręgowy i wywołuje w nim zmiany (czynnościowe lub anatomiczne), będące bezpośrednią przyczyną bezwładów. Najczęściej tego rodzaju bezwłady powstają wskutek chorobowego drażnienia nerwów kończyn (amputacje, choroby stawów, uderzenia), jednak w literaturze są opisane wypadki, w których wtórne bezwłady występowały wskutek chorób organów płciowych (Lallemand, Ollivier d'Angers), wskutek chorobowych zmian w organach moczowych (Stanley, Rayer, Charcot), wskutek przemywań worka opłucnej drażniącymi płynami (Lepine, Raynaud), wskutek zapalenia płuc (Pidoux, Lepine), jakoteż wskutek rozmaitych zaburzeń w przewodzie pokarmowym. Jako niewątpliwy dowód możliwości powstawania bezwładów wtórnych wskutek tej ostatniej przyczyny, autor przytacza trzy swoje spostrzeżenia, w których podczas przebiegu biegunki występowały bezwłady mięśni kończyn i tułowia.

W pierwszym opisywanym przez autora wypadku uległy bezwładowi kończyny dolne i górne, mięśnie karku i mięśnie przedniej ściany brzucha; w drugim wystąpiła pareza kończyn dolnych, w trzecim zaś paraplegija.

W tych trzech wypadkach autor widzi ścisłą zależność bezwładów kończyn od biegunki, ponieważ nie można było wykryć żadnej innej przyczyny, ponieważ one powstały w przebiegu biegunki i ponieważ wskutek odpowiedniego leczenia jednocześnie z nią znikaly.

Bezwłady pochodzenia kiskowego były już znane Avicennie, FRANCK nazywał je paraliżami „ex colicis et dysenteriiis.“

Przy chorobach zakaźnych, dotyczących przedewszystkiem kiszek i wywołujących w nich ciężkie zmiany (tyfus, dysenterija, cholera), bezwłady wtórne są objawem dość często występującym. Dla tego też znajdujemy w literaturze liczne i dokładne opisy tego rodzaju bezwładów. Lecz i mniej ciężkie zmiany w kiskach, poprostu zaburzenia czynnościowe błony śluzowej, albo też drażnienie jej przez ciało obce (robaki) mogą również stać się przyczyną tych wtórnych bezwładów.

*Ogólne cechy bezwładów pochodzenia kiskowego.* Najczęściej bywa napotykaną paraplegia; wszelako w niektórych wypadkach obserwowano bezwład jednostronny, a w wypadku FULLER'A bezwład był skrzyżowany (l'hemiplegie croisée). Rzadko ruch zupełnie bywa zniesiony. W niektórych wypadkach bezwład dotyka nie tylko kończyny lecz i mięśnie tułowia, oka, karku i brzucha. Twarz i język również mogą być ubezwładnione; pęcherz moczowy niekiedy ulega niezupełnemu bezwładowi. Często obok zaburzeń w ruchu występują: zmiany czucia, skurcze, bóle mięśniowe, oziębienie odpowiednich części ciała. Rokowanie po największej części pomyślne. Czas trwania bezwładów zazwyczaj bardzo krótki. Po-



czątek choroby jest powolny, stopniowy. Chorzy czują w kończynach początkowo ociążałość, następnie osłabienie, które stopniowo się wzmacnia i przechodzi w zupełny bezwład. Kurczliwość elektro-mięśniowa jest często zachowaną, w innych razach staje się ona słabszą lub powolniejszą. Cucie może być prawidłowe. Podczas przebiegu choroby stan ogólny zazwyczaj bywa bezgorączkowy.

A. *Bezwładny wtórny wskutek obecności robaków w kiszkiach.* Bywają wypadki, że robaki kiszki powodują ciężkie przypadłości nerwowe jak: zaburzenia w organach zmysłów, zéz, drgawki padaczkowate lub płasawicowate, zaburzenia w sferze psychicznej, bezwładny i t. p. Wypadki bezwładny wskutek obecności robaków w kiszkiach były szczegółowo opisane przez MÖNNICH'A (strabismus, paraplegia), GIBSON'A (paraplegia), FULLER'A (bezwładny prawego ramienia i lewej kończyny dolnej), WINTRICH'A (paresis kończyn dolnych). W innych razach obserwowano nie bezwładny lecz brak koordynacji w ruchach, rodzaj bezładny (ataxia) ruchowego. Tego ostatniego rodzaju wypadki szczegółowo opisał TOPINARD. We wszystkich tych wypadkach po wydaleniu robaków z kanału kiszki nastąpiło zupełne wyleczenie.

B. *Bezwładny wskutek czynnościowych zaburzeń błony śluzowej kiszki.*

I. *Niestrawność żołądko-kiszkiowa, zaparcie stolca.* Nie mogąc w tym względzie przytoczyć własnych obserwacji, autor podaje w streszczeniu opis wypadków TROUSSEAU (hemiplegia), PIDOUX (hemiplegia), ABERNETHY'EGO (paraplegia—paraplegia z następczym bezwładnym kończyn górných — monoplegia), ZABRISKIE (hemiplegia sinistra), WADDEL'A (paraplegia), PALMER'A (hemiplegia), DUFFEILLAYA (hemiplegia sinistra). We wszystkich tych wypadkach przyjęcie związku niestrawności i zaparcia stolca z bezwładnymi było o tyle uzasadnione, o ile po użyciu odpowiednich środków przeciwko niestrawno-

ści i zaparciu, bezwładny ustępowały, czasowo lub trwale, zależnie od czasowej lub trwałej poprawy czynności przewodu pokarmowego, i o ile opisywani chorzy nie przedstawiali innych momentów, mogących na inną drogę wytłumaczyć sposób powstawania tych bezwładny.

II. *Nieżyty kiszki.* Prócz trzech obserwacji szczegółowo opisanych, przytacza autor w streszczeniu wypadki następujące: HOFFMANN'A (paraplegia c. incontinentia urinae), ZABRISKIE (paraplegia c. paralysi sphincterum vesicae et recti — paraplegia), BAUDIN'A (paraplegia), HERVIER'A (paraplegia — hemiplegia, paraplegia jako następstwo nadużycia środków rozwalniających), w których to wypadkach bezwładny niewątpliwie zależały od nieżyty kiszki.

Bezwładny powyższe, zarówno jak i bezwładny powstałe wskutek chorób organów płciowych lub moczowych, są od czasów GRAVES'A nazywane „bezwładnymi odruchowemi“. Według autora jest to nazwa niewłaściwa, gdyż nie ma tutaj wcale odruchu, niema ruchowej czynności nerwu lub mięśnia. Chorobowe drażnienie oczywiście może dojść do rdzenia, ale drażnienie to wywołuje w tych razach nie ruch lecz przeciwnie bezwładny.

Wytłumaczenie sposobu powstawania powyższych bezwładny jest dotychczas kwestyją sporną. BROWN SÉQUARD sądził, że pod wpływem obwodowego drażnienia, naczynia rdzenia kurczą się, wskutek czego następuje bezwładny. JACCOUD tłumaczył sposób powstawania tych bezwładny za pomocą teorii wyczerpania nerwowego. Według niego, obwodowe pobudzenie, doszedłszy do rdzenia za pomocą nerwów czuciowych, wywołuje początkowo wzmożenie pobudliwości rdzenia kręgowego, lecz wskutek ciągłego trwania chorobotwórczej przyczyny, pobudliwość ta wyczerpuje się w miejscu odpowiadającym organowi choremu i powstają bezwładny we wszystkich częściach leżących poniżej tego miejsca. GULL sądził, iż drażnienie za-



palne części obwodowych rozprzestrzenia się na spłoty naczyń rdzenia i opon rdzeniowych za pośrednictwem żył; lecz według GULL'A powstawanie niektórych tylko wypadków bezwładów wtórnych można w ten sposób wytłómaczyć. Obecnie powszechnie jest przyjętym poglądem, iż pobudzenia obwodowe rozprzestrzeniają się za pomocą pni nerwowych (LEYDEN, CHARCOT). Co się specjalnie tyczy bezwładów pochodzenia kiszki, to wiadomości anatomiczne są bardzo ograniczone. NAMIAS opisał zanik centralny rdzenia, jako zmianę wtórną zależną od przewlekłego nieżytu kiszki. HOFFMANN w podobnym wypadku znalazł w części grzbietowej rdzenia, ognisko zapalne (myelitis), ONGLE zaś skonstatował przekrwienie rdzenia. W innych trzech wypadkach, które autor w streszczeniu przytacza i w których było robione pośmiertne badanie, ośrodki nerwowe okazały się (makroskopijnie) zdrowymi. W wypadku ZABRISKIE pnie nerwowe uległy zanikowi. W LEYDEN'A wypadku bezwładzie *wskutek dysenterji*, było zapalenie spłotu nerwowego lędźwio-krzyżowego i zapalenie części grzbietowo-lędźwiowej rdzenia kręgowego. B. nie poczytuje za dowiedzione, żeby sprawa chorobowa kiszki rozprzestrzeniała się w nerwach i dochodziła w ten sposób do rdzenia kręgowego, lecz że ona wywołuje w rdzeniu zmiany czynnościowe i że zmiany anatomiczne rdzenia w niektórych daleko rzadszych wypadkach znajduwane, powstają prawdopodobnie wskutek działania *à distance* niż wskutek rozprzestrzeniania się zapalenia wzdłuż nerwów dośrodkowych.

*Rejchman.*

2. G. M. BEARD. **Nervous Exhaustion (Neurasthenia).** *New-York. (w tłumaczeniu niemieckim NEISSER'A p. n. Nervenschwäche, ihre Symptome, Natur etc. Leipzig 1881).*

Mianem „osłabienia nerwów“ (neurasthenia) BEARD nazywa szereg zaburzeń funkcjonalnych w układzie nerwowym,

mających swe źródło w nadmiernym zużyciu tkanki nerwowej i ztąd wynikającej mniejszej odporności nerwów na wpływy zewnętrzne, przyczem tak ośrodki nerwowe jak i włókna obwodowe nie podlegają żadnym zmianom anatomicznym widocznym. Życie gorączkowe XIX wieku, troski, zawiedzione nadzieje, zmartwienia, nadmierna praca umysłowa — wytworzyły tę chorobę zupełnie dawniej nieznaną. Objawy towarzyszące osłabieniu nerwów są tak różnorodne i występują w tak licznych kombinacjach, że niepodobna uporządkować ich w pewne określone grupy; raz występują w nerwach głowy, to znowu w nerwach serca lub płuc, wreszcie w nerwach jamy brzusznej, albo w całym układzie nerwowym. Objawy neurasthenii najczęściej pojawiają się w formie napadów mniej więcej długo trwających, a które ściśle odróżnić należy od napadów macinnicy i padaczki.

Do czasów ostatnich panował zamęt w pojęciach o tej chorobie i najróżnorodniejsze nazwy istniały dla pewnej grupy zbroczeń nerwowych pod taką podciągnąć się dających. Mówiono o osłabieniu ogólnym, wyniszczeniu nerwowym, podrażnieniu mleczka pacierzowego (irritatio spinalis), podrażnieniu mózgo-rdzeniowym, osłabieniu nerwowym, przekrwieniu, niedokrewności mózgu i mleczka pacierzowego i t. d. i t. d., nie zdając sobie ściśle sprawy z danego cierpienia. Dla tego też należy się autorowi uznanie za to, że uporządkował te pojęcia i opracował dokładnie symptomatologię; aczkolwiek nie BEARD pierwszy, a już wcześniej JACCOUD w swjej Patologii wewnętrznej (*Traité de Pathologie Interne, 5-me édition, 1877. T. I. p. 500*) dość szczegółowo opisał to cierpienie p. n. „*Irritation cérébro-spinale, ou névropathie cérébro-cardiaque.*“

Objawy, jakie przy osłabieniu nerwów spotkać można pojedynczo lub po kilka u jednej osoby, podług BEARD'A są



następujące: Irritatio cerebrealis, wytwarzająca wrażliwość skóry głowy na dotyk, dochodzącą do silnego bólu, często już za dotknięciem włosów. Irritatio cerebrealis umiejscowioną być może na całej powierzchni głowy, lub też ogranicza się do pewnych miejsc (ciemie, czoło). Niekiedy ucisk silniejszy zmniejsza nadczułość skóry głowy.

Migrena i inne postaci bólu głowy; uczucie próżni w głowie. Żrenice rozszerzone, niekiedy nierówne. Asthenopia, amblyopia bez zmian obiektywnych w oku. Oczy niekiedy bywają wrażliwe na ucisk. Mouches volantes. Zastój żylny w łącznicy. Szum w uszach. Trudność zebrania myśli przy czytaniu, pisaniu, w rozmowie: umysł chorego odrywa się od zajęcia, bawiąc się czczym marzeniem.

Niepokój i obawa w najróżnorodniejszych postaciach i tak: obawa przestrzeni (topophobia i jej gatunki: agoraphobia i claustrophobia), obawa piorunu (astrophobia), unikanie towarzystwa (anthropophobia), obawa pozostania samemu (monophobia), obawa choroby (pathophobia seu hypochondria), obawa strachu (phobophobia) i t. p. Podług BEARD'A uczucie niepokoju i obawy jest ważną wskazówką rozpoznawczą, gdyż takowe nigdy nie spotyka się przy cierpieniach organicznych układu nerwowego; u obłąkanych zaś uczucie obawy występuje razem z omamieniami zmysłowymi (hallucynacje). Zawrót głowy niekiedy towarzyszy uczuciu obawy.

Bezsensowność w pewnych godzinach; choroby z trudnością zasypia, ale śpi twardo. W innych razach spotyka się sensowność.

Ból zębów i dziąseł bez zmian chorobowych w tych narządach. Zęby u neurasteników w ogóle łatwo się psują.

Irritatio spinalis, bolesność na ucisk kolumny kręgowej. Ogólna nadczułość, ból nóg (podalgia), mrowienie i t. p. Dyspepsja nerwowa, najdokuczliwsza najczęściej, a ustępująca często po jedzeniu. Zmniejszenie pragnienia.

Bicie serca, tętno nierówne, niekiedy z przestankami. Czasami napad bicia serca dochodzi do dusznicy bolesnej.

Raptowne drgania kurczowe kończyny lub całego ciała przy zasypianiu.

Dziwna idiosynkrazyja co do pewnych lekarstw i pewnych pokarmów. Czułość na zmiany pogody, miejscowe znieczulenia, swędzenie, uczucie zimna, newralgie przelotne, porażenia łatwo ustępujące, częste poziewanie.

Pollutiones, spermatorrhoea, impotentia virilis. W moczu nadmiar szczawianów i fosforanów.

Niekiedy objawy występują tylko po jednej stronie (Hemineurasthenia).

Co do ogólnego wyglądu, chorzy na osłabienie nerwów zwykle przedstawiają się ze skórą suchą (z wyjątkiem dłoni i podeszew—hyperidrosis palmaris et plantaris), cienką, miękką, przez którą przeświecają naczynia krwionośne. Układ krwionośny neurasteników nie łatwo podlega zmianom starczym, również i skóra, która dla tego bywa gładką i nie pokrywa się zmarszczkami. Neurastenicy też późno się starzeją i żyją w ogóle długo, a zmiany atmosferyczne znoszą łatwiej od flegmatyków i sangwiników.

Nurasthenia napada osoby każdej kompleksji, w wieku życia płciowego (15—50—60 lat), co by dowodziło związku tej choroby z zaburzeniami w narządach płciowych.

*Rozpoznanie.* Od chorób organicznych układu nerwowego, neurasthenia różni się tym: że posiada objawy sobie tylko właściwe (swędzenie, nadczułość głowy, dziąseł, zmienione tętno bez zmian w sercu, idiosynkrazyje, uczucie strachu bez hallucynacji i t. d.); że objawy jej nie bywają nigdy stałe, lecz przeciwnie bardzo zmienne; wreszcie, pobudzalność odruchowa w neurasthenii bywa zwiększoną.

Od niedokrewności różni się tym, że części składowe krwi mogą być normalne, nawet chorzy mogą być pełnokrwisci; dalej, występuje zwykle przy uspo-



sobieniu „nerwowém,” tymczasem anemii zdarza się przy różnych diatezach i często polega na zmianach organicznych. Zmęczenie w neurastenii występuje bez przyczyny i zajęcia umysłowe więcej niż jak praca fizyczna. Anemia leczy się żelazem, a neurastenia środkami działającymi na układ nerwowy (elektryczność, cynk, strychnina, tłuszcze).

Od hysterii różni się: brakiem objawów kurczowych, brakiem globi hysterici, anestezji glottidis, brakiem nadczułości jajników; dalej objawy neurastenii bywają nie tak gwałtowne, chorobie podlegają i mężczyźni.

Od przymiotu, który w podobnej postaci występować może, różni się przebiegiem i rozpoznana być może *ex juvantibus*.

Odróżnienie encephalasthenii (cerebrasthenia) od myelasthenii bywa łatwe, gdyż w pierwszej spotykamy objawy ze strony mózgu i choroby czują potrzebę ruchu, w drugiej zaś występują objawy ze strony mleczka i nerwów z niego początek biorących, przyczem ruchy wszelkie bywają utrudnione i szkodzą choremu.

Choroby następne mogą być: melancholia, hysteryja, newralgije, alkoholizm, mekonizm, mogigraphia, sonambulizm, katalipsja, morbus Basedowii i inne.

*Rokowanie* w ogóle pomyślne, lecz choroba łatwo powraca.

*Leczenie.* BEARD zaleca dyjetę wzmacniającą i używanie tłuszców; zabrania pokarmów zawierających mączkę i cukier. Spokój w myelasthenii, ruch w encephalasthenii. Zajęcia umysłowe bywają pożyteczne. Ze środków aptecznych przepisuje ergotynę przy przekrwieniu ośrodków nerwowych i nasieniotołu. Poleca także: arsenik, konopie indyjskie, kofeinę. Jako środki kojące przepisuje: cynk, brom, kozłek (valeriana). Prócz tego używa: strychninę, kwasy mineralne, tran rybi, kumys, makowiec w małych dawkach. Zakazuje użycia chloralu, który sam

wywołać może neurastenię. Pożytecznym bywa, według autora, stosowanie elektryczności i masażu. *Ignacy Maresz.*

3. A. COOMIS. **Przyczyny śmierci w zapaleniu płuc.** *Des causes de la mort dans la pneumonie (Union medicale 1881, Nr. 124).*

Autor wyprowadza swe wnioski na podstawie 206 wypadków. Z punktu widzenia anatomicznego odróżnia on 3 rodzaje zapalenia płuc: 1) Pneum. lobaris, 2) Pleuropneumonia, w której zapalenie opłucnej poprzedza zapalenie płuc, 3) Bronchopneumonia, gdzie choroba zaczyna się od oskrzeli. W klinice podział taki nie zawsze da się z łatwością uskuteczyć.

Przeciętna śmiertelność przy zapaleniu płuc wynosi 20%. Najczęściej znajdujemy przy oględzinach obrzęk płuc oraz skrzepy włóknikowe w sercu. Pytanie, czy one właśnie stanowią przyczynę śmierci, czy też, jak utrzymuje JURGENSON, istnieją tu inne jeszcze warunki? Powikłania mają tu nader ważne znaczenie, powodują bowiem zbytne osłabienie czynności serca, które wedle jednych polega na krzepnięciu krwi w prawej komórce i utrudnieniu małego krążenia, podług innych—na zwyrodnieniu włókien mięśniowych serca skutkiem podwyższonej ciepłoty. Ponieważ jednak to ostatnie rzadko u trupów napotykamy, zatem musimy przyjąć inną przyczynę śmierci, a tą prawdopodobnie są zaburzenia czynności ośrodków nerwowych.

Cały przebieg kliniczny zapalenia płuc dowodzi, iż choroba ta nie jest czysto miejscową lecz ogólną, mającą związek z chorobami zakaźnymi; wpływ miazmatyczny nie ulega wątpieniu. Etiologija jej ma niejaki podobieństwo z powstawaniem dyfterytu i zapalenia epidemicznego opon mózgowych, lubo z drugiej strony w zapaleniu płuc nie ma wcale okresu zwiastunego. Krew ulegając rozkładowi, działa trująco na rdzeń kręgowy i węzły nerwowe serca; to nam tłumaczy częste zaburzenia ze strony ostatniego i znie-



wala do bacznego zwracania uwagi na ton serca i rodzaj tętna.

Celem zwalczania niebezpieczeństwa ze strony serca, autor radzi w początku uśmierzać jego czynność zastrzykiwaniami podskórnymi morfiny, którą w późniejszych okresach należy stosować ostrożniej z powodu możliwego porażenia oskrzeli i utrudnionego tym sposobem wydalenia ich zawartości. *Henryk Pacanowski.*

4. Dr. Richard FLEISCHER. **Nowa postać hemoglobinuryi u człowieka.** *Ueber eine neue Form von Haemoglobinurie beim Menschen (Berl. kl. Woch. Nr. 47, 1881).*

W Nr. 9 naszego pisma z roku zeszłego podaliśmy w streszczeniu odnośną pracę MESNETA, umieszczoną w *Bull. de l'Acad. de Med.* z 15 Marca 1881, dotyczącą hemoglobinuryi à frigore.

Pierwsi na tę chorobę zwrócili uwagę angielscy, po nich dopiero zajęli się nią lekarze niemieccy. ROSENBACH uważa cierpienie nerek za pierwotne, LICHTHEIM i KÜSSNER zaś sądzą przeciwnie, iż pierwotny rozpad krążków odbywa się we krwi, co dopiero następczo powoduje podrażnienie nerek. BOLLINGER i SIEDAMGROZKY przypuszczają powstawanie we krwi pod wpływem zimna pewnej substancji zakaźnej, która krążki rozkłada.

Obecnie autor przytacza ciekawy przypadek, w którym hemoglobinuryja powstała nie wskutek zimna, lecz jako następstwo *zmęczenia*. U owego osobnika po każdej przydłuższej (mniej więcej dwugodzinnéj) przechadzce, regularnie występowała w moczu hemoglobina, obok niewielkiej ilości białka. Nie było przytem nigdy ani gorączki, ani bólu w okolicy nerek, jak przy hemoglobinuryi à frigore. Żadne inne zmęczenia, (jak np. dwugodzinnie tłuczenie cukru, rąbanie drzewa), ani oziębianie ciała dłuższą zimną kąpielą, ani wreszcie obfite poty, lub napływy krwi do nerek przez wypicie 5 — 6 szklanek piwa, hemoglobinuryi nie powodowały.

Podczas trwającego kilka godzin napadu, chory wydzielał daleko mniej mocznika, niż zazwyczaj, co autor przypisuje raczej zmniejszonej assymilacji skutkiem braku łąknienia, nie zaś mniejszej przemianie materyi w organizmie.

Co wpływało na powstawanie hemoglobinuryi w opisanym przypadku, autor rozstrzygnąć nie jest w stanie; w każdym jednak razie, opierając się na braku morfotycznych pierwiastków w moczu, braku bólu w okolicy nerek, jednoczesnym pojawianiu się i znikaniu białka wraz z hemoglobina — przypuszcza on *pierwotne*, a nie następcze cierpienie krwi.

*Henryk Pacanowski.*

5. **Wczesne rozpoznawanie chronicznej formy choroby Brighta.** *The early diagnosis of chronic BRIGHT'S disease. (The Medical Record. November 26, 1881).*

Rzecz pod powyższym tytułem odczytał dr. T. A. M'BRIDE na posiedzeniu Nowojorskiej akademii lekarskiej dnia 3 Listopada z. r. Dla wczesnego rozpoznania powyższego cierpienia autor radzi zwrócić uwagę na następujące momenta:

1) *Wiek* (chroniczne cierpienie nerek występuje najczęściej po 30-tym roku życia)—*dziedziczność* objawiającą się w tej postaci że u wielu członków tej samej rodziny jednocześnie spotyka się chroniczne cierpienie nerek.

Nadto autor upatruje pewien związek pomiędzy tém cierpieniem i suchotami płucnymi t. j. że wielka ilość członków rodziny suchotniczej cierpi na chroniczne rozlane zapalenie nerek — inne *objawy podmiotowe* jako to: ból głowy, głuchota, niedoślep (amblyopia), duszność, upośledzenie trawienia, nudności, wymioty i t. d.

2) *Objawy przedmiotowe* jako to zmiany własności moczu, powiększone ciśnienie w tętnicach (temporalis i radialis), chorobliwe zmiany w naczyniach krwionośnych (endarteritis chronica), przerost serca.

3) *Cierpienia towarzyszące lub też wi-*



kładające chroniczne zapalenie nerek, jak np. zapalenie płuc występujące później niż w 50-tym roku życia, wylew krwi do mózgu u osób starszych nad lat 50, który bardzo często spotyka się przy nerce zanikowej, zapalenie otrzewnej gdy brak innych momentów przyczynowych. Nadto zapalenie osierdzia, opłucnej i marskość wątroby.

4) Cierpienia, które są zdolne następczo wywołać chroniczne zapalenie nerek. Do takich zalicza autor i chroniczne zaburzenia w trawieniu, którym towarzyszy zwykle przeciążenie krwi moczanami.

5) Warunki w jakich się chory znajdował poprzednio t. j. czy we krwi jego nie znajdowała się nadmierna ilość soli moczowych (lithaemia), czy nie było zatrucia ołowiem, czy nie przechodził przymiotu i nakoniec czy nie podlegał wpływom jakichkolwiek innych trucizn. Momenta wyliczone sub 4) i 5) zasługują na uwagę z tego względu, że autor w pracy swój wyraża przekonanie iż najczęściej chroniczne rozlane zapalenie nerek zarówno jak i cierpienia naczyń zostają wywołane przez krążenie we krwi i wydzielanie z niej pewnych wytworów chorobowych, t. j. że poprzedza pewnego rodzaju zakażenie krwi.

W rozprawach jakie się po przeczytaniu tej pracy wywiązały zasługują na zaznaczenie następujące głosy:

Dr. DALEFIELD zwrócił uwagę na fakt że często natężenie objawów klinicznych przy chronicznym zapaleniu nerek nie idzie w parze z rozmiarem zmian anatomopatologicznych. Często przy oględzinach pośmiertnych znajdujemy w nerkach bardzo nieznaczne zmiany, a jednak za życia istniały wszystkie objawy kliniczne cechujące chroniczne zapalenie nerek i vice versa. Z tego mówca dochodzi do wniosku, że kliniczne objawy nie zależą od samych zmian anatomicznych ale że z początku możemy mieć do czynienia tylko ze zmianami czynnościowymi (funkcjonalnymi) nerek.

Dr. W. H. WELCH głównie zwrócił uwagę na stronę anatomiczną danej kwestyi a mianowicie: Że co się tyczy przerostu serca lewego, to brak jego spotyka się nie tylko w tych razach gdy ogólne odżywianie chorego bardzo podupadło, ale także przy przerodzeniu mączkowym nerki i z tego względu moment ten ważnym jest dla różniczkowego rozpoznania białkomoczu zależnego od chronicznego zapalenia lub też od mączkowego zwyrodnienia nerek.—Co się tyczy zmian w naczyniach podczas choroby chronicznej BRIGHT'A to dr. W. wyraził zdanie, iż najczęściej spotyka się t. zw. endarteritis obliterans poprzedzająca często właściwe cierpienie. — Często niespodziane objawy z tej strony wskazują na właściwe cierpienie, nie dające dotychczas żadnych objawów klinicznych. Jako przykład może służyć wypadek spostrzegany przez dr. W. w którym nastąpiła śmierć przy wymiotach krwawych u chorego u którego dotychczas żadnego cierpienia nerek niepodejrzowano. Przy oględzinach pośmiertnych okazał się na błonie śluzowej żołądka otwór w kształcie szpary prowadzącej do niewielkiego tętniaka jednej z tętnic żołądkowych, który uległ pęknięciu. W nerkach znaleziono charakterystyczne zmiany formy zanikowej chronicznego zapalenia. Dr. W. przypuszcza, że wiele niejasnych wypadków objaśnićby można istnieniem takich prosówkowatych tętniaków (miliary aneurisms).

*Arnold Baurertz.*

6. LANCEREAUX. **Zapalenie nerek i stawów przy zatruciu ołowiem, związek tych cierpień i podobieństwo do podagry.** *Néphrite et arthrite saturnines, coincidence de ces affections; parallèle avec la néphrite et l'arthrite gouteuses. (Archives générales de médecine 1881 p. 641).*

Autor utrzymuje, że związek pomiędzy przewlekłym zatruciem organizmu ołowiem i zapaleniem nerek jest rzeczą dowiedzioną. Aby rozjaśnić możliwe wątpliwości przytacza szereg wypadków, któ-



re przyłączone do ogłoszonych przez autora poprzednio, mogą posłużyć do ugruntowania pojęcia o ważności chronicznego otrucia ołowiem, a z drugiej strony potwierdzają analogiję pomiędzy tém cierpieniem a podagrą. Podane przypadki, w liczbie 24, są mniej więcej do siebie podobne, tak pod względem objawów klinicznych, jak i co do zmian znajdujących przy sekcjach. Obserwowane osobniki są to po większej części malarze, malarze pokojowi, lakiernicy, farbiarze, rozcieracze farb, jeden zdun, jeden szlifierz kamieni.

Z objawów spostrzeganych w powyższych wypadkach jedne odnoszą się do zatrucia ołowiem, a dosięgając zwykle bardzo wysokiego stopnia świadczą, że zajęcie nerek przyłącza się tylko do przewlekłego zatrucia. Są to porażenia mięśni wyprostnych przedramienia, bóle w stawach, przypadłości podagryczne, niekiedy kolka ołowiana. Inne odnoszą się do nerek: obfite wydzielanie moczu (polyuria) zwłaszcza w nocy, małokrwistość, zmniejszenie siły mięśniowej, brak tchu przy chodzeniu, osłabienie wzroku, później dołączają się zjawiska uremiczne: silne i ciągle rozwolnienie, wymioty, ból głowy, drgawki, sen komatyczny. Puchlina bywa rzadko, zwykle w niewielkim stopniu, najczęściej zjawia się na powiekach, około kostek, rzadziej na kończynach dolnych, na tułowiu.

Białkomocz jest zjawiskiem częstym, chociaż niestałym. Ze zmian pośmiertnych jedne zależą od otrucia ołowiem, drugie od mocniczy. Pierwsze mają miejsce w mięśniach wyprostnych przedramienia i w rozgałęziających się w nich nerwach, dalej w nerkach, tętnicach i stawach. Drugie zajmują żołądek, kiszki—nie odróżniają się wcale od zmian spostrzeganych w ogóle przy chorobie BRIGHT'A. Nerki bywają zwykle zmniejszone, powierzchwnia zewnętrzna drobnoziarnista; istota korowa twarda, usiana nieznacznie wyniosłościami, grubość jej znacznie

jest mniejszą. Istota mięszysta niezmiennona. Zmiany drobnowidzowe przypominają obraz zapalenia śródmięszowego.

Zmiany te powtarzają się we wszystkich przypadkach, z różnicą tylko w natężeniu, a częstość ich przy zatruciu ołowiem wskazuje na pewien przyczynowy ich związek z długotrwałym działaniem ołowiu.

Ważnym bardzo zjawiskiem, mogącym posłużyć do odróżnienia tego rodzaju cierpienia nerek od innych, są charakterystyczne zmiany w stawach, towarzyszące prawie stale opisywanemu procesowi. Z liczby 24 przypadków zajęcie stawów miało miejsce w 7 i było pięć razy stwierdzone przez sekcję; raz jeden nie było go wcale, w pozostałych stawy nie były badane. Zmiany te polegają na nacieczeniu chrząstek przez kryształy moczanu sodu. Najczęściej bywają w stawach: śródstopowo-palcowych, napiętko-palcowych, napiętko-promieniowym, kolanowym, łokciowym. Powierzchnie stawów są białe zabarwione, jakby posypane mąką lub gipsem, przenikającemi w głąb. Faldy błony maziowej i ścięgna przedstawiają się podobnie. Na skrawkach drobnowidzowych, przeważnie w powierzchownych warstwach, można odróżnić kryształy igiełkowate, promienisto rozchodzące się z jednego miejsca, lub leżące nieprawidłowo. Rzadko bywa ich tyle, żeby mogły utworzyć guzy stawowe (*tophi*). Zmiany te są podobne do zmian obserwowanych przy podagrze, różnica zależy tylko od rozmaitego stopnia natężenia, jest ilościową, a nie jakościową.

Przyczyny tego procesu, podobnie jak w podagrze, szukać należy w zaburzeniach odżywiania, zależących od zmian w unerwieniu, spowodowanych szkodliwym wpływem ołowiu na organizm.

Autor widzi dwa wskazania przy leczeniu podobnych cierpień: 1) Ułatwienie wydzielania ołowiu z organizmu przez kąpiele, natryski, wycieranie skóry, wreszcie małe dawki jodku i bromku potasu i 2)



zwalczanie niedostatecznego wydzielania moczu przez działanie na kiszki, środki czyszczące, mleczną dyjetę, środki moczopędne.

O. Hewelke.

7. A. JOFFROY. **Leczenie pewnych cierpień stawów za pomocą elektryczności.** *Traitement de certaines arthropathies par l'électricité* (Arch. de Medecine Nov. 1881).

Autor stosuje od pewnego czasu strumień elektryczny przy cierpieniach stawów. Wyniki otrzymuje w części dodatnie a w części ujemne.

Zdaniem autora, elektroterapia przeciwwskazaną jest w ostrych chorobach stawów i przyostrych: nietylko bowiem one nie ustępują pod wpływem strumieni elektrycznych, ale nawet bardzo często uspiiony niejako proces z nową wybuchą siłą. Tylko cierpienia przewlekłe przedstawiają wdzięczne pole dla elektroterapii. Mając na względzie jej skuteczność, autor dzieli choroby przewlekłe stawów na 5 kategorii: *a.* gościec stawowy przewlekły postępujący, *b.* gościec przewlekły umiejscowiony, *c.* gościec przewlekły wtórny (tryprowy, puerperalny), *d.* przewlekłe cierpienia stawów skutkiem obrażeń (trauma) i *e.* cierpienia stawowe natury podagrycznej.

Skuteczność elektroterapii w gościcu postępującym jest niewielka; leczenie wewnętrzne, a głównie spokój przynosi daleko więcej korzyści.

Bardzo skutecznie działa strumień stały w cierpieniach stawów, umieszczonych pod *b.*, *c.* i *d.* Rezultat jest nietylko zawsze dobry, ale często przechodzi nasze oczekiwania. Na dowód tego autor przytacza wypadek dotyczący chorąg, która w kilka dni po odbyciu ciężkiego porodu zapadła na reumatyzm kolana. Chora przez 5 miesięcy napróżno leczoną była jodkiem potasu do wewnątrz, smarowaniem kolana nalewką jodową i pryszczadłami. Po kikunastorazowym zastosowaniu przez autora stałego strumienia, ob-

jętość kolana szybko się zmniejszała i zeszywnienie ustąpiło. Dodatkowo wyniki, otrzymywane przy stosowaniu elektryczności autor tłumaczy w ten sposób, że w takich razach mamy do czynienia ze zmianami części włóknistych otaczających staw (periarthritis), a nie ze zmianami samego stawu. Pod działaniem strumienia stwardniałe i prawdopodobnie słabo unaczynione nowowytworzone tkanki rezorbują się, skutkiem czego staw powoli wraca do stanu prawidłowego. Na koniec elektroterapia nie wiele przynosi pożytku w cierpieniach stawowych natury podagrycznej dla tego, że zwykle w tych razach znajdują się zmiany samych powierzchni stawowych, a elektryczność przeciwko tym zmianom jest bezskuteczną.

W końcu autor jeszcze raz zwraca uwagę na to, by nie rozpoczynać leczenia, dopóki jeszcze trwa stan zapalny ostry.

II. Goldblum.

8. BLANCHARD et REGNARD. **Choroba nurków.** *Mal des plongeurs.* (Revue de théér. 1881 p. 462).

Celem dopełnienia pracy P. BERT'A, autorowie wykonali szereg doświadczeń na psach, wytwarzając u tych zwierząt sztucznie zmiany, jakim podlegają nurkowie pracujący w wielkich głębiach wody. BLANCHARD trzymał psy przez pół godziny w dzwonie pod ciśnieniem 7 atmosfer, następnie przez raptowne obniżenie ciśnienia stawiał te zwierzęta w warunkach, w jakich znajduje się nurek po wydobyciu go nad wodę. Jedne psy po upływie 3—4 minut padały jak piorunem rażone, u innych występowała paraplegia, ustępująca po upływie kilku miesięcy. Sekcja i badanie drobnowidzowe wykazały liczne drobne wynaczynienia w przestrzeniach substancji szarej mlecznej. Jako przyczynę zmian powyższych autorowie podają działanie gazów rozszerzających się z ustaniem zwiększonego ciśnienia i rozrywających naczyń włosowate. Śmierć nagła tłama-



czy się przez zator (embolia) powstały z pęcherzyków gazów. *Maresz.*

9. Prof. SEMMOLA. **Polyuria syphilitica.** (*Rev. de th.* 1881 p. 385). S. spostrzegł trzy wypadki typowe moczołki przymiotowej. Jeden z chorych oddawał dziennie po 43 litry moczu o ciężarze gatunkowym 1,001—1,005. Wszelkie środki pozostawały bez wpływu na przebieg cierpienia, które z każdym dniem pogarszało się. Dopiero S., odkrywszy u chorego ślady przebytego przymiotu, wpadł na myśl, że przyczyną zaburzeń w wydzielaniu moczu może być przymiot umiejscowiony na dnie czwartej komórki mózgowej, i poddał chorego leczeniu rtęcią (wstrzykiwania podskórne białkanu rtęciowego) w połączeniu z jodkiem potasu (do wewnątrz); wyleczenie zupełne nastąpiło po dwóch miesiącach.

*Maresz.*

## II. Gynekologija i Pediatria.

10. J. ROGOWICZ. **O dokonywaniu porodu drogą naturalną, zamiast cięcia cesarskiego, po śmierci lub podczas konania ciężarnej.** (*Medycyna* 1881, Nr. 47—49).

W razie konania lub śmierci kobiety, będącej w drugiej połowie ciąży, prawodawstwo nakazuje niezwłocznie dokonywać operację cięcia cesarskiego, celem uratowania płodu, który, jak liczne stwierdzenia, może przez dość długi jeszcze przeciąg czasu zostać przy życiu w łonie matki. Ponieważ jednak lekarz często w takich przypadkach napotyka przeszkody ze strony rodziny zmarłej, która nie pozwala „krajać“ drogiego trupa, przeto autor zajął się kwestyją, czyby się nie dało skutecznie porodu drogą naturalną?

Oдноśnie do kobiety już *zmarłej* mogą zachodzić dwojako rodzaju przypadki: Gdy praca porodowa się rozpoczęła i ujście jest dostatecznie rozwartem, to wrzecie normalnych otworów miednicy wyda-

ła się płód kleszczami, w razie zaś zwięzienia pierwszego stopnia, należałoby raczej wykonać cięcie cesarskie, gdyż poród kleszczowy trwałby za długo i mógłby zagrażać życiu płodu. Skoro praca porodowa wcale jeszcze nie rozpoczęta, trzeba przedewszystkiem wykonać poród przymuszony (*accouchement forcé*), nawet z nacięciem brzegów ujścia macicznego, zdarzają się bowiem wypadki śmierci pozorniej, w których kobiety budzą się podczas lub już po dokonanej operacji cięcia i wskutek takowej umierają. Poród przymuszony u trupa wykonywa się łatwo, co autor stwierdza własnem, szczegółowo opisanem spostrzeżeniem.

Co się tyczy rodzącej lub ciężarnej *konającej*, to już GIREP — DUPRÉ zwrócił uwagę na wyższość porodu przymuszonego, który wolno wykonać za życia chorej, gdy tymczasem dla uskutecznienia cięcia cesarskiego trzeba czekać dopiero ostatek jej tchnienia. Głównie uwzględnić tu winniśmy: wybór stosownej chwili do porodu przymuszonego i sposób wykonania go.

Pominąwszy choroby śmiertelne, związane z samą czynnością porodową, można powiedzieć, iż w suchotach, wylewach mózgowych, epilepsji, wadach serca, zczadzeniu — płód może przeżyć matkę; natomiast w cholery, tyfusie, szkarlatynie, ospie, zapaleniu płuc, ostrym reumatyzmie, otruciu cyankiem potasu — płód zazwyczaj umiera przed rozpoczęciem konania chorej. Z tego powodu w pierwszym razie można długo ociągać się z porodem, w drugim należy go jaknajspieszniej uskutecznić. Kierować się winniśmy zawsze biciem serca płodu.

Po dokonaniem przymuszonem rozszerzeniu ujścia macicznego na tyle, że rękę do macicy wprowadzić można, autor w położeniach czaszkowych zawsze przekłada obrót na nóżki zamiast założenia kleszczy, ponieważ ono nierównie więcej zabiera czasu, obok tego zaś rozszerzone ujście nigdy nie bywa tak obszernem,



aby główka przez nie wydaloną być mogła.

*Henryk Pacanowski.*

11. Prof. E. BÖRNER. **O podsurowiczym włókniaku macicy.** *Ueber das subseröse Uterus — Fibroid. (Volkmanns Sammlung klinischer Vortr. Nr 202).*

Jakkolwiek przy włókniakach macicy dość często bywa wskazana laparotomia, dotąd jednak nie została jeszcze ustanowioną dokładna symptomatologia rozmaitych postaci tych nowotworów. Zbyt małą zwracano uwagę na to, czy włókniak siedzi na nóżce lub na szerokiej podstawie, czy jest podsurowiczym, śródmiąższowym lub podśluzowym? czy więc można oddalić go samoistnie, czy wraz z wycięciem mniejszej lub większej części macicy? Powyższe różnice mają niezmiernie ważne zastosowanie praktyczne — raz, ze względu na krwotok, powtórę z powodu zupełnie odmiennych objawów klinicznych w każdym przypadku, a tęp samym innych wskazań do operacji.

Włókniaki podsurowicze i śródmiąższowe (interstycyjne) różnią się odnośnie do trzech głównie objawów: krwotoku, ucisku i bólu.

1) *Krwotok.* Śródmiąższowe i podśluzowe powodują obfite krwotoki już w pierwszych miesiącach swego istnienia, podsurowicze zaś przez długi czas nie odznaczają się żadnymi prawie zaburzeniami miesiączkowymi. BRAUN bardzo dobitnie się wyraża: „Podsurowiczym towarzyszy znaczny ból bez krwotoku, śródmiąższowym — krwotok bez bólu.“

2) *Ucisk.* Nowotwór uciska sąsiednie narządy, które skutkiem tego ulegają rozlicznym zmianom. Sama macica przy włókniakach podśluzowych i śródmiąższowych podlega przegięciu lub podniesieniu, gdy przy podsurowicznych przeciwnie — opuszczeniu i wypadnięciu. Ucisk Recti powoduje zaparcie stolców i guzy hemoroidalne najczęściej przy włókniakach śródmiąższowych, zwłaszcza skoro się mieszczą w pobliżu ujścia macicznego lub w przestrzeni międzywężowej. To samo

odnosi się do pęcherza i moczowodów, co pociągnąć może za sobą wodonercze i mocznice. Ucisk i zakrzep żył sąsiednich, nerwów miednicy, wreszcie żołądka i jelit także nierównie częściej napotykaemy przy śródmiąższowych.

3) *Ból.* Według GUSSEROWA włókniaki śródmiąższowe cechują się bólami prężąciami i ciągnąciami tylko podczas miesiączkowania. Przy podsurowicznych (na nóżkach) bóle miesiączkowe są rzadsze, lecz powstaje łatwo podrażnienie zapalne otrzewnej nawet w okresie niemiesiączkowym, skutkiem istotnego zapalenia okółmacicznego i wywiązujących się szybko zrostów z otaczającymi tkankami. Przy podśluzowych — bóle podczas miesiączki są bardzo silne i podobne do porodowych.

Z rzadszych objawów wymieniamy: *puchlinę brzucha (ascites)* i *zapalenie otrzewnej* — zwykle przy podsurowicznych, zwłaszcza takich, które bądź przez swój szybki wzrost, bądź przez niezwykłą ruchomość drażnią otrzewną; *duszność* wskutek podpierania przepony; wreszcie nader rzadko powstają *eklampsyja* i *hysterja*, których łączność z włókniakami macicy z trudnością da się wytłómaczyć. BROWNE i MAYS spostrzegali je przy guzach śródmiąższowych, jakoteż zaklinowanych podsurowicznych. Wspomnieć tu jeszcze należy o *bezpłodności*, poczytywaną przez wielu (WINCKEL, BRAUN, RÖHRIG) za następstwo włókniaków, chociaż przy podsurowicznych ciąży niekiedy powstać i przebiegać może prawidłowo.

*Wskazania* do laparotomii przy guzach śródmiąższowych są następujące: obfite, nie dające się inną drogą usunąć krwotoki; objawy ucisku narządów sąsiednich; duszność. Przy *podsurowicznych*: ucisk, bolesność, ascites, zapalenie otrzewnej (?), duszność, niepłodność.

Dotychczasowa statystyka pooperacyjna jest jeszcze wcale niepomyślną, autor wszelako nie zgadza się ze zdaniem GUSSEROWA, który wątpi, abyśmy w przy-



szłości do lepszych mogli dojść wyników. Najpomysłniej pod tym względem przebiegają podsurowice.

*Henryk Pacanowski.*

12. R. POTT. **Próby szczepienia aseptycznej limfy ochronnej.** *Impfversuche mit aseptischer Vaccinelymphe. (Jahrb. f. Kinderheilk. B. XVII. 4 October 1881).*

Autor zaznacza, że siła ochronna i zaszczepialność limfy humanizowanej nie zmieniają się zupełnie przez dodanie wodnego roztworu rozmaitych środków antyseptycznych. Limfa z dodatkiem roztworu tymolu (1:1000) zalecaną była już przed trzema laty przez H. KÖHLERA i E. KOBERTA. Autor używał jej z dobrym skutkiem u 28 dzieci. Limfa taka może być przechowywaną przez dość długi przeciąg czasu bez utraty swych własności. Oprócz tymolu dodawał autor i inne antyseptyczne środki, mianowicie kwasy salicylowy, borny i karbolowy w następującej proporcji: 1) Kwasu salicylowego 1 grm. na 300 grm. wody. 2) Kwasu bornego 3,5 grm. na 100 grm. wody. 3) Kwasu karbolowego 1—5 grm. na 100 grm. wody. Roztwory te mieszał z równą ilością limfy, rozcierając je szklaną pałeczką na szkiełku przedmiotowym i albo używał zaraz do szczepienia, albo zbierał do włosowatych rurerek, w celu dłuższego jej przechowania. Z jednej takiej rureczki szczepił najwyżej trojgu dzieciom. Przy szczepieniu limfy zmieszanej z kwasem bornym lub salicylowym, reakcja w okolicy szczepienia była bardzo nieznaczna, zresztą przebieg nie różnił się w niczem od przebiegu przy szczepieniu zwykłej limfy. Co się tyczy mieszanki z kwasem karbolowym, to przy użyciu 3% do 4% roztworu tegoż kwasu wystąpienie pryszczki opóźniało się mniej więcej o dwie doby, dodatek 5% roztworu zniszczył całkowicie własności limfy.

Wyniki do jakich doszedł autor są następujące:

1) Zarazek róży znajdujący się w lim-

fie ochronnej może być przez dodanie antyseptycznych roztworów zupełnie zniszczony i tym sposobem daje się uniknąć powstania róży w okolicy miejsca zaszczepienia.

2) Limfę ochronną antyseptyczną można przechowywać lata całe bez utraty jej własności.

3) Limfa taka jest płynniejszą i nie zawiera skrzepów włóknika, w skutek czego, ta sama jej ilość wystarcza do zaszczepienia dwa razy większej ilości dzieci.

*W. Mączewski.*

13. OSCAR UNRUH. **Przyczynk do patologii błonicy.** *Ein Beitrag zur Pathologie der Diphtheritis. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. XVII str. 161).*

Autor wychodząc z pojęcia, że błonica jestto choroba zakaźna, która w pewnej liczbie przypadków przebiega jako cierpienie miejscowe, w pewnej zaś doprowadza do zakażenia ogólnego, jak to wynika z prac OERTEL'A, HÜTERA, TOMASI'EGO i innych, zwraca uwagę, że w praktyce nie ma dotąd żadnego objawu, który by nam wskazał, czy i kiedy cierpienie przestało być miejscowem, a doprowadziło do zakażenia ogólnego. Gorączka, towarzysząca często nawet zwykłemu kataralnemu cierpieniu gardzieli, nie może w tym względzie stanowić żadnego znaku rozpoznawczego, owszem niejednokrotnie przy niewątpliwem cierpieniu ogólnem brak jest takowej. Toż samo da się powiedzieć o zajęciu gruczołów limfatycznych. Autor na zasadzie swoich spostrzeżeń, przeważnie na dzieciach, a również i na dorosłych dokonanych, przychodzi do wniosku, że pierwszym i jedynie pewnym objawem wystąpienia cierpienia ogólnego jest *białkomocz*. Stosunek cierpienia nerek do błonicy był przedmiotem licznych prac i spostrzeżeń, ale nikt dotąd nie zwrócił uwagi na to rozpoznawcze znaczenie białkomoczu. Autor znalazł białko w moczu u 30% spostrzeżanych chorych. Ile razy cierpienie miejscowe trwało dłużej niż 6 dni, nie ulegając ograniczeniu, zawsze występował białko-



mocz, z drugiej strony wcześniej niż 7-go dnia nigdy go nie było. Istnieje więc widocznie między temi dwoma procesami jakiś związek co do czasu występowania, a białkomocz nie jest w żadnym razie chorobą następczą ale powikłaniem, a prawdopodobnie jedynym objawem cierpienia ogólnego.

*Julian Kramsztyk.*

14. BĄGIŃSKY. **Przyczynę do patologii krzywicy.** *Zur Pathologie der Rachitis. (Arch. f. Kinderheilkunde T. III str. 1).*

Doświadczenie kliniczne, że krzywica bywa wrodzoną, że większość dzieci z wrodzonym przymiotem przy najbardziej starannym pielęgnowaniu podlega krzywicy, że krzywica powstaje po ciężkich gorączkowych chorobach, po długotrwałej niestrawności, przy złym odżywianiu, niedostatku świeżego powietrza, że nakoniec przebiega ona ze znacznymi zбочeniami układu nerwowego (przerost mózgu, hydrocephalus, laryngismus stridulus), wszystko to już klinicznie wyłącza możliwość, aby choroba ta zależeć mogła jedynie od prostego braku soli wapiennych. Stosunek zawartości wapna w kościach dzieci krzywicowych do części organicznych jest o tyle różny niż w stanie normalnym (około 160:100 a normalnie 563:100), że nie mógłby powstać nawet, gdyby dziecku przez cały rok soli wapiennych nie podawano. Jednakże autorowie znajdowali, że przy usunięciu wapna z pokarmu można wywołać krzywicę.

B. przeprowadziwszy szereg doświadczeń, doszedł do wniosku, że krzywica jest chorobą, polegającą na skazie krwi (dyscrasia), a wywołaną przez zaburzenie odżywiania ogólnego, spowodowane przez rozmaite szkodliwości, wpływające na młody organizm. Doświadczenia przeprowadzone na zwierzętach przekonały go wprawdzie, że samo usunięcie wapna z pokarmu, wywołuje dosyć znaczne zmiany w kościach, podobne do nieznacznych zmian krzywicowych, ale stopień takowych, jak pokazuje badanie anatomiczne

a głównie chemiczne, jest znacznie mniejszy. Natomiast jeżeli autor, usuwając sole wapienne wprowadzał jednocześnie z pokarmem do organizmu kwas mleczny, wywoływał zmiany daleko większe, widoczne gołym okiem i mikroskopowo, głównie zaś dające się wykazać za pomocą rozbioru chemicznego. Nie sam więc brak soli wapiennych powoduje krzywicowe zmiany w kościach. Zapewne oba te czynniki: niedostatek wapna i obecność kw. mlecznego mają ten wspólny skutek, że wywołują zaburzenia w odżywianiu; raz powstaje ono w skutek braku ważnej dla organizmu części składowej, drugi raz przez wprowadzenie ciała, wywołującego zaburzenie trawienia. Zmiany w kościach dlatego jedynie występują tu na pierwszy plan, że zaburzenie odżywiania powstaje w czasie, kiedy rozwój kości młodych zwierząt jest najżywszy. Obojętny roztwór peptonu posiada własność rozpuszczania wapna, a to samo już wskazuje nam drogę w jaki sposób sole wapienne mogą zostać rozpuszczone i wydalone z organizmu, chociaż są zapewne i inne, może nawet energiczniejsze środki do wydalania wapna z organizmu. Wiadomo że w stolcach dzieci krzywicowych znajdują się znaczne ilości wapna.

Doświadczenie terapeutyczne potwierdza powyższą teorię krzywicy: nie wprowadzanie znacznych ilości soli wapiennych, ale właśnie głównie dobre warunki higieniczne, normalny pokarm, użycie kąpeli i środków wzmacniających, usunąć mogą to cierpienie przez wpływ swój na odżywianie ogólne.

*J. Kramsztyk.*

### III. Chirurgija i Oftalmologija.

15. CH. FENGER i J. H. HOLLISTER. **Otwieranie i drenowanie jam płucnych.** (*American Journal of Medical sciences* 1881 Octbr. str. 371—392).

Gdy MOSLER z Greifswaldu przed kilkunastu laty powziął myśl leczenia drogą chirurgiczną jam w płucach, rzucono się



przedewszystkiem do otwierania i drenowania jam suchotniczych, jako najczęściej się przytrafiających i przy których prawie zawsze liczyć można na istnienie zrostów opłucnej a tém samém uniknąć utworzenia pyopneumothoracis (Otok ropowietrzny! p. Słownik Lekarski Krakowski). Próby MOSLERA nie zostały jednak uwieńczone pomyślnym rezultatem, gdyż chorzy u których proces suchotniczy doszedł już do stopnia utworzenia jam, ginąć muszą w skutek niedającego się niczem wstrzymać dalszego rozwoju samej choroby.

Zaczęto jednak zastosowywać myśl MOSLERA przy leczeniu jam w płucach natury mniej złośliwej—więcej przedstawiających szans wyleczenia—t. j. ropni i jam powstałych w skutek zgorzeli. Chociaż przy tych procesach patologicznych następuje niekiedy dobrowolne wyleczenie—są jednakże wypadki gdzie z położenia jam, ich wielkości nareszcie i wyczerpania sił chorego, śmiertelne zejście przewidzieć się daje—w tych wypadkach leczenie chirurgiczne t. j. otwieranie jam i drenowanie, znajdzie swoje zastosowanie.

F. i H. zebrali 5 wypadków znanych w literaturze od r. 1878: RADECH (ropień), SUTTON (ropień), POWEL i LYALL (liczne ropnie), WILLIAMS (obszerne bronchiectasis), SMITH (jama zgorzelinowa) i opisują nareszcie własny przez siebie obserwowany i leczony wypadek drenowania obszernej ropni powstałego naokoło bąblowca w płacie średnim prawego płuca. Wypadek autorów zakończył się zupełnym wyzdrowieniem, w innych wypadkach autorowie konstatują mniej lub więcej trwałą poprawę stanu miejscowego lub ogólnego. Zdaniem F. i H. w pierwszych pięciu wypadkach, drenowanie jam było nieumiejętne lub niedostateczne. F. i H. podają bardzo dokładną historję chorobyswego wypadku i kończą ją następującymi praktycznymi uwagami:

*Wskazania do operacyi:* Wypadki w których dokładnie rozpoznano istnienie jam ropnych lub zgorzelinowych, a opró-

żnienie tychże jam drogą naturalną (przez oskrzela) dokonywa się niedostatecznie, gdzie siły chorego coraz więcej się wyczerpują, gdzie gorączka jest stałą, oddech i płwocina silnie i stale cuchnące—nareszcie gdzie w skutek ciągłej aspiracyi mas rozpadowych do oskrzeli i części płuc zdrowych grozi rozszerzenie procesu rozpadowego w zdrowym płucu—w tych wszystkich wypadkach więc gdzie wyleczenia drogą naturalną oczekiwać lub wyczekiwać nie można, wskazanem jest otwieranie i przedrenowanie jam. Operacyja jednakże jest niewykonalna dla stosunków anatomicznych gdy jama jest położona w okolicy łopatki i w okolicy nad lub podobojczykowej.

Rzeczą bardzo ważną przy operacyi jest obecność zrostów blaszek opłucnej, jesteśmy wtedy pewni że nie utworzy się pyopneumothorax w następstwie operacyi. (Ze strony jednakże teoretycznej dałoby się tu powiedzieć że pyopneumothorax jest i tak nieuniknionym, gdyby chorobę pozostawić samą sobie—a przecięcie zrobione w ścianie klatki piersiowej dla otwarcia jamy służy równocześnie za najlepszy środek dla wyleczenia pyopneumothoracis). Tam gdzie z historyi przebiegu choroby nie daje się na pewno stwierdzić istnienie zrostów, F. i H. radzą dla przekonania się użyć następującej metody. Zrobić nacięcie aż do mięśni międzyżebrowych i następnie włożyć igłę do samego płuca—jeśli igła się nie porusza synchronicznie z oddechem wtedy z pewnością o istnieniu zrostów można być przekonanym.

Nareszcie radzą F. i H. przed przystąpieniem do operacyi wykonać jedno lub dwa przekłócia próbne szprycą PRAVAZA, potwierdzi to rozpoznanie a z drugiej strony może nam dać pojęcie o położeniu i rozległości jam.

*Wykonanie operacyi:* Przy wyborze miejsca dla nacięcia jamy kierować się trzeba ogólnie przyjętym prawidłem w chirurgii, t. j. naciąć tam gdzie ropień jest



najbardziej przystępnym lub najbardziej powierzchownym, następnie zbadać jamę i wynaleźć miejsce najniżej położone dla wykonania przeciwotworu (contrapertura) i przedrenować. Założenie otworu na tylną ścianę klatki piersiowej choć dobrze służy dla odpływu zawartości jamy, ma jednakże tę niedogodność, że przestrzenie międzyżebrowe są tutaj bardzo wąskie i że dla przeprowadzenia rurki często wypadaloby wyciąć kawałek żebra.

Założenie jednego tylko otworu i wstawienie drenu może niekiedy wystarczyć dla dokładnego opróżnienia jamy, ale przedstawia tę niedogodność, że przestrzykiwanie następne takiej jamy powoduje rozszerzenie jej ścianek. Płyn wpada do oskrzeli i wywołuje bardzo silny i męczący kaszel — tak że niekiedy zupełnie wypada wstrzymać się od przestrzykiwań. Zdaniem F. i H. zupełne wstrzymanie się od przestrzykiwań, jak to radzą niektórzy autorowie, jest niewłaściwe. gdyż przez samo tylko otwarcie i drenowanie jamy nie można wstrzymać w zupełności rozkładu w jamie.

Wybrawszy już miejsce dla operacji, wykonać ją trzeba w sposób następujący: W środku przestrzeni międzyżebrowej i równoległe do żeber robi się nacięcie długości 1—2 cali (dostatecznie długie dla zapobieżenia powstania emphysematis subcutanei). Przez skórę i mięśnie aż do opłucnej—podwiązuje się dokładnie wszystkie krwawiące naczynia. Opłucną i płuco stanowiące ściankę jamy najlepiej przekłuć trójgrańcem średniego wymiaru a otwór ten następnie rozszerzyć narzędziem tępem jak np. kleszczykami o tyle, żeby przeprowadzić można rurkę drenową albo lepiej jeszcze palec. Autorowie kładą nacisk na wprowadzenie do jamy palca. Służyć to ma w podwójnym celu, przedewszystkiem dokładnie można się przekonać, czy i w którym miejscu wykonać trzeba kontraaperturę, a następnie, jaka jest zawartość jamy i czy nie ma w niej czasem części oddzielonych

zgorzelinowego płuca—które trzeba by koniecznie wydalić. Następnie wykonać trzeba, jeśli można kontraaperturę.

Jako dreny niektórzy autorowie (MOSLER) używają rurki srebrne, niektórzy nawet z rodzajem tarczy jak u rurek tra-cheotomicznych, dla utwierdzenia na klatce piersiowej—H i F. radzą jednakże używać tylko drenów z miękiego kauczuku dla uniknięcia drażnienia tkanek lub nadżarcia naczyń. Jeśli tylko jeden otwór został założonym, to wstawić trzeba podwójny dren, dla dokładniejszego przestrzykiwania jamy dren trzeba utwierdzić jakimkolwiek sposobem na klatce piersiowej (najlepiej t. z. szpilkami bezpieczeństwa savety-pins). Przestrzykiwać jamę F. i H. radzą w sposób następujący: z początku 2½ procentowym roztworem kwasu karbolowego, a następnie słabszym i procentowym do czasu aż płyn już wcale nie cuchnie, w końcu zaś roztworem zwykłym tymolu, gdy płyn już nie zawiera żadnych przymieszek — wtedy zaprzestać. Przestrzykiwać należy bardzo ostrożnie i niezbyt mocno. Opatrunek przeciwniejący składa się z grubej warstwy (na 2 cale) gazy karbolowej LISTERA, waty salicylowej, mackintonu i t. d.

*Leczenie pooperacyjne:* Opatrunki zmieniać trzeba niezbyt często i tylko wtedy, gdy wydzielina jest bardzo obfita i opatrunek nieprzesiąknięty. Leczenie wewnętrzne—symptomatyczne. Powikłania (zapalenie płuc, rozlany nieżyt oskrzeli) leczyć wedle właściwych prawideł. Z wyjęciem drenu nie trzeba się śpieszyć—wyjąć dopiero wtedy gdy jama zupełnie jest zapełniona, t. j. gdy wydzieliny nie ma już żadnej.

*Dinte.*

16. KARL JAFFÉ. **O rezekeyi kiszki przy zgorzelinowych przepuklinach.** *Ueber Darmresection bei gangrenösen Hernien. (Sammlung klin. Vorträge Nr. 201).*

Autor opisuje wypadek w którym wykonał rezekcję zgorzelinowej pętli kiszki przy zaciśniętej przepuklinie pachwinowej—z zejściem pomyślnem. Z powo-



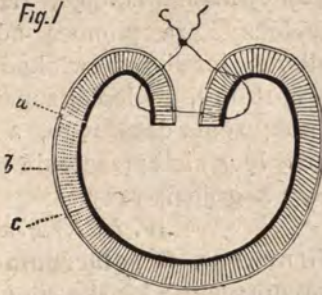
du tego wypadku zebrał historycję i statystycję operacyi, podaje dla niej wskazania i metodę wykonania. Ponieważ w ostatnich czasach metoda operacyjna uległa wielu gruntownym zmianom, których by czytelnik napróżno szukał w podręcznikach chirurgii operacyjnej, a tymczasem operacyję tę podług naszego mniemania powinien umieć wykonać każdy praktykujący lekarz, nawet nie specjalista chirurg, postanowiliśmy przytoczyć tu opis sposobu jej wykonania. J. zebrał w literaturze 16 wypadków, z których 7 miało przebieg szczęśliwy (44% wyzdrowień). Wskazaniami dla rezekcyi kiszki są: 1. Anus praeternaturalis. 2. Carcinoma intestinorum. 3. Zwężenia światła kiszki z innych powodów (KOEBERLE, p. Kron Lek. 1881, str. 138). 4. Zgorzel kiszki przy zaciśnięciu przepukliny. To ostatnie wskazanie jest najważniejsze. Do rezekcyi nadają się tylko takie wypadki, w których nie nastąpiło jeszcze dobrowolnie przedziurawienie zgangrenowanej kiszki do worka przepuklinowego i w których otrzewna i kiszki leżące po za miejscem zaciśnięcia są zdrowe. Cała operacyja powinna być wykonana podług wszelkich zasad metody przeciwnilnej. J. radzi jednak używać tymolu zamiast kwasu karbolowego, bojąc się zatrucia tym ostatnim. Sama operacyja rozpada się na następujące akty: 1. Zwyczajna herniotomia. 2. Rezekcyja zgorzelinowej pętli. 3. Nałożenie szwu na kręzkę i kiszkę. Dwa ostatnie akty przerywają akt pierwszy. Cięcie skóry i otworzenie worka dokonywa się jak w zwykłej herniotomii. Rozszerzenie zaciskającego pierścienia (najlepiej liczne płytkie nacięcia) powinno się zawsze dokonywać herniotomem, gdyż przy tępem rozszerzaniu można bardzo łatwo przedwcześnie rozerwać zgorzelinową pętlę. Konieczną zasadą jest że trzeba operować na zdrowej kiszce, po dokonaniem więc rozszerzeniu pierścienia trzeba tyle kiszki wyciągnąć, aż od strony przyprowadzającej i odprowadzającej dojdziemy do zdrowej kiszki, wtedy możemy

przystąpić do rezekcyi. Zgorzelinową pętlę tak od strony końca przyprowadzającego jak i odprowadzającego odcina się pomiędzy dwoma ligaturami, z których jedna tymczasowa znajduje się na zdrowym odcinku kiszki, w odległości 2-ch do 3-ch ctm. od miejsca przecięcia, druga znajduje się od strony zgorzelinowej bezpośrednio przy miejscu odcięcia, ligatura tymczasowa służy do powstrzymania wyjścia zawartości kiszki i zdejmuje się po nałożeniu szwu kiszkowego. Po przecięciu kiszki z obu końców, część zgorzelinowa wisi jeszcze na kręzce, dla usunięcia tego przyczepu wycinamy z tej ostatniej trójkąt zwrócony wierzchołkiem do góry, wielkość jego odpowiada długości zgorzelinowej pętli. Tu można albo przed odcięciem nałożyć ligature en masse oddzielającą część mającą uleż wycięciu od reszty krézki, albo (co lepiej podług J.) wprost wyciąć odpowiedni trójkąt z krézki, podwiązując naczynia w miarę przecinania. Gdy tym sposobem zgorzelinowa część została usunięta, przystępujemy do zszywania krézki i kiszki. Na krézkę nakłada się albo zwykły węzłowy szew przez całą jej grubość, albo też zszywa się tylko surowicze jej powierzchnie t. j. nakłada się 2 rzędy szwów, jeden na przedniej, drugi na tylnej powierzchni krézki. (J. przekłada ten ostatni sposób). Dla zrównania różnicy w wielkości światła przyprowadzającego i odprowadzającego końca kiszki, najczęściej wystarcza ukośne ich przecięcie (MADELUNG podaje za правило że trzeba zawsze więcej wycinać z wypukłej niż z wklęsłej strony kiszki). Co do szwu kiszkowego to J. opisuje szew JOBERT'A, GUSSENBAUERA i LEMBERT-CZERNEGO, załączone rysunki lepiej je objaśniają niż słowa: (patrz str. 33.)

J. oddaje pierwszeństwo szwowi LEMBERT-CZERNEGO, który ma tę wyższość nad szwem JOBERT'A, że nie rani błony śluzowej, a nad LEMBERTA, że oprócz przylegania powierzchni surowicznych jest i przyleganie brzegów rany. Po nałożeniu

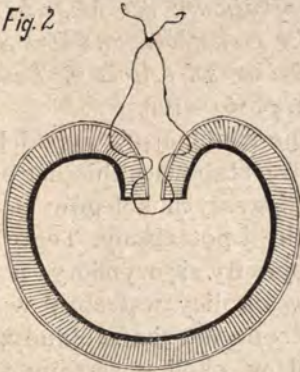


Fig. 1



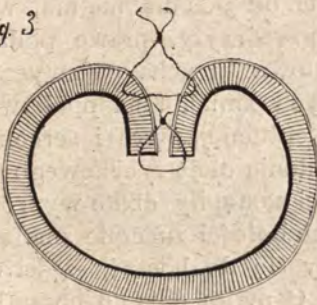
Szew Jobert'a.

Fig. 2



Szew Gussenbauer'a.

Fig. 3



Szew Lambert-Czernego.

szwu zdejmują się ligatury tymczasowe z obu końców kiszki, obmywa się te ostatnie i wpuszcza do jamy brzusznej. Kończy się operację próbą doszczętnego wyleczenia przepukliny, t. j. zakłada się ligaturę na szyjkę worka i wycina ten ostatni, na otwór zaś kanału przepuklinowego nakłada się głębokie szwy katgutowe. Co do leczenia następczego, to autorowie bardzo się różnią i tak podczas gdy KOEBERLE począwszy od 3-go dnia po operacji dawał stałe pożywienie, wodę zaś tylko w lewatywach, KOCHER postępował

wręcz przeciwnie. J. sądzi, że najwłaściwiej przez 2 do 3 dni pierwszych dawać choremu tylko pigułki z lodu do łykania, potem dopiero można pozwolić trochę mleka i wina, pierwszych dni trzeba podawać niewielkie dawki opium.

*Przyp. Sprawoz.* Dnia 29 Grudnia w Szpitalu Ewangelickim kol. STANKIEWICZ Władysław wykonał powyższą operację z powodu zaciśnięcia przepukliny pachwinowej lewej; długość wyciętej pętli równa 25 cent. *H. W. Krajewski.*

### 17. PAUL RECLUS. Dorazne połączenie tkanek rozdzielonych termokauterem.

*Sur la reunion immédiate des tissus divisés par le thermocautère. (Gaz. hebdomad. 1881 r. Nr. 47 str. 753).*

R. opisuje wypadek wyluszczenia rakowato zwyrodniałych gruczołów limfatycznych szyi za pomocą termokauteru. Operacja: jedno cięcie 10 ctm. długie wzdłuż przedniego brzegu m. mostko-obojczyko-sutkowego, drugie ku tyłowi, prostopadle do poprzedniego, 8 ctm. długie, odseparowanie płatów, przecięcie mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, separowanie samego nowotworu, wycięcie 6 ctm. żyły szyjowej wewnętrznej (v. jugularis interna) pomiędzy ligaturami, wszystko to dokonano li tylko termokauterem, który się bardzo długo stykał z częściami otaczającymi. R. postanowił spróbować czy się w danym wypadku nie uda osiągnąć zagojenia per primam intentionem. W tym celu przyłożył oba płaty skórne, których wewnętrzna powierzchnia wydawała się bardzo mało zwęgloną, do głębokich części, płat górny bezpośrednio, pod podstawę zaś dolnego podłożył dren; tak przyłożone płaty przycisnął do głębokiej powierzchni rany za pomocą gąbki antyseptycznej, owiniętej gazą, na wszystko nałożył opatrunek LISTERA. W 48 godzin nastąpiło zupełne przyrośnięcie obu płatów. Wypadek ten dowodzi, że po operacji termokauterem dokonanej może nastąpić zagojenie per primam. Przyczyny tego szukać należy w cienkości strupa, który musiał uleść wessaniu. Gdyby dalsze doświadczenia wykazały możebność takiego



gojenia się ran zadanych termokauterem, usunęłoby to jedną z najważniejszych przyczyn dla których dotąd przyznawano pierwszeństwo nożowi nad termokauterem.

W. H. Krajewski.

18. VERNEUIL. **Przeciwwskazania dla połączenia doraźnego.** *Des conditions qui contre-indiquent la reunion immédiate.* (*Revue de Chirurgie str. 810 Nr. 10 1881 r.*)

V. rozróżnia następujące przeciwwskazania dla zastosowania połączenia doraźnego: 1. Złe miejscowe warunki rany np. zagniecenie płatów i t. d. 2. Zakażenie otaczającego ośrodka (naprz. powietrze szpitalne). 3. Ogólne choroby u osobnika podlegającego operacji (syphilis, scrophulosis, tuberculosis i t. d.) Pierwsze przeciwwskazanie oddawna jest uznane, wykraczając przeciw niemu chyba tylko specjaliści, drugie, po wprowadzeniu w użycie opatrunku LISTERA, stało się prawie zbytecznym, zato wykroczenia przeciw trzeciemu popełniają często nawet chirurhowie specjaliści. Właśnie to ostatnie przeciwwskazanie jest przedmiotem pracy V. Wnioski do jakich doszedł w tym względzie są następujące: 1) Ze względu na cel jaki chcemy osiągnąć można rozróżnić: *połączenie doraźne niezbędne* — stanowiące samo całą operację, jak to ma miejsce we wszystkich operacjach plastycznych i *połączenie dodatkowe, dowolne*, jeżeli je przyłączamy po wykonaniu innej operacji. 2) Pożytek osiągnięty w obu razach jest bardzo rozmaity, gdy tymczasem możność niepowodzenia i niebezpieczeństwa jednakie. 3) Tam gdzie połączenie doraźne jest niezbędne, musimy się naturalnie zdecydować na stawienie czoła niebezpieczeństwu i możność niepowodzenia. 4) Przeciwnie w wypadkach, w których przyłączamy połączenie doraźne do innej operacji, jako pomocnicze, przyspieszające wyzdrowienie, musimy zbadać czy operowany nie podlega jakiej chorobie konstytucyjnej, któraby zmusiła nas do zaniechania w danym wypadku połączenia doraźnego. 5) Jeżeli choro-

ba konstytucyjonalna istnieje, trzeba ją wprzód wyleczyć za pomocą odpowiednich środków; jeżeli zaś zwlekać z operacją nie możemy, to lepiej zupełnie nie stosować połączenia doraźnego, a wtedy choć wolniej lecz niezaprzeczenie pewniej dościgniemy zagojenia rany.

W. H. Krajewski.

19. TILLMANN. **O połączeniach kanału pokarmowego z klatką piersiową. Ropnie kałowe podprzeponowe.** *Ueber die Kommunikationen des Magen-Darmcanales mit der Brusthöhle und über Subphrenische Kothabscess.* (*Arch. v. Langenbeck Bd. 27 H. 1. p. 163—161.*)

T. opisuje następujący wypadek: A. K. piętnastoletni, słabowity chłopiec był przez jednego ze starszych kolegów podniesiony pod pachy i potrząsany. Tego dnia po objedzie pojawiły się wymioty, a w nocy silny ból w okolicy wątroby; w poliklinice naznaczono mu zimne okłady; w 3 dni później ból w okolicy wątroby coraz silniejszy, ciepłota podniesiona, puls częsty, wypróżnień od 3-ch dni nie ma, wymioty się nie powtórzyły, prawe podżebrze i prawa połowa brzucha nadzwyczaj bolesne, żadnych zmian tonu opukowego nie ma, jama opłucnej, płuca i serce normalne. Po zadaniu oleju rycynowego w znacznej ilości nastąpiły obfite wypróżnienia, po których boleści znacznie zmalały i ograniczyły się do bocznej części okolicy wątroby. Ósmego dnia od początku choroby zauważono nieznaczną ilość wysięku w prawej jamie opłucnej; szczegółowe opukiwanie wykryło na wewnątrz od linii sutkowej prawej, między tonem płucnym a tępym wątroby, przestrzeń, wielkości talara, dającą ton jasny bębnekowy, w tém też miejscu przy wysłuchiowaniu brak szmeru oddechowego; powietrze wydychane ma zapach kału. Przez trzy następne dni stan pacjenta utrzymywał się w jednym stopniu. Nagle 14-go dnia choroby we dwie godziny po objedzie wystąpiły silne bóle w prawej stronie klatki piersiowej i brzucha i duszność, wieczorem



w jamie opłucnej stwierdzono wysięk dosięgający obojczyka, pomiędzy 2-ém i 4-ém międzyżebrem wzdłuż mostka 3 ctm. szeroka przestrzeń z tonem bębenkowym, znaczny upadek sił. Następnego dnia wypuszczono, za pomocą trójgrańca FRENTZEL'A, około kwarty płynu zielonawego z zapachem kałowym, pod mikroskopem stwierdzono, że zawierał ogromną ilość ziarenek rozpadowych, krople tłuszczu, ziarenka krochmalu, włókna tkanki łącznej i ciała ropne. Ze względu na ropny charakter wysięku wskazaném było przecięcie klatki piersiowej (thoracotomia) i przedrenowanie jamy opłucnej, czego dokonał autor wezwany przez lekarza, który dotąd leczył pacjenta; przy operacyi wyszło jeszcze  $\frac{3}{4}$  litra takiego samego płynu jak poprzedni; jamę przemyto roztworem kwasu salicylowego, założono krótką rurkę metalową, a na wszystko nałożono opatrunek przeciwnilny. Dni następnych przemywano jamę 2 razy dziennie roztworem nadmanganianu potażu, przyczem wypłukiwano z jamy reszty bułki, makaronu i innych potraw spożywanych przez pacjenta. Nie ulega więc wątpliwości, że istniało połączenie między opłucną a kanałem pokarmowym. Stan ogólny poprawiał się powoli. Na 4-ty dzień użyto po raz pierwszy przemywania 2% roztworem kwasu karbolowego, pacjent znosił je doskonale. Dnia 6-go po operacyi wydychane powietrze nie miało już zapachu kału. Dalszy przebieg, choć jeszcze 3 razy przerywany pojawieniem się wysięku z zapachem kałowym, jako też resztek pokarmów, był jednak szczęśliwy i doprowadził do zupełnego wyleczenia w 5 miesięcy od początku choroby.

W odpowiedzi na pytanie jaka część kanału pokarmowego była w danym wypadku rozerwana i na jakiej drodze powstało połączenie rozerwanego miejsca z jamą opłucnej, autor wypowiada 3 przypuszczenia: 1) Mogła być rozerwana Flexura coli dextra, potworzyły się zrosty oddzielające miejsce rozerwania od jamy

brzusznój, wytworzył się z tyłu wątroby ropień kałowy podprzeponowy, który przedziurawił przeponę. 2) Mogło nastąpić rozerwanie dwunastnicy przy przejściu jej w jejunum (flexura duodeno-jejunalis) w dolnej poziomej jej części, tam gdzie ją ustala m. suspensorius duodeni FREITZ'A, rozerwanie mogło tu powstać zewnątrz lub wewnątrz otrzewnej, w ostanim razie potworzyły się zrosty oddzielające miejsce rozerwania od jamy brzusznej, powstało ropienie, które rozprzestrzeniając się po luźnej tkance łącznej wnęki wątroby (porta hepatis) lub po tylnej ścianie brzusznej, dosięgło przepony i przedziurawiło takową. 3) Nakoniec możebnem jest, że w skutek potrząsania, któremu uległ chory, powstała przepuklina przeponowa, nastąpiło zaciśnięcie i zgorzel pętli. Autor jest za rozerwaniem dwunastnicy, szuka potwierdzenia tego przypuszczenia w stałym bólu w prawem podżebrzu, co podług ANDREW CLARK'A jest charakterystyczne i w tem że pokarmy wychodzące przez jamę opłucną mało były zmienione, kiszka więc, z której wychodziły, musiała leżeć bliżej żołądka niż Flexura dextra.

T. opisuje ważne pod względem klinicznym szpary, istniejące normalnie w przeponie, szczególną zwraca uwagę na szparę między żebrowym i kręgowym przyczepem przepony i drugą, istniejącą między włóknami przyczepiającemi się do chrząstek 6-go i 7-go żebra a idącemi do wyrostka mieczykowatego mostka; są to miejsca w których najczęściej tworzą się przepukliny przeponowe i otwierają się podprzeponowe ropnie; widziano też przepukliny przechodzące przez inne normalne dziury przepony (for. oesophageum, for. pro n. splanchnico et v. azygos, for. pro n. sympatico), tylko foramen aorticum i for. pro v. cava nie mają pod tym względem klinicznego znaczenia.

W związku z wyżej opisanym wypadkiem T. przytacza 22 wypadki połączenia kiszek i 26 wypadków połączenia żołądka z jamą opłucnej, jakie mógł znaleźć w do-



stępnęj dlań literaturze. Co do pierwszych to na 22 wypadki przypada 14 na kiszkę grubą (proc. vermiformis, Colon ascendens, Flexura coli dextra, Colon transversum), 8 na kiszkę cienką (z tych 6 na dwunastnicę). Przyczyny: dziurawiące wrzody kiszki 14 razy, urazy 5 razy, (z tych 4 przepukliny traumatyczne przeponowe z zaciśnięciem), 1 raz jednoczesne otworzenie się wrzodu dziurawiącego żołądka do Colon transversum i do jamy opłucnej, 1 raz bąblowiec wątroby, który się otworzył jednocześnie do opłucnej i do colon transversum, na koniec raz tylko jeden (w wypadku FONTAIN'A) połączenie nastąpiło od strony płuc, w których powstał ropień wywołany obecnością kostki kurczenia uwięzłej w oskrzeli, ropień otworzył się do colon. Wrzody, które 14 razy wywołały połączenie, znajdowały się: 6 razy w proc. vermiformis, 1 raz w Colon ascendens, 2 razy w Flexura coli dextra, 5 razy w duodenum. Traumatyczne przepukliny przeponowe, które wywołały w 4-ch wypadkach połączenie, dotyczyły 2 razy colon transversum, 1 raz ileum, 1 raz Duodenum. Wszystkie 14 połączeń wywołanych przez dziurawiące wrzody były prawostronne, z pozostałych 8-miu wypadków wywołanych przez inne przyczyny 5 było lewostronnych a 3 prawostronnych (co się objaśnia obecnością na prawej stronie wątroby, utrudniającej utworzenie z tej strony przepuklin przeponowych traumatycznych). Oprócz wypadku FONTAIN'A (połączenie powstałe od strony płuc) wszystkie zakończyły się śmiercią. Po szczegóły o oddzielnych wypadkach musimy odesłać czytelnika do oryginału. Z 26 wypadków połączenia żołądka z jamą opłucnej, tylko 3 wypadki nie zakończyły się śmiercią, przyczynami były: ulcus rotundum ventriculi 12 razy (w 2 wypadkach wywołał połączenie z osierdziem, a w 2-ch innych z mediastinum), urazy 11 razy, silne wymioty przy bardzo wypełnionym ścieńczonym żołądkiem 1 raz, otworzenie się ropnia ścianki żołądka do jamy

opłucnej przy perigastritis 2 razy.

Kończąc autor zwraca uwagę czytelnika na tak zwany przez LEYDEN'A *Pyopneumothorax subphrenicus* t. j. ropnie podprzeponowe, będące w połączeniu z kiszką i prowadzące najczęściej do wytworzenia połączenia z jamą opłucnej. Ropnie te, w porę rozpoznane i odpowiednio leczone, dadzą lepsze rezultaty pod względem wyzdrowienia niż wtedy, gdy już istnieje połączenie z jamą opłucnej. T. przytacza dane dla dyagnostyki różniczkowej od prawdziwego *Pyopneumothorax*, przedstawione przez LEYDEN'A, a mianowicie: 1) Pojawienie się takiego ropnia poprzedzają zwykle objawy zapalenia otrzewnej, lub wydzielanie się ropy przez kiszki. 2) Rozwijają się objawy *pyopneumothorax*'u przy dającym się dowieść nienaruszeniu całości płuc. 3) Brak powiększonego ciśnienia w jamie opłucnej. 4) Manometr wykaże, że w jamie takiego ropnia ciśnienie zachowuje się odwrotnie jak w jamie opłucnej, t. j. powiększa się przy wdychaniu a zmniejsza przy wydychaniu. Jako odpowiednią terapię zaleca T. przecięcie i drenowanie, tam zaś, gdzieby to było możebnem, radzi od razu wykonać resekcyję kawałka kieszki w którym się otwór znajduje i zszycie końców.

W. H. Krajewski.

20. MORGENSTERN. **Wypadek Caries interna dentis.** (*Correspondenzblatt für Zahnärzte Band X. Heft IV*). M. usunął zęb trzonowy wielki (molaris) szczęki górnej z tém przeświadczeniem, że ten skutkiem najprawdopodobniej nowotworu twardej konsystencji (odontom) w miazdrze zębowej, jest przyczyną 2 lata trwającej rwy twarzowej (prosopalgia). Na zębie jak się pokazało po usunięciu go ze szczęki, nie można było zauważyć nigdzie głębiej drążącego karjetycznego procesu, z jednej tylko (distalnej) strony korona posiadała powierzchowne karjetyczne zniszczenie. Drobnowidzowe badanie wykazało dwa odontomy w miazdrze zębowej, z których jeden był dotknięty karje-



tycznym procesem, przyczem miazdra znajdowała się w rozpadzie ropnym (detritus). Między powierzchownym karjetycznym procesem korony, a samym kanałem zębowym nie mógł M. zauważyć żadnej patologicznej łączności, gdyż dentina przegradzająca te dwie części znajdowała się w zupełnie normalnym stanie. M. nie wykrył mikrokoków i bakteryj ani w miazdrze, ani we właściwej substancji zębowej (w jej kanalikach).

F. Kobylński.

21. SCHEFF. **Jodoform przeciw Pulpitis.** (*Deutsche Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde* 1881 IV Heft).

Autor bacząc na działanie Jodoformu jako środka lekko żrącego, a przytém mającego własności przeciwgnilne i kojące ból, stosuje przy pulpitis jodoform w następującej formie: Rp. *Jodoformi pulv. Carolin.* ana 4,00 *Acidi carbonici cryst.* 0,50 *Seve c. Glycerini* q. s. ut f. pasta spissior, adde *Ol. menthae pip.* gutt. X.

Forma ta nadaje się dobrze do nałożenia na cierpiącą miazdrę. S. przy stosowaniu tego środka otrzymał na 15 wypadków 11 całkowicie dobrych rezultatów. Nie zauważył ani razu zadrażnienia ozębnej. W 2 wypadkach po oczyszczeniu karjetycznego otworu i zastosowaniu na odkrytą miazdrę pasty jodoformowej, była nałożoną plomba tymczasowa z gutaperki — bez żadnych złych następstw — w ciągu miesięcznego terminu. W 3 wypadkach z 15-tu wyżej cytowanych, ból po założeniu jodoformu choć niecałkowicie został zniesionym, jednak znacznie się zmniejszył, a w jednym tylko wypadku nie nastąpiło polepszenie. Przyczyny czego S. szuka w jednoczesnym zapaleniu ozębnej.

S. widzi wyższość pasty jodoformowej nad pastą arsenikalną w tém: że pierwsza nie oddziaływa wcale szkodliwie na ozębną, co przy stosowaniu pasty arsenikalnej często się zdarza, a oprócz tego, jodoform jako lek kojący nie może tak gwałtownych wywoływać bólów, jakie przy sto-

sowaniu arszeniku na drażliwą miazdrę nieraz występują.

F. Kobylński

22. WITZEL. **Inplantacja zębów.** (*Jahresversammlung des Central Vereins Deutscher Zahnärzte, Heidelberg* 1881).

Choć metoda szczepienia zębów martwych przez większość dentystów całkowicie jest zarzuconą, jako zbyt mało przedstawiającą widoków pomyslnego zejścia, to jednak za przykładem Mitscherlicha od czasu do czasu kwestyja ta bywa poruszana. Witzel na zjeździe dentystów w Heidelbergu przedstawił kilka modeli, z których trudno było rozpoznać, który ząb właściwie był inplantowanym. W. przed założeniem martwego zęba w szczękę, przechowuje takowy przynajmniej w ciągu dwóch godzin w kwasie karbolowym, kanał miazdrowy zęba wypełnia plombą cementową, a po przemyciu zębodołu rozcieńczonym kw. karbolowym i włożeniu spreparowanego zęba, zakłada dla umocnienia go w szczęce bandaż według metody *Herbst'a* z płótna gutaperkowego. (Cofferdamm).

Wszystkie wypadki przez Witzla demonstrowane odnosiły się do zębów przednich. W. oświadcza się przeciw szczepieniu zębów trzonowych, jako nieprzedstawiającem najmniejszej szansy powodzenia.

F. Kobylński.

23. Dr. A. SKREBICKI. **Wypadek anoftalmii przy wrodzonej torbieli w dolnej powiece.** (*Klin. Monatsbl. f. Augenh. Nov.* 1881.)

\* Dr. Van DUYSE. **Kolobomat oka i wrodzona surewicza torbiel oczodołu.** (*Annales d'Oculist. Sept.—Oct.* 1881.)

Spostrzeżeniami mojemu—których opisałem już 7—dałem pochop do zwrócenia uwagi okulistów na tę rzadką i ciekawą anomaliję aparatu wzrokowego. Od czasu odczytu mojego na ostatnim kongresie okulistów w Medyjołanie, zaczęto badać jaki zachodzi stosunek między torbielą, zwykle rozwijającą się pod dolną powieką i gałką oczną, która albo nieistnieje, albo też bywa bardzo małą (mikrophthalmia).



Kol. S. z Petersburga podaje opis podobnej anomalii u 6 miesięcznego dziecka wraz z 3-ma drzeworytami. Surowicza torbiel istniała w obu oczodolach, pod dolnymi powiekami, które z formy i koloru wyglądały jak śliwki. Worek łącznicy obustronnie był ślepy (*cul de sac, anophthalmia*).

Obszerny artykuł temu przedmiotowi poświęcił dr. Van DUYSE, preparator przy katedrze patologicznej histologii w uniw. Gandawskim. W pracy swój, zakomunikowanej na sekcji oftalmicznej międzynarodowego kongresu w Londynie, głównie powołuje się na moje spostrzeżenia i wnioski.

U 22 letniego mężczyzny, w rodzinie którego byli bracia z rozdwojeniem warg i podniebienia, istniało od urodzenia wyrócenie obu dolnych powiek. *W lewej gałce* skonstatowano: rozdwojenie tęczy, naczyniówki, pochwy n. wzrokowego i warstwy barwnikowej siatkówki, przy niedoślepiu ( $V \frac{1}{6}$ ), krótkowzroczności, zwichnięciu pola widzenia i nystagmus. *Z prawej strony* istniała pod dolną powieką elastyczna, chelbocząca torbiel, nieprzyrośnięta do skóry; worek łącznicy w głębokości 15 mm. okazał się ślepym, zdawało się, że mamy do czynienia z anophthalmią; górna powieka wstanie powstrzymanego rozwoju. Z torbieli wyciągnięto 4 szpryceki Pravaza, surowiczego, pozbawionego elementów histologicznych płynu, lecz obfitującego w białko jak przy ascites—po opróżnieniu torbieli w głębi oczodołu wykryto ślady nierozwiniętej gałki, która na pozór znajdowała się w ścisłej łączności ze ścianami torbieli, o ile sądzić było można z jednoczesnych ich ruchów.

Do wiadomych nam 3-ch hipotez powstawania tych zagadkowych torbieli oczodołu u płodu, przybywa 4-ta. Jedni przypuszczają formowanie się torbieli na zewnątrz gałki, (*extra-bulbaris*) (HOYER, WICHERKIEWICZ), inni przypisują tworzenie się i wzrost torbieli w samych ścianach gałki ocznej (*intrabulbaris*). MANZ powia-

da, że tworzą się one pomiędzy warstwami białkówki. Na kongresie uważałem tę teorię najbardziej zbliżoną do prawdy. Van DUYSE, pisząc swój artykuł, znał mój odczyt tylko ze streszczenia i opierając się na przedostatniej mej pracy zakomunikowanej w tow. oftalmologów w Heidelbergu, twierdzi, że według mego zdania „torbiele nie mają nic wspólnego z gałką oczną.“ Obecnie jednak jestem wprost przeciwnego zdania, choć trudno jeszcze zapisać się do zwolenników teorii wygłoszonej przez dra V. D., jakoby *wrodzona surowicza torbiel była tylko w wysokim stopniu rozwiniętym (sclerectesia staphylomatosa), kolobomatem naczyniówki i pochwy n. wzrokowego*, który to kolobomat—otorbiwszy się i wypełniwszy oczodół—z jednej strony uciska gałkę (*microphthalmus propria dictu*), z drugiej wywraca na zewnątrz łącznicę i dolną powiekę. W końcu artykułu autor wykazuje różnice pomiędzy płynami surowiczymi w podobnej torbieli, w komórce przedniej oka, liq. cerebro-spinalis, przy echinococcus, w dermoidalnej torbieli.

24. Dr. J. TALKO, 10 lat walki z chorobami oczu w wojskach warsz. woj. okręgu. (*Wojenno-sanitarne Dielo Nr. 29*).

Autor wylicza jakie zaradcze higieniczne środki przedsiębrał okręgowy zarząd lekarski przeciw szerzeniu się ocznych chorób w ciągu ostatnich lat 10-ciu. Między innymi wspomina o odlitografowanych w 1873 r.: „Krótkich higienicznych wskazówkach“ etc. i ogłoszonym drukiem w 1875 i 1879: „Krótkim podręczniku rozpoznawania i leczenia chorób ocznych w wojsku spotykanych.“ (Napisali doktorowie WOLFRING i TALKO). Następnie poświęca kilka słów rozbirowi pewnych ustępów obowiązującej instrukcji dla okręgowych okulistów. W końcu twierdzi, że—zdaniem jego—do służby wojskowej nie powinni być przyjmowani popisowi cierpiący na jaglicowe zapalenie łącznicy, w jakimkolwiek bądź okresie choroby.



Artykuł ten napisany został w skutek świeżo wydanego cyrkularza Gł. Woj. lek. Zarządu, odnoszącego się do zmniejszenia w armii ocznych epidemji, a rozesłanego w skutek setki wypadków ślepoty w Sybirskim pułku w Tambowie.

25. Dr. A. VOSSIUS. **Leczenie dyftertycznego zapalenia łącznicy.** (*Zehender's Monatsb. Nov. 1881*).

Po bezskutecznem użyciu 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> rozczy-  
nu kw. karbolowego, przy jednoczesnych  
okładach lodowych, dr. V. przeszedł do  
zastosowania salicylo-bornego rozczy-  
nu, lecz zauważywszy zajęcie rogówek, zaczął  
używać 4<sup>o</sup>/<sub>o</sub> rozczy-  
nu kw. salicylowego  
w glicerynie (prof. BOSE używa tego środ-  
ka przy dyftertycie ran i gardzieli). Środ-  
kiem tym pęczlowano worek łącznicy co  
półgodziny; już od pierwszego dnia zau-  
ważono polepszenie, a po 3-ch tygodniach  
owróżnienia rogówek zabiłszy się.

26. Dr. KROEMER. **Antyseptyczne uży-  
cie atropiny i ezeryny.** (*Corr. Bl. f.  
Schweiz. Aerzte. Jahrg. XI, 1881*).

Często od długiego wkraplania tych  
środków rozwija się zapalenie łącznicy,  
jakoby wskutek wytwarzających się w roz-  
czynach grzybków. Otóż po dodaniu kw.  
karbolowego (1:1000), płyny te przez  
kilka miesięcy pozostają przezroczystymi,  
bez osadu i niewywołują podrażnienia łą-  
cznicy. Mniej antyseptycznymi okazały  
się kw. salicylowy i borny.

*J. Talko.*

#### IV. Psychiatria.

27. Dr. ENGELHORN. **Wypadek prze-  
mijającego zaburzenia świadomości u  
11-to letniego chłopca.** (*Ueber einen Fall  
von transitorischer Bewusstseinsstörung bei  
einem 11 jährigen Knaben. (Centralb. f. Ner-  
venheilk. 1881 Nr. 21)*).

Wypadki szybko przemijającego zabu-  
rzenia świadomości należą w ogóle do  
rzadkości, a wypadek przytoczony poni-  
żej zasługuje na uwagę tem więcej, iż  
zdarzył się w obecności lekarza w sku-

tek pojawienia się tegoż dla dokonania  
ekspertyzy sądowo-lekarskiej.

Chłopiec, o którym mowa, ma lat 11;  
w rodzinie usposobienie dziedziczne do  
chorób nerwowych i umysłowych nie  
istnieje; rodzice jego w ostatnich latach  
doznali dużo niepowodzeń, co niemało  
dotknęło nad wiek swój wrażliwego chłop-  
ca. Fizyczny i umysłowy rozwój dzie-  
cięcia nie pozostawiał nic do życzenia;  
w szkole okazał łatwą pojętność i do-  
skonale pamięć; niemniej i sfera uczu-  
ciowa była w nim odpowiednio rozwinię-  
tą.

Dnia 9-go Sierpnia b. r. w ogrodzie  
położonym po za domem rodziców na-  
stąpiła eksplozja prochu, w skutek któ-  
rój 13-to letni brat chłopca doznał tak  
ciężkich obrażeń, iż we 3 dni później ży-  
cie zakończył, chłopiec zaś o którym  
mowa, który znajdując się w więk-  
szem oddaleniu od miejsca wybuchu o-  
trzymał tylko powierzchowne zranie-  
nia skóry na twarzy i rękach. Ponie-  
waż przyczyna wybuchu była niewiado-  
mą, zarządzono więc sądowe oględziny  
pośmiertne trupa, oraz badanie zranio-  
nego chłopca. Ostatni dowiedział się o  
przybyciu ekspertów sądowych już po  
obejrzeniu przez ostatnich miejsca wybu-  
chu i nagle ogarnęła go silna obawa.  
Gdy zaś przystąpiono do zbadania go,  
znajdował się w silnem wzburzeniu, któ-  
re po upływie kilku minut ustąpiło miej-  
sca następującemu stanowi: Zaraz po  
pierwszych usiłowaniach zdjęcia opatrun-  
ku i obejrzenia ran, upadł na postanie i  
pozostał nieruchomy z zamkniętymi oczy-  
ma, nie zważając wcale na otoczenie.  
Wnet potem podniósł się na łóżku, otwo-  
rzył oczy i wzrok w dali utkwivszy po-  
czął w ekstazie głośno wypowiadać róż-  
ne ustępy z Pisma Ś-go, nie zważając  
przytem wcale na przywoływania ota-  
czających. Jednocześnie kończyny jego  
znajdowały się w stanie lekkiej katalep-  
syi. Ciepłota ciała nie była podwyższona,  
twarz lekko zaczerwieniona, tętna 92



uderzeń na minutę. Stan ten trwał tylko przez krótki przeciąg czasu (godzinę), poczem chory upadłszy na posłanie popadł w głęboki sen, z którego po upływie godziny sam przebudził się. Po przebudzeniu znajdował się w smutnym płaczącym usposobieniu, lecz w zupełnej przytomności umysłu nie doświadczając ani bólu głowy ani też psychicznego wyczerpania. Opowiada on teraz, iż śmiercią brata mocno był wzruszony, a dowiedziawszy się o interwencji sądowej doznał silnej obawy o los rodziców; obawa ta zwiększyła się gdy spostrzegł urzędników sądowych, a wkrótce potem stracił przytomność. Napadu samego wcale nie pamięta, a gdy wrócił do przytomności, zdawało mu się, jakby przebudził się ze snu, którego treść daremnie usiłuje sobie przypomnieć. Na tem zakończył się napad, a gdy po kilku dniach skutki obrażeń zakończyły się pomyślnie, powrócił do szkoły i nadal nie okazał najmniejszego zбочenia w sferze psychicznej.

Opisany powyżej napad bezwąt্পienia podobnym jest do stanów ekstazy, spostrzeganych u histeryczek i epileptyków, a właściwa tym ostatnim utrata pamięci (amnesia) była w nim również zupełną. Pomimo to jednak nie należy go uważać za jednoznaczny z tymi stanami, ponieważ z jednej strony zależnym był od innych zupełnie momentów etiologicznych—gdyż przy braku jakiegokolwiek usposobienia dziedzicznego lub neuropatycznego, podrażnienie psychiczne spowodowane bólem i strachem stanowiło tu niewątpliwą przyczynę napadu—z drugiej strony zakończył się zupełnie pomyślnie, gdy tymczasem przy wspomnianych powyżej cierpieniach (Hysteria, Epilepsia) po napadach pozostają zwykle stany psychicznego wyczerpania. Wypadek ten więc jako pojedyncze przemijające zaburzenie świadomości, uważanym być winien za samoistny objaw, któremu nie należy przypisać poważnego znaczenia. Godnym jest wszelako uwagi, iż pod

wpływem silnego wstrząśnienia u wrażliwego osobnika wywiązał się zbiór objawów, jaki spotykamy tylko jako oddzielne ogniwo w rzędzie różnorodnych zaburzeń nerwowych. *Albert Rosenthal.*

## MISCELLANEA.

28. MEYERHOFF. **Wrzody żyłakowate i wyprysk na goleniach.** *Ulcères variqueux et eczéma des jambes.* (*Revue de théér.* 1881 p. 327). Wrzody żyłakowate na goleniach M. leczy za pomocą opatrunku karbolowego i wstrzykiwań w sieć żył rozszerzonych ergotyiny po 0,05 — 0,07 co drugi lub trzeci dzień. Po wstrzyknięciu bandażuje się gołeń flanelą i chory pozostaje dobę w łóżku. Do zupełnego usunięcia choroby potrzeba średnio 8 wstrzyknięć. Objętość żyłaków widocznie się zmniejsza i powrotów choroby nie bywa. Samo wstrzyknięcie sprawia ból trwający 6 — 8 godzin, lecz nigdy nie przyczynia się do wytworzenia ropnia.

29. DIANIN et SECH. **Trichlorophénol, nouvel antiseptique.** (*Rev. de th.* 1881 p. 437). Nowy ten przetwór posiada własności przeciwnie i przeciwfermentacyjne w daleko wyższym stopniu jak kwas karbolowy. DIANIN otrzymał go przez zmieszanie roztworu kwasu karbolowego z chlorkiem wapnia; SECH zaś przez działanie bezpośrednie chloru na kwas karbolowy, przy czem otrzymał masę czerwoną, zapachu przenikliwego, smaku palącego, rozpuszczalną w eterze, mniej gryzącą jak fenol. Z masy tej otrzymać można kryształki białe, przezroczyste, rozpuszczalne w eterze i wysokoku. Woda osadza go z roztworu wyskokowego w postaci białych płatków. *Maresz.*

30. **Leczenie niepowstrzymanych wymiotów za pomocą przepłukiwania żołądka.**

De CERENVILLE nadzwyczaj zachwala tę metodę leczenia przy gwałtownych wymiotach zależnych od najrozmaitszych przyczyn. Często jedno przepłukanie żołądka usuwało wymioty przeciwko którym przez pewien czas bezskutecznie używano opium, podskórnych wstrzykiwań morfiny, belladony, wód gazowych, wina szampańskiego, lodu, gorczyczników, elektryczności i t. p. środków. Z pomiędzy wielu wypadków niepowstrzymanych wymiotów w których przepłukiwania żołądka okazały się tak skutecznymi C. przytacza: 10 letniego chłopca z rozszerzeniem żołądka, 20-letnią histeryczkę, u której gwałtowne wymioty powstały wkrótce po utworzeniu się wysięku okołomacicznego, 22-letniego mężczyznę, u którego wymioty, zawrót głowy i szum w uszach powstały w skutek uderzenia w głowę i nakoniec dwóch suchotników. Do przepłukiwań autor używa czystej wody albo nastoju gorzli (quassia). *R.*