

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

31. Dr. MARTIN BERNHARDT. **Hemiparalysis dextra.** (*Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkr. XII. 2. Heft.*)

Chora, 20-letnia dziewczyna, cierpiała naprzód na połowiczny bezwład prawostronny, powikłany z afazyją, agrafiją i prawostronną hemianopsyją. Cierpienie podobno rozpoczęło się od obrznięcia kończyn dolnych i utrudnienia mowy, a po kilkotygodniowej ciężkiej chorobie (?) stwierdzono objawy bezwładów. Autor, badając chorą w 6 miesięcy później zaznacza objaw następujący: *Prawa ręka i prawa ramię podlegały bezustannym i gwałtownym ruchom (chorea posthemiplegica)*, zresztą, chora przy chodzeniu powłóczy prawą kończynę, ruchy górnej kończyny wielce utrudnione, usta nieco na lewo przeciągnięte, *ptosis* po stronie lewej, zwężenie lewej źrenicy, *hemianopsia dextra*. Po 5 tygodniach stan chorób znacznie się poprawił, a co do ruchów mimowolnych kończyny górnej prawej, straciły one cechy ruchów płasawicznych. Natomiast obecnie zauważyć było można tylko *po-wolne, leniwe ruchy palców w postaci chwytania*: palce się prostowały, oddalały od siebie, i zginały—ciągle lecz powoli. Dla oznaczenia ruchów podobnych HAMMOND wprowadził nazwę *Athetosis*. Chora badana po upływie 3-ch lat, przedstawiała kwitnący wygląd, kończyny strony prawej nieco słabsze aniżeli lewej; dłuższe wyrazy wymawia z pewną trudnością. *Atetozę* zarówno jak *Hemianopsia*, trwają w tym samym stopniu jak dawniej.

Niniejszy przypadek posłużyć może za przykład, że stany posthemiplegiczne dają

powód do powstawania połowicznej płasawicy i ruchów jej pokrewnych, mimowolnych. Zarówno B. jak i inni autorowie bowiem, uważają zjawiska chorobowe opisane po raz pierwszy przez HAMMONDA pod nazwą „Athetosis,” za zmodyfikowaną (najczęściej połowiczną) płasawicę. Zarazem potwierdza autor, że *athetosis* opiera się wszelkim środkiem leczniczym.

Przypisek sprawozdawcy: Hammonda Athetosis (Treatise on diseases of the nervous-system. New York 1872), oznacza bezustanny ruch palców rąk i nóg, w postaci zginania i prostowania, niestający podczas snu a pozwalający czasowo powstrzymać się tylko nadzwyczajnym wysiłkiem woli lub przez pewne ustawienie kończyn. Ruch taki wzmagą się w formie paroksyzmów. Ruchowi palców towarzyszy niekiedy zeszywnienie mięśni ramienia lub łydki. Przypadki atetozy napotymano dotąd tylko w przebiegu cierpienia mózgu i rdzenia kręgowego i należy uważać je raczej za szczególny i rzadki objaw, aniżeli za oddzielną postać chorobową. Z pomiędzy nowych spostrzeżeń notujemy następujące: Teissien, Hémiparalysie consécutive à une hémichorée posthémiplegique. Lyon méd. Nr. 31 — 1880. — Du CAZAL, Obs. d'hemi-athetose avec aphasie. Union méd. Nr. 171 — 80. — BRIGIDI e BANTI, Emiplegia a destra con asafia. Lo Sperimentale. BERNHARDT, Fall von posthemiplegischer Bewegungsstörung, Berl. klin. Wochenschr. 25, 1880. — Cztery przypadki atetozy, opisane przez GREIDENBERGA (Wracław 48—41, 1881). Adam Bauerertz.

32. Dr. MARTIN BERNHARDT. **Dwa przypadki martwoty kończyn.** *Zwei Fälle von localer Asphyxie der Extremitäten.* (*Ibidem*).

Pierwszy przypadek dotyczy kobiety 25 letniej, silnie i czerstwo wyglądającej. Od dwóch lat podlega ona przypadłościom następującym: Doznaje ziębienia rąk i nóg, pozostając na wolnym powietrzu, choćby przez krótki tylko czas—nawet i w lecie;—ręce przyjmują barwę ciemno-siną, szczególnie środkowy palec ręki prawej przedstawia odcień niebieski i jest zimny. Późno-

cie prawidłowo ukształtowane, skóra mięka, delikatna *nie* sklerotyczna. Na dłoni, gdzie nie gdzie pręgi niebieskawe, w innych miejscach obrażenia skóry wielkości 1—3 mm. o dnie krwawym oraz blizny po wygojeniu takich obrażeń. Częstokroć uczucie świerzbienia, sztywność, nawet ból w rękę (szczególnie lewą), rozciągający się do ramienia i barku. Zresztą, brak wszelkich zmian bądźto w sferze ruchu, bądź też (obiektywnie stwierdzić się dających) w sferze czucia. Po krótkim pobycie w ciepłym pokoju, w miejsce sinicy powstaje ciemne zaczerwienienie; ręka obrzmiewa i staje się cieplejszą. Na nogach podobnych zjawisk nie ma.—Serce prawidłowe, puls promieniowy wyraźnie wyczuwalny—brak wszelkich momentów dziedzicznych usposabiających.

Drugi chory, również silny człowiek, ślusarz, 27 lat wieku liczący. Przed 4-ma tygodniami uderzył się w prawy bark, wkrótce potem upadł na dłoń. Wypadki te wszelako nie zrzędziły mu najmniejszej szkody i autor nie opatruje w nich związku ze stanem, który rozwinął się we 2 tygodnie potem. Stan ten jest następujący: ręka prawa blada, sina, zimna (26° C. prawa, 27,9° C. lewa), paznogie niebieskie; ręka podobna do trupiej. Obniżenie temperatury stwierdzić się daje aż do łokcia. Czucie nieco przytępione. Ucisk na mięśnie gdzie niegdzie bolesny. Obrzmienia nie ma. Siła ręki osłabiona. Oddziaływanie na faradyzację nieco zmniejszone, czas trwania skurczu elektro-mięśniowego przedłużony. Na szczególną uwagę zasługuje w przypadku tym okoliczność, że obok znacznego napięcia tętnicy promieniowej, wyczuwalnej w postaci powroza, nie ma ani promieniowego pulsu ani łokciowego ani nawet ramieniowego. Serce prawidłowe.

Opisane przypadki polegają na zaburzeniu obiegu krwi w częściach obwodowych, a ostatecznie, wielce prawdopodobnie, na cierpieniu ośrodków naczynioruchowych. We Francji cierpienie to zda-

je się być częstszym i bywa opisywanem pod różnymi nazwami; jako to: „*asphyxie locale des extrémités, syncope locale, Erythromelalgie*.“ Objawy występują prawie zawsze, po obu stronach, symetrycznie; przeto spostrzeżenie II, tu opisane, jako cierpienie jednostronne, zdaje się należeć do wyjątków. Podobne zjawiska napotykanie bywają także na uszach, na nosie, oraz towarzyszą im niekiedy zaburzenia wzrokowe, obiektywnie rozpoznac się dające zmiany w tarczy nerwu wzrokowego (papilla) i zmiany naczyń siatkówki.

Według RAYNAUD'A, w opisanych cierpieniach, podniesioną jest pobudliwość naczynioruchowych ośrodków, mieszczących się w części szyjowej rdzenia. Stan podniesionej pobudliwości ma być podtrzymywany stale lub intermitujące, przez działanie zwrotne obwodowych nerwów czucia, resp. nerwów skórnych rąk, narażonych na ciągle zmiany temperatury.

W obu wypadkach autor próbował złagodzić cierpienie przez stosowanie prądu galwanicznego, co w pierwszym przypadku udało mu się osiągnąć tylko na czas przemijający, w drugim zaś skutek zdaje się być trwałym.

Wielkie dawki chininy, zachwalane w tych razach przez VULPIANA, stosował autor w I przypadku, wszelako bez wyraźnych skutków.

Porówn. RAYNAUD: *Nouvelles recherches sur la nature et le traitement de l'asphyxie locale des extrémités. Archives générales.* 1874. Janvier-Teorier.

VULPIAN: *Clinique médicale de la Charité.* Paris 1879. p. 879.

LAUNOIS: *Paralysiz vasomotrice des extrémités ou erythromelalgie.* Paris. 1880. Adam Bauerertz.

33. Dr. E. BLOCH. **Uspodobienie neuropatyczne i odruch kolanowy.** *Neuropathische Diathese und Kniephänomen.* (Archiv. f. Psych. u. Nerven. Bd. XII. H. 2. p. 471).

Wiadomo, iż brak odruchu kolanowego (Patellarsehnenreflex) jest według WESTPHAL'A objawem patognomicznym cierpienia tylnych pęczków rdzenia kręgo-

wego. Autor w celu przekonania się o stałości odruchu kolanowego u zdrowych, badał pod tym względem 694 uczniów szkół ludowych, w tej liczbie 319 chłopców i 375 dziewczynek. Z tej liczby znalazł on tylko u 5 brak odruchu kolanowego. Szczegółowe dane dotyczące rodzin 3-ch z 5-ciu owych wypadków przekonywają, iż w rodzinach z usposobieniem neuropatycznym może być brak odruchu kolanowego u niektórych członków rodziny, który to brak bynajmniej nie upoważnia do przypuszczenia początkowego okresu cierpienia tylnych pęczków rdzenia. W jednym tylko z tych wypadków niepodobna odrzucić możności późniejszego wystąpienia tej choroby, ze względu iż chłopiec o którym mowa, urodził się już podczas istniejącej u ojca choroby rdzenia (stwardnienie pęczków bocznych. Dwa z tych wypadków pokazują prócz tego, iż brak odruchu kolanowego może być odziedziczonym, przyczem zjawisko to jest jakby ostatnią wskazówką przytłumionego usposobienia neuropatycznego). Jeśli w tych wypadkach nie przypuścimy cierpienia pęczków tylnych, to przynajmniej przyjąć należy wrodzoną anomaliję rdzenia, mianowicie przypuścić można zatrzymanie się na zarodkowym stopniu rozwoju, rozszerzenie kanału rdzenia (Hydromyelus), przemieszczenie oddzielnych części tegoż (ARNDT, PICK, SCHULTZE). Cztery z badanych wypadków pokazuje, iż brak odruchu kolanowego może mieć miejsce i u nieusposobionych lecz dotkniętych cierpieniem kręgosłupa (Kypholordosis). Co do 5-go wypadku w którym zauważył autor brak odruchu, niepodobna było otrzymać bliższych danych anamnestycznych.

A. Rosenthal.

34. POMMAY. Przyczynę do nauki o padaczce żołądkowej i o związku pomiędzy tą padaczką a pewnymi nerwami nerwu błędnego. *Contribution à l'étude de l'épilepsie gastrique et des relations existant entre cette épilepsie et certaines névroses du nerf vague.* (*Revue de Méd.*

Nr. 6, 1881).

Autor obserwował 2 wypadki, w których padaczka wystąpiła prawie bezpośrednio po błędzie w dyjecie. W obu wypadkach podczas drgawek chorzy silnie wymiotowali, a po napadzie, przez kilka dni doznawali rozmaitych objawów niestrawności. U obu tych chorych padaczka powstawała kilka razy, lecz zawsze w jednych i tych samych warunkach t. j. w skutek przejedzenia się. W dzieciństwie nie chorowali oni na żadne drgawki, rodziców mieli zdrowych, żadnej innej przyczyny choroby, prócz niestrawności, nie można było wykryć.

Ponieważ autor obserwował też chorych, którzy w skutek niestrawności doznawali silnego i nieprawidłowego bicia serca, przeto przychodzi do wniosku, że podrażnienie nerwów żołądka w dwojaki sposób może wpływać na nerw błędny: raz pobudzając go i powodując drgawki, a drugi raz zmniejszając jego czynność, co pociąga za sobą przyspieszenie działalności serca.

Ostateczne wnioski do których P. w swęj pracy przychodzi są następujące:

1) Zaburzenia w trawieniu mogą powodować rozmaite objawy nerwowe, zależne: a) od bezwładu; b) od podrażnienia nerwu błędnego.

2) Te objawy są pochodzenia odruchowego i w zupełności zależą od nerwu błędnego (drażnienie jego gałązek czulnych w żołądku, odruchowe pobudzenie lub porażenie gałązek sercowych).

3) Objawy pobudzenia występują w postaci napadów padaczkowych, objawy zaś porażenia w postaci napadów silnego i nieprawidłowego bicia serca.

4) Sposób w jaki drażnienie żołądkowe na nerw błędny działa, zależy prawdopodobnie od wieku i stanu ustroju.

5) Padaczka żołądkowa różni się od innych padaczek: a) przyczyną (błąd w dyjecie), b) objawami (wymioty), c) następstwem (zaburzenia w trawieniu).

M. Rejchman.

35. SPATZ. **O wpływie chorób na wielkość serca.** *Ueber den Einfluss von Krankheiten auf die Grösse des Herzens.* (Deutsch. Arch. f. kl. Med. XXX Bd. 1 u. 2 Heft).

Praca BUHLA p. t. „Pomiary serca i wielkich naczyń“ wydana jeszcze w r. 1878 skłoniła autora do zajęcia się tym samym przedmiotem, lecz na podstawie nierównie obfitszego materiału. Metoda jakiej autor używa, jest następująca: najprzód mierzy przy otwartém sercu wielkość komórek, następnie szerokość aorty i tętnicy płucnej, nakoniec grubość mięśnia sercowego (z pominięciem pokładu tłuszczowego). Prócz tego podaje płeć, wiek, długość ciała, wagę i objętość trupa. Dla otrzymania normalnych średnich cyfr jako podstawy do porównania, autor postępuje wedle sposobu podanego przez BUHLA, t. j. bada powyższe punkta w wielkiej liczbie wypadków (1071) bez względu na chorobę. Już przez to samo wykazuje się sprzeczność z podaniami innych autorów, jakoby serce z postępem lat powiększało się we wszystkich wymiarach, jakoteż z twierdzeniem BENEKEGO, że tętn. płucna staje się z wiekiem węższą od aorty. Te same rezultaty otrzymał autor z zestawienia wypadków (99) w których śmierć nastąpiła nagle u ludzi zdrowych lub w skutek ostrych chorób.

U suchotników (233 męzc. 94 kob.) znaleziono zmniejszenie szczególniej lewej komórki. Nie zgadza się autor z zdaniem BENEKEGO, jakoby u suchotników pierwotnie istniało małe serce, albowiem w takim razie musiałoby być w związku z zanikiem całego ciała. Daleko znaczniejsze zmniejszenie serca, a mianowicie lewej komórki, znalazł autor u chorych na raka (29 m. 55 k.) Aorta, a bardziej jeszcze tętn. płucna, była nieco zwężoną. Przy zaniku ziarnistym nerki (54 wypadki) autor znalazł ten sam rezultat co BENEKE, t. j. rozszerzoną, przerosłą lewą komórkę i wąską aortę. Rezultat ten jest niezmiernie ważny ze

względem na związek marskości nerek z przerostem serca; według bowiem teoryj TRAUBEGO i GULL-SUTTONA, aorta powinna być rozszerzoną. Autor zgadza się z BUHLEM, że przerost serca powstaje w skutek zapalenia mięśnia sercowego (myocarditis) w następstwie choroby nerek, które to zapalenie prowadzi do przerostu tém więcej, że jednocześnie utrudnione jest wejście krwi do aorty w skutek zwężenia téj ostatniej. Autor zresztą wykazuje pomiarami swemi, że sama myocarditis (78 wyp.) w samej rzeczy prowadzi do znacznych przerostów serca.

W końcu autor podaje wyniki porównawczych pomiarów serca i rozwoju całego ciała. Wielkość serca i długość ciała nie są w bezpośrednim związku ze sobą, owszem zdaje się, że dla obu istnieją osobne warunki wzrostu. Pod tym względem autor zgadza się zupełnie z zdaniem BENEKEGO.

K. F.

36. Dr. PRZEMYSŁAW PIENIAŻEK. **O duszności.** (*Przeg. lek. Nr. 48, 49, 50, 51*).

Duszność—jest to przykre uczucie, którem się zdradza niedokładne utlenienie krwi, w płucach się znajdującęj, jest objawem, który w pewnym stopniu natężenia bezpośrednio życiu zagraża, z drugiej jednak strony stanowi zarazem pomoc daną od natury organizmowi chorego, którą się on od zaduszenia, a więc od śmierci ratuje; temi mniej więcej słowo określa autor na początku swęj pracy znaczenie duszności. W dalszym ciągu zastanawia się nad pytaniem, co właściwie jest powodem duszności, co spowoduje ostatecznie śmierć przez zaduszenie, czy nadmiar kwasu węglowego, lub też brak tlenu? jasno i szczegółowo rozbiegając kwestyje wymiany gazów i sprawę dyfuzji, przychodzi do wniosku, że nie nagromadzenie kwasu węglowego, lecz *brak tlenu* spowoduje uczucie duszności, a względnie zaduszenie.

Oddech polega na rytmicznie powtarzającym się wdechu, po którym zaw-

sze wydech następuje; przyczyną tej rytmicznej czynności mięśni jest względny brak tlenu, a więc zawsze duszność, chociażby nie w tym stopniu w jakim chorobowo przychodzi; w ten sposób brak tlenu czyli duszność wywołuje odruchowo pierwszy wdech noworodka, drugi wdech dokonywa się jak każdy następny, a nawet ostatni w życiu powstaje pod wpływem tegoż samego bodźca co i pierwszy, t. j. pod wpływem nowego braku tlenu we krwi. Zboczenia wywołujące duszność, dają się podzielić na dwa rodzaje: 1) Gdzie wprowadzenie nowej ilości powietrza do płuc jest utrudnionem z powodu zwężeń w drogach oddechowych; w tych wypadkach organizm oddziaływa na przeszkodę *głębokimi a rzadszemi* wdechami i w ten sposób doprowadza nawet przy znacznych zwężeniach potrzebną ilość powietrza do płuc. 2) Drugim rodzajem duszności jest ten, gdzie dostawa powietrza nie jest utrudnioną, ale mimo to krew płuc nie odwęgla się dostatecznie, bądź to z powodu, że zawiera za mało ciałek czerwonych, jak w blednicy lub białaczce, bądź za mało jęj jest w płucach, jak w anemijach po krwotokach, przy zaniku naczyń w rozedmie płuc etc.; w tych wypadkach gdzie wymiana gazów skutkiem zmienionej jakości lub ilości krwi w płucach jest upośledzoną, więcęj odpowiadają potrzebie organizmu *płytkie a częste* oddechy.

Autor rozróżnia trzy rodzaje przebiegu duszności: przewlekły, ostry i nagły; pierwszy cechuje się możliwością przyzwyczajenia się organizmu do zmienionych warunków, przy drugim chory prędzjęj ulega zaduszeniu, przy trzecim zaś następuje nagła śmierć, albo też nagła poprawa.

Przy zwężeniach dróg oddechowych zachodzić mogą pewne odmiany w obrazie i przebiegu duszności, zwłaszcza jeżeli zwężenie nie jest stałym; np. polipy umieszczone powyżjęj głośni utrudniają

wdech, poniżjęj— wydech etc.

Sinicy autor nie uważa za objaw niedokładnego odwęglania krwi, lecz za następstwo utrudnionego odpływu krwi żylnęj do prawego serca, co ma miejsce tam, gdzie odpływ krwi z prawego serca do płuc jest utrudniony, np. przy utrudnionym wydechu.

Duszność w ogólnym tego słowa znaczeniu nie wpływa na powstawanie sinicy; utrudniony wdech powoduje błądłość skóry, zaś utrudniony wydech zawsze powoduje sinicę (w normalnym stanie: płacz, krzyk, kaszel etc.).

Największą sinicę autor obserwował przy powieszeniu w wypadku, gdzie śmierć nastąpiła nie przez nadwężenie rdzenia przedłużonego, jak to najczęścięj bywa, lecz przez zaduszenie, co zdarza się w razach, gdzie stryżek niewprawną ręką założonym został. Jeżeli przy śmierci z powieszenia umierający ostatni raz westchnął, wtedy będzie sinica na całym ciele, gdy przeciwnie, życie uleciało z wydechem, przeważać będzie ogólna błądłość z wyjątkiem głowy.

Następnie autor szczegółowo wylicza stany chorobowe, które duszność wywołują, stosownie do wyżjęj wymienionego podziału: t. j. 1) zwężenia dróg oddechowych; 2) upośledzenie wymiany gazów. Co do pierwszego, rozróżnia następujące zboczenia: a) zwężenia w samej głośni, b) powyżjęj i poniżjęj, c) zwężenia w drogach oddechowych powstałe skutkiem ucisku ich ścian od zewnątrz (wole, tętniak aorty, powiększenia gruczołów oskrzelowych, nowotwory, sprawy zapalne na szyi a'bo w śródpiersiach, zaulek polyku (diverticulum), d) zwężenia w samych ścianach powstałe (zapalenie ochrzęstnej krtani, owrzodzenie głośni, puchlina krtani, ropnie w tkance podśluzowęj, zapalenie mięższowe krtani, przerost błony śluzowęj krtani (ogólny i częściowy), nowotwory krtani i tchawicy, blizny, zwężenia na tle nerwowém (porażenie mięśni rozszerzających i skurcz

mięśni zwężających głośnie), nowotwory migdałków, ciała obce, astma ostrzelowa).

Co do drugiego, autor wymienia następujące przyczyny duszności: blednica, niedokrewność, wodnistość krwi, białaczka, zwężenie tętnicy płucnej, rozedma płuc, wysięk do jamy opłucnej, lub dostanie się do niej powietrza, stan gorączkowy.

Nakoniec autor opisuje trzeci rodzaj duszności, powstający w skutek zwężenia pewnej części oskrzeli; wtedy system oddychania nie będzie zmienionym, lub przy znaczniejszym stopniu zwężenia oddechy będą częstsze i płytsze. *C. Stiche.*

37. EPPINGER. **O gruźlicy żołądka i przelyku.** *Ueber Tuberculose des Magens und des Oesophagus.* (*Prag. med. Wochschr.* Nr. 51, 52, 1881).

Gruźlica żołądka jest zjawiskiem bardzo rzadkiem. W wypadkach, gdzie w skutek ogólnej gruźlicy rozwijają się wrzody gruźlicze w kiszkach, zdarza się niekiedy, iż te wrzody rozprzestrzeniają się aż do części odźwierniczej żołądka. W innych wypadkach gruźlica rozprzestrzenia się na żołądek z gruczołów chłonnych sąsiadujących z małą jego krzywizną. Autor robiąc sekcję dwóch osobników zmarłych na ogólną gruźlicę, znalazł gruzelki i owrzodzenia gruźlicze w błonie śluzowej całego żołądka, w bardzo znacznej ilości, przyczem w błonie śluzowej kieszek ani w gruczołach kręzkowych nie było ani śladu tej choroby. Punktem wyjścia ogólnej gruźlicy były w obu wypadkach płuca, w których zarówno jako w wątrobie i nerkach znaleziono liczne gruzelki.

Prócz tych dwóch wypadków autor obserwował jedyny, według niego, wypadek wrzodów gruźliczych w przelyku. I tutaj punktem wyjścia ogólnej choroby były płuca. Powstanie wrzodów gruźliczych w przelyku autor objaśnia tą okolicznością, iż u chorób za życia rozwinęły się pleśniawki (*soor*) na błonie śluzowej

tego organu, które nie tylko rozpułchniły ale nawet zniszczyły w niektórych miejscach nabłonek, tak, iż błona śluzowa wypadkowo przedstawiała dobry grunt dla przyjęcia się zarazka połykanego z plwociną.

Rejchman.

38. KELSCH. **Przyczynę do nauki o wągliku u ludzi. Wypadek wąglika kieszek bez objawów zewnętrznych (mycosis intestinalis).** *Contribution à l'histoire du charbon chez l'homme. Note sur un cas de charbon intestinal sans lésions externes.* (*Mycose intestinale des Allemands.*) (*Rev. de Méd.* Nr. 7, 1881).

Autor obserwował wypadek zupełnie podobny do opisów wąglika wewnętrzne-go u ludzi, podanych przez WALDEYER'A, MÜNCH'A, LEUBEG'O i WAGNER'A. Autor sądzi, iż samorodne powstawanie wąglika u człowieka jest niemożliwe, i że tak wąglik wewnętrzny jak i zewnętrzny rozwija się w skutek zarażenia od przedmiotów pochodzących ze zwierzęcia chorego. Najprawdopodobniej rozwój wewnętrzne-go wąglika przychodzi do skutku za pośrednictwem pokarmu będącego w styczności z temi zarażeniami przedmiotami. Opierając się na obserwowanych wypadkach K. kreśli następującą symptomatologię wąglika wewnętrznego. Choroba zaczyna się dość nagle upadkiem sił, niekiedy dreszczami; następnie bardzo prędko występują zaburzenia w organach trawienia: bóle żołądko-kiszkowe, wymioty, do których wkrótce się przyłącza rzucanie się, senność, mniejsza lub większa utrata świadomości, tętno staje się szybkie, małe, powstaje duszność, sinica, bez znacniejszego podniesienia się ciepłoty ciała. Prawie we wszystkich wypadkach wcześniej lub później występował *collapsus*. Śmierć następowała bardzo prędko, od 2-5 dnia choroby. Czasami przed śmiercią powstają napady padaczkowate lub tężcowe.

Zmiany anatomiczne były we wszystkich wypadkach następujące: Zawały krwawe (*infarctus haemorrhagicus*) i grudko-

wata wysypka na błonie śluzowej kanału żołądko-kiszkowego, wysypka zajmująca całą grubość błony śluzowej i podśluzowej; w wielu wypadkach na tych grudkach były pryszcze ciemno-czerwone lub szaro-żółte, na innych grudkach okazywały się owrzodzenia z dyfterytycznym wyglądem; w jamach surowicznych, szczególnie w jamie otrzewnej, znajdował się płyn surowiczny lub krwawy, toż samo w tkance łącznej zaotrzewnowej, gruczoly chłonne w brzuchu były obrzmiałe, w rozmaitych częściach ciała napotykały się wylewy krwawe. W wielu wypadkach znaleziono lasecznik wąglikowy (*bacillus anthracis*) w kiszkiach, w limfie i we krwi.

M. Rejchman.

39. RAYMOND. Przyczynę do nauki o żółtaczkach złośliwych krwotocznych, zakończonych wyzdrowieniem. (*Revue de Médecine Nr. 9, 1881.*)

Istnieje wielka różnorodność zdań odnośnie pochodzenia żółtaczki. Dotąd nie rozstrzygnięto, czy żółtaczka zawsze winna być uważaną jako objaw miejscowych zmian organicznych, czy też istnieje choroba ogólna, której by można dać miano żółtaczki złośliwej krwotocznej i jaki zachodzi stosunek między tą ostatnią a żółtaczką występującą przy miejscowych zmianach w wątrobie, kamieniach żółciowych, marskości wątroby i t. p. Taż sama różnorodność zdań dotyczy i rokowania w żółtaczce złośliwej, przez długi czas uważanej za bezwarunkowo śmiertelną. Obecnie jest już pewna liczba spostrzeżeń, dotyczących żółtaczki złośliwej krwotocznej, zakończonej wyzdrowieniem. We wszystkich tych przypadkach zauważono w pewnym okresie choroby zmiany w moczu, do tego stopnia uderzające, że zwolennicy teorii nerkowej, na zasadzie tych spostrzeżeń usiłowali zyskać podstawę dla wytłomaczenia objawów ogólnych żółtaczki złośliwej. Autor przytacza trzy własne spostrzeżenia (2 mężczyzn, 1 kobieta) żółtaczki złośliwej krwotocznej, zakończone wyzdrowieniem.

We wszystkich tych przypadkach nie brakowało żadnego z objawów tej chorobie właściwych. W okresie polepszenia stanu chorych zaszły uderzające zmiany w wydzieleniu moczu. Ilość moczu przedtym bardzo mała (25 cent. kub.) powiększyła się do 3000 grm., a w następnych dniach do 4000 i wyżej. Jednocześnie ilość białka i krwi w moczu stopniowo się zmniejszała, krążki krwi wreszcie zupełnie znikły. Chorzy zostali wypisani ze szpitala w stanie zupełnego zdrowia, u wszystkich jednak pozostały ślady białka w moczu i ilość tego ostatniego była zwiększoną. Prócz tego u jednego z mężczyzn pozostał zauważony podczas choroby rytm cwałowy (*bruit de galop*) w sercu. W dwóch pozostałych przypadkach objawu tego nie było. Zastanawiając się nad opisanymi przypadkami autor przypuszcza, że miał do czynienia z żółtaczką rozwijającą się u chorych dotkniętych już poprzednio zapaleniem nerek śródmiąższowem, które to zapalenie będąc samo przez się często krwotocznym, mogło spowodować szczególnie ciężki przebieg żółtaczki zkrwawiną złośliwą. Przypuszczenie to objaśnia nam w przebiegu powyższych wypadków, 1) podobieństwo do złośliwej żółtaczki; 2) objawy krwotoczne; 3) powiększenie ilości moczu w pewnym okresie choroby i późniejszą polyurię; 4) zejście w wyzdrowienie i lekki stopień białkomoczu przy zwiększonym wydzieleniu moczu. Przypuszczenie wprost przeciwne ma także pewne dane za sobą, gdyż w literaturze znajdujemy dokładne opisy wtórnych zmian w nerkach przy żółtaczce złośliwej. Nie którzy nawet autorowie jednoczą objawy ogólne przy żółtaczce złośliwej z objawami mocznicy. Bez względu na to mniemanie, nie przyjęte zresztą przez większość badaczy i nie poparte doświadczeniem, zboczenia ze strony funkcji nerek przy żółtaczce zasługują na ścisłe rozważanie, szczególnie ze względu na rokowanie, gdyż jest najzupełniej możebnym

że żółtaczką rozwijającą się u chorego dotkniętego chronicznym zapaleniem nerek, ma tylko pozory złośliwości. Być może, że niektóre opisane przypadki wyleczonych żółtaczek złośliwych krwotocznych, należą do tej właśnie kategorii.

H. Ruppert.

40. BRISSAUD. Śpiączka przy cukromoczu. Le coma diabétique (*Progrès médical* Nr 49—1881).

Z powodu ogłoszonej niedawno przez EBSTEINA pracy w *D. Archiv für klin. Medicin* XXVIII ¹⁾ autor zastanawia się nad znaczeniem i pochodzeniem śpiączki przy cukromoczu. Wprawdzie powikłanie to zdarza się rzadko, jest jednak objawem bardzo ciężkim, gdyż w przeciągu kilku godzin może się stać powodem śmiertelnego zejścia.

Już w r. 1828 v. STOSCH wspomina, że do moczówki cukrowej może się przyłączyć śpiączka, przyczem występuje silna duszność tak, że śpiączkę tę możnaby nazwać *dusznicową*. Podobne obserwacje podali PROUT i GRISOLLE, z powodu jednak niedokładności opisów zbyt mało wagi do nich przywiązywano. W ostatnim dopiero dziesięcioleciu dokładniejsze opisy skłoniły do zwrócenia baczniejszej uwagi na to groźne powikłanie. Obecnie nikt już nie wątpi, że śpiączka może się przyłączyć do moczówki cukrowej — pytanie jednak, w jaki sposób powstaje, nie jest jeszcze dokładnie wyjaśnione. Ponieważ nie można było uważać tej śpiączki za bezpośrednie następstwo nadmiernej ilości cukru, rozpuszczonego we krwi, musiano przeto przyjąć że zjawisko to powstaje pośrednio skutkiem zmian następczych, wywołanych w tkankach ustroju obecnością wielkiej ilości cukru. Zmiany te mogą być następujące: a) ubytek wody z tkanek, głównie z mózgu; b) mocznica (uraemia); c)

acetonaemia, która powstać może w skutek fermentacji w żołądku pod wpływem cukru, znajdującego się w soku żołądkowym i wreszcie d) nadmiar tłuszczu we krwi, z kąd łatwo powstać mogą zatęplenia płucne. Ostatnia teoria ma najmniej zwolenników, chociaż najłatwiej mogłaby wytłumaczyć stale przy śpiączce tej występującą duszność. B. również nie przyjmuje tej teorii. Tłumaczenie że mocznica jest powodem śpiączki diabetycznej, nie większym cieszy się uznaniem. Nieznaczne zmiany, jakie znaleziono w nerkach osób, zmarłych na cukromocz (dodać należy, że GRIESINGER tylko w połowie wypadków skonstatował zmiany polegające na tym, że nerki były nieco większe, co powstać również mogło skutkiem powiększenia ich czynności wydzielniczej), niższa aniżeli w stanie normalnym ciepłota ciała u diabetyków, głównie brak białkomoczu w większości obserwowanych wypadków: to wszystko, według autora przemawia przeciwko objaśnieniu śpiączki diabetycznej mocznicą.

Teoria acetonaemii podana przez KUSSMAULA, należy do najnowszych. Pierwszy PETERS na zasadzie słodkawego zapachu moczu podejrzewał obecność acetonu we krwi diabetyków, a LAMBL dowiódł istnienia tego produktu fermentacji octowej w żołądku diabetyka, zmarłego na śpiączkę. KUSSMAUL próbował poprzeć swoją teorię przez doświadczenia na zwierzętach, jednak doświadczenia te nie udały się. Zdaniem EBSTEINA sama obecność acetonu we krwi nie jest w stanie wywołać śpiączki; może ona powstać tylko przy jednoczesnym cierpieniu samych nerek. EBSTEIN w istocie znalazł zmiany w nerkach u osób, zmarłych na śpiączkę diabetyczną; zmiany te polegają na zwyrodnieniu szklistym komórek kanalików skręconych. Na zasadzie swych badań utrzymuje, że przy normalnym stanie nerek u diabetyków, aceton łatwo wydziela się z ustroju; przy jednoczesnym zaś cierpieniu nerek — z trud-

¹⁾ Ueber Drüseneithelnecrosen bei Diabetes mellitus mit besonderer Berücksichtigung des diabetischen Coma.

nością; i wtedy to powstaje śpiączka diabetyczna. Ilość obserwacji EBSTEINA jest tak niewielka, że zdaniem BRISAU-DA nie należy się spieszyć z przyjęciem tej teorii, dopóki nie zostanie popartą nowymi ścisłymi spostrzeżeniami.

Teoryja opierająca się na ubytku wody z tkanek jest według autora najpoukładniejszą. Bardzo wielu lekarzy znalazło w istocie przy sekcjach diabetyków dość znaczną suchość organów, głównie zaś mózgu. Obecnie trudno byłoby wytłumaczyć, w jaki sposób ten ubytek wody wpływa na powstanie śpiączki diabetycznej; nie ulega jednak wątpliwości, że diabetycy, u których białka w moczu wykryć nie było można, jak również przy braku objawów mocznicy lub acetonemii, mogą jednak nagle wpaść w śpiączkę, zwłaszcza przy warunkach sprzyjających szybkiemu ubytkowi wody z tkanek np. przy silnym zmęczeniu, braku napoju, podniesieniu się ciepłoty powietrza i t. d. *H. Goldblum.*

41. GLUCK. **O nowej metodzie rozpoznania jednostronnego cierpienia nerka.** (*Centralbl. f. Chirurg.* 49, 1881. *Original-Mittheil.*)

Autor proponuje, w chorobach wymagających Nephrotomii, dla rozpoznania czy druga nerka funkcjonuje normalnie, użycia następującej metody: Po stronie chorej nerki robi niewielkie cięcie wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia krzyżo-lędźwiowego i obnaża nerkę, następnie oddziela moczowód i nakłada czasową ligaturę lub też zaciska szczypcykami. Podwiązawszy moczowód, wstrzykuje pod skórę środek prędko wydzielający się z moczem, np. żelazocyjanek potasu lub jodek potasu i bada po pewnym czasie mocz na jod, który z łatwością wykazać się daje. Jeżeli nie ma w moczu śladów wstrzykniętego środka, usuwa ligaturę i zaszywa ranę sposobem antyseptycznym, w przeciwnym zaś razie byłoby dowiedzionym, że nerka drugiej strony funkcjonuje i można przystąpić w dalszym

ciągu do nephrotomii. Ujemną stronę metody stanowi, że 1) nie można rozpoznać t. z. „Hufeisenniere“ i 2) nie zawsze można odnaleźć moczowód; jednakowoż G. radzi metodę stosować przed każdą nephrotomią. *Guranowski.*

42. F. A. MAHOMED. **Myxoedema pod względem patologicznym i etiologicznym.** *The pathology and etiology of myxoedema.* (*The Lancet.* Dec. 24, 1881).

Autor jako istotę cierpienia uważa skonsolidowanie, zorganizowanie się chronicznego obrzęku. Najczęściej następuje to, według niego, przy chronicznej chorobie BRIGHT'A, gdyż na 27 wypadków spostrzeganych przez lekarzy angielskich, w 15 istniały niewątpliwe jej objawy z białkomoczem lub bez. Przytém nadmienić należy, że pięć z tych wypadków zakończyło się śmiercią, a oględziny pośmiertne stwierdziły istnienie choroby BRIGHT'A. Obecność mucyny w tkankach podległych sprawie chorobowej o której mowa, autor objaśnia w ten sposób, że przy organizowaniu się obrzęku dzieje się to samo co przy tworzeniu się tkanek w nowopowstającym ustroju t. j. że przedewszystkiem tworzy się tkanka śluzowa dająca następnie początek tkance łącznej lub siatkowatej (retikularnej). Gdy obrzęk jest już zupełnie skonsolidowany t. j. w późniejszym okresie, mucyny już nie znajdujemy, jak to stwierdził autor w wypadku przez siebie spostrzeganym. Co się tyczy objawów ze strony układu nerwowego, to osłabione oddziaływanie na bodźce, zmniejszone przewodnictwo wrażeń, znajduje swoje objaśnienie w fakcie, iż tenże sam obrzęk jaki widzimy w tkance podskórnej istnieje także w otoczeniu ośrodków nerwowych, spoczywających w skutek tego, jak się autor malowniczo wyraża, jakby na poduszkach filcowych. Rozumie się, że w takich warunkach dochodzenie bodźców zarówno dośrodkowych jak i ośrodkowych jest nadzwyczaj utrudnione. Podobieństwo jakie widzimy w rysach twarzy u wszystkich tych chorych objaśnia się tём, że

obrzęk zajmuje mniej więcej jedne i te same części.

Fakt że cierpienie to najczęściej dotyka osobniki płci żeńskiej nie jest jeszcze wyjaśnionym. Autor usiłuje objaśnić go okolicznością, że kobiety skłonniejsze są do obrzęków aniżeli mężczyźni, często bowiem spotykamy u kobiet obrzęki których sposób powstania jest zagadkowym t. j. źródła ich znaleźć nie możemy ani w nerwach, ani w sercu ani we krwi. Tego rodzaju obrzęki opisał profesor LAYCOCK jako „obrzęki nerwicowe“ (*nervous dropsies*) t. j. jako powstające w skutek zaburzeń w układzie nerwu współczulnego (sympatycznego), zaburzeń które, jak praktykom wiadomo, najczęściej dotyczą kobiety w okresie ich życia płciowego. Przypuśćmy że obrzęk tego pochodzenia w skutek jakichkolwiek przyczyn staje się chronicznym i zaczyna się organizować, a wówczas stanie się nam jasnym, dla czego myxoedema przeważnie spotyka się u kobiet w wieku dojrzałym. Teorię powstawania zajmującej nas sprawy chorobowej na drodze zaburzeń w układzie nerwu sympatycznego pierwszy podał dr. HADDEN. (*Progrès Médical, Nos. 30 et 31, 1880, Clin. Soc. Trans., 1881. vol. XIV.*)

Nakoniec dr. H. zaznacza podobieństwo jakie istnieje pomiędzy tą sprawą a kretynizmem. Dwie te sprawy są zupełnie do siebie podobne, różniąc się tylko tem, że myxoedema rozwija się u ludzi do danej chwili umysłowo zdrowych, a zmiany w tkankach zależne od kretynizmu, dotyczą ludzi z wrodzonym upośledzeniem umysłu t. j. idiotów. Autor jednak nie ośmiela się twierdzić, że pod względem patogenicznym są to sprawy zupełnie tej samej natury, wyrażając jednocześnie obawę czy nie uważamy za istotę choroby tego, co właściwie jest tylko jej objawem.

Arnold Baurertz.

43. E. DEMANGE. **Osteomalacia senilis.** (*Rev. de Méd. Nr. 9, 1881.*)

Autor zaznacza że ta forma chorobowa została odróżnioną po raz pierwszy przez

CHARCOT'A i VULPIAN'A; poprzednio uważano ją za *osteoporosis*. Następnie przytacza dwa własne spostrzeżenia. W obu wypadkach zajętemi były tylko: kolumna kręgową, mostek, żebra i kości miednicy, pozostała zaś reszta szkieletu, a mianowicie kości czaszki i kończyn były zupełnie prawidłowe. Kości zajęte, były całkowicie prawie odwapnione i dawały się z łatwością krajać skalpelem. Objawy kliniczne były te same co i przy rozmięczeniu kości u dorosłych, mianowicie ból w kościach zwłaszcza przy ucisku, ruchy utrudnione lub zupełnie niemożliwe, zniekształcenie szkieletu, kontraktury mięśniowe bardzo bolesne, stopniowo zwiększające się osłabienie, biegunka i śmierć w skutek wyniszczenia. Choroba może się rozpocząć albo już w późnym wieku, albo wcześniej i w tym ostatnim wypadku przebieg bywa bardzo powolny. Rozpoczyna się zwykle bólami nieokreślonego charakteru w kolumnie kręgowej, żebrach i mostku, w kościach miednicy bóle zjawiają się znacznie później. Istnieć mogą bardzo długo zanim wystąpi zniekształcenie szkieletu zwracające uwagę na właściwą sprawę chorobową. Zniekształcenie kości u starców pojawia się w tych samych miejscach co i bóle, i tak, najprzód kolumna kręgową ulega silnemu skrzywieniu, klatka piersiowa przyjmuje formę spłaszczoną w kierunku z góry ku dołowi, kończyny nie ulegają żadnej zmianie. Jednym słowem, pod względem klinicznym jest to ta sama sprawa chorobowa co i u dorosłych, znana pod nazwą *osteomalacia*. Różnica zachodzi w tem, że u dorosłych choroba zajmuje wszystkie kości, gdy tymczasem u starców ogranicza się tylko do kolumny kręgowej, klatki piersiowej i kości miednicy. Badanie anatomo-patologiczne stwierdza również tożsamość tego procesu z osteomalacją dorosłych. W końcu autor wypowiada następujące wnioski:

- 1) *Osteomalacia vera* może się rozwinąć u starców równie jak u dorosłych.
- 2) Można by przyjąć oddzielną klinicz-

ną formę osteomalacyi przy której zajęte bywają tylko: kolumna kręgową, klatka piersiowa i miednica. Forma ta zdarza się głównie u starców, lecz może się rozwinąć i u dorosłych.

3) Osteomalacja zwana starczą różni się zupełnie od starczej osteoporozy; przedstawia ona zmiany anatomiczne całkowicie podobne do zmian przy osteomalacyi u dorosłych.

4) *Osteomalacia senilis* jest zatem zwykłą osteomalacyją przytrafiającą się u starców i nie stanowi z tego powodu oddzielnej formy chorobowej, więc nazwa *osteomalacia senilis* jest niestosowną.

W. Maczewski.

44. Prof. FÜRBRINGER. **O pochodzeniu i znaczeniu klinicznym kryształów nasiennych.** (*Zeitschrift für klinische Medicin*, 1881, III Bd. 2 Heft).

Kryształy nasienne są według SCHREINERA fosforanem nieznanej dotąd organicznej zasady. Przedstawiają się w postaci pryzm i piramid należących do systemu monoklinicznego; najczęściej w postaci podwójnej piramidy, o powierzchniach lekko wypukłych. Autor usiłuje wykazać, że ze wszystkich części składowych nasienia jedynie *wydzielina gruczołu krokowego zawiera ową organiczną zasadę*, kwasu zaś fosforowego dostarczają inne części składowe nasienia. W kropli czystego soku prostatycznego nie znajdujemy kryształów—zjawiają się one dopiero po dodaniu kwasu fosforowego, a jeszcze łatwiej po dodaniu fosforanu amonii (NH_4), HPO_4 . Wystarcza kropla 1 % roztworu. Błędem jest według autora mniemanie ULZMANA, jakoby nasienie było tém gorsze, im wcześniej i obficiej zjawiają się w niem kryształy nasienne, liczne bowiem i ruchliwe ciała nasienne przeszkadzać mają krystalizacyi. Autor widział nieraz kryształy w znacznej ilości w świeżem nasieniu, już po godzinie i wcześniej, wśród niezliczonych i bardzo żywych ciałek nasiennych. Prawdą jest, że nasienie wodniste, ubogie

w ciałka nasienne, zawiera zwykle mnóstwo kryształów, gdyż nasienie podobne składa się przeważnie z soku prostatycznego, którego wydzielanie nie tak prędko się wyczerpuje, jak wydzielina jąder i pęcherzyków nasiennych.

Autor znacznie modyfikuje ogólnie rozprzestrzenione pojęcia o częściach składowych nasienia: *Wydzielina jąder* jest gęsta, biała, bez zapachu. *Wydzielina gruczołu przyprątowego*—wodnista, mętna, zwykle lekko kwaśna, posiada silny, charakterystyczny dla ejakulatu zapach. *Zapach ten właściwy jest związkom owej organicznej zasady kryształów*, i znika po połączeniu się jej z kwasem fosforowym i zjawieniu się kryształów. Mętność soku prostatycznego zależy od mnóstwa drobnych ziarn bezkolorowych, okrągłych lub owalnych, silnie łamiących światło, składających się z lecytyny. Niektórzy uważają je błędnie za kropelki tłuszczu. *Wydzielinę pęcherzyków nasiennych* stanowią przezroczyste, lekko żółtawe, galaretowate ciała, bardzo podobne do napęczniałych ziarn sago i takiejże wielkości, bez zapachu, odczynu alkalicznego. Ciała te składają się z białkanów alkalicznych. *Rozpuszczają się w wydzielinie jąder.* *Wydzielina gruczołów Cowper'a*, zjawia się przy orgazmie i długotrwałej erekcyi, jest przezroczysta, klójka, wyciąga się w nitkę. Składa się wyłącznie z mucyny. Najczęściej błędnie uważana za wydzielinę gruczołu krokowego. Pojęcia o *prostatorrhoei* są niezmiernie chwiejne. Mamy tu oczywiście do czynienia z kilku sprawami chorobowymi, których wspólnym objawem klinicznym jest wyciek soku prostatycznego niezależnie od ejakulacyi. Wyciek może być jedynie przy ucisku na gruczoł krokowy (przy oddawaniu kału i moczu), albo też ustawiczny. Może być objawem nerwicy (neurosis), albo stanu zapalnego w gruczołach krokowym, niekiedy zaś nie może być uważany wcale za objaw patologiczny.

Zawsze jednak zrobimy rozpoznanie

prostatorrhoei, gdy wydzielina posiada charakterystyczny zapach i gdy po dodaniu do niej fosforanu ammonii otrzymamy kryształy. Obecność w wydzielinie warstwowatych amyloidów nie ma ważnego diagnostycznego znaczenia. Mogą pochodzić one nietylko z prostaty, ale także z błony śluzowej cewki i pęcherza.

Funk.

II. Gynekologija i Pediatria.

45. MORISANI. **Symphyseotomija.** (*Annales de Gynecologie, Grudzień 1881*).

Oddawna wykreślona z listy akuszerzy operacyj, zaledwie z historii znana symphyseotomija, znalazła zwolenników w Neapolu, w osobach NOVI'EGO, MARTINI'EGO i MORISONI'EGO, przez których od 1868 — 1881 r. na 50-ciu kobietach wykonaną została.

Rezultaty przez autora podane bardzo są zachęcające.

	uratowano	zmarło
Z 50 kobiet operowanych	40	10
Z „ dzieci zaś	41	9
Co do położen płodu:		
45 było główkowych; z tych	4	wypadki śmierci
3 „ pośladowe „	3	„ „
2 „ poprzeczne „	2	„ „
Co do wymiarów:		
81 milimetrów	w 12	wypadkach.
74 „	16	„
69 „	7	„
67 „	13	„
61 „	2	„

Autor porównywa symphyseotomię z embriotomią, z czego wynika, że na 100 kobiet umiera po embriotomii 21—24, podczas gdy przy symphyseotomii tylko 20, nadto przy pierwszej operacji dzieci wszystkie są stracone, przy drugiej zaś 41 na 50 zostało uratowanych.

Porównanie z operacją PORRO podług BERRUTI'EGO wykazuje, że na 27 tym sposobem operowanych uratowano:

kobiet 14	zmarło 13
dzieci 24	„ 3

t. j. na 54 chorych, 38 uratowano, 16 zmarło, podczas gdy przy symphyseotomii na 100 osobników 81 ocalało a 19 tylko śmierć poniosło. Wskazanie do operacji, zdaniem autora, przedstawia zwężenie nie przechodzące 67 mm., przy większych zwężeniach, cięcie cesarskie lub operacja PORRO jest konieczną.

Do wykonania operacji używa autor małego, wygiętego, guziczkiem opatrzonego nożyka. Cięcie skórne robi się na 3 — 5 ctm. powyżej spojenia łonowego; nożyk zapuszcza się na tylną powierzchnię spojenia a doszedłszy do jego dolnego końca, dokonywa się przecięcia od dołu ku górze. Na wydalenie płodu siłami natury można czas jakiś wyczekać, co gdy nie przychodzi do skutku, poród kleszczami się dokonywa. Opatrunek pooperacyjny polega na unieruchomieniu miednicy za pomocą odpowiednio zastosowanego bandaża.

Jan Erlich.

46. A. GOSHLER. **Owrodzenia na podniebieniu u noworodków, pod względem natury i przebiegu, opisane podług własnych spostrzeżeń.** Die Gaumengeschwüre der Neugeborenen in Hinsicht der Beschaffenheit und des Verlaufes, nach eigener Beobachtung. (*Allg. Wien. Medic. Zeitung Nr. 49. 1881*).

U noworodków występuje niekiedy pierwszego dnia po urodzeniu lub nieco później, na błonie śluzowej twardego podniebienia z prawej lub lewej strony okrągła, biaława plama, $\frac{1}{2}$ ctm. średnicy mająca. Po 1 lub 2 dniach zjawia się podobna plama i po stronie przeciwniej w miejscu najzupełniej symetrycznym. Po kilku dniach nalot odpada i powstaje owrodzenie z dnem szaro-słoninowatego wyglądu, krwawiące na brzegach. Po kilkunastu dniach owrodzenie oczyszcza się, pojawia się ziarnina, niekiedy krwawiąca i po 4 tygodniach od początku choroby owrodzenie goi się całkowicie. Często oprócz wymienionych ow-

rzodzeń znajduje się i na szwie podniebiennym nalot długości 2 — 3 cm. szerokości 3 cm. ulegający tymże samym zmianom. Migdały, gardziel i krtań pozostają zupełnie zdrowymi. Nie rzadko przyłączają się pleśniawki (soor) w znacznej ilości i bardzo uporczywe. Następnie przyłącza się katar kiszek, dziecko staje się niespokojnym, ssie rzadko z powodu bólu, śpi mało i chudnie bardzo szybko. Pomimo tego rokowanie jest pomyślnie.

Niekiedy choroba dosięga wyższego stopnia i wtedy owrzodzenia na podniebieniu zlewają się ze sobą i rozszerzają znacznie, nalot szaro-żółty pojawia się na dziąsłach, na błonie śluzowej policzków i warg. Migdały, gardziel, krtań i języczek pozostają i tutaj niezajętymi, za to zjawia się proces dyfterytyczny w jamach nosowych powodujący odpływ ropno-krwisty z nosa. W tym stopniu choroby zejście bywa zwykle niepomyślnie.

Opisaną tylko co formę chorobową oznacza autor mianem *Diphtheritis neonatorum*. Na potwierdzenie słuszności tej nazwy przytacza następujące dane:

1.) *Moment przyczynowy.* Jest więcéj niż prawdopodobnym, że choroba ta powstaje w skutek zakażenia. EPSTEIN znalazł w wydzielinie wrzodów mikrokokki, przyczém zauważył, że gruczoły ślinne były obrzmiałe i nacieczone.

2.) *Przebieg i trwanie.* Najlżejsza forma trwa do 4 tygodni, tymczasem wszelkie owrzodzenia błony śluzowej jamy ustnej niedyfterytycznej natury goją się nierównie prędzej.

3.) *Wrzody te są przeszczepialne.*

4.) *Powstawanie wrzodów w skutek zakażenia* często może być stwierdzonem. Zakażenie najczęściej następuje przy oczyszczaniu ust noworodka ze śluzu palcami nie oczyszczonemi należycie, po daniu pomocy rodzącej. Zwyczaj wymywania ust dzieci przy kąpeli, wodą użytą do téj ostatniej, przyczynia się również nie mało do powstawania téj choroby. Autor spostrzegł wypadek w którym dziecko

matki cierpiącej na *Endometritis puerperalis* piątego dnia po urodzeniu dostało wrzodów na podniebieniu, w skutek zakażenia palcami akuszerki.

5.) *Przebieg,* powtarzające się wytwarzanie wysięku, ropny rozpad tkanek.

Daléj zwraca autor uwagę na wielkie podobieństwo dyfterytu noworodków do wrodzonego przymiotu i to nie tylko w początkach ale i w dalszym przebiegu choroby. Co się tyczy leczenia — na pierwszym planie stoi czystość. Przemnywanie owrzodzeń skutecznia autor za pomocą pędzelka umoczonego w roztworze kali ch'orici, kali hypermanganicy lub boraksu. W razie jeżeli owrzodzenia krwawiły używał roztworu ałunu lub taniny. Azotan srebra nie dawał dobrych rezultatów.

W końcu autor robi uwagę, że u każdego noworodka zaraz po pierwszym akcie ssania tworzy się wzniesienie nabłonka na podniebieniu twardém, pękające potém. Starcia takie same przez się nie mają żadnego znaczenia, lecz ułatwiają znacznie przyjęcie zarazka.

W. Mączewski.

47. BAGINSKY. **Leczenie chirurgiczne wysięków ropnych oplucnej.** (*Arch. für Kinderheilk.* 3 T. 1 i 2 zeszyt 1881 r.).

B. utrzymuje, że wysięki oplucnej u dzieci częściej bywają natury ropnej, jak u dorosłych. Rozpoznawanie powinno się zasadać nie tylko na danych fizykalnych i gorączce, lecz i na przekłuciu próbném, wykonaném z zachowaniem ostrożności antyseptycznych. Nawet jeżeli rozpoznajemy empyemę po punkcyi próbnéj, nie powinniśmy odrazu przystępować do chirurgicznego leczenia, szczególniej u młodych dzieci (1—3 lat), gdyż zdarza się dość często, że ropa przebiwszy płuca, wydziela się przy kaszlu i może nastąpić zupełne wyzdrowienie. Do chirurgicznych rękoczynów upoważnia nas: 1) długotrwała gorączka, 2) bezustanny, męczący kaszel, 3) brak apetytu i schudnienie.

Czasami zwyczajna punkcja bez następnego wypłukania wystarcza do zupełnego wyleczenia otoku ropnego i dla tego powinniśmy zawsze wprzód ją próbować, szczególnie u młodych dzieci, a w razie ponownego ropienia, powtórnie przekłucie wykonać. Autor robi przekłucie zwyczajnym trójgrańcem, opatrzonym kondomem, dla uniknięcia przystępu powietrza i to w jak najniższym miejscu klatki piersiowej w tylnej linii pachowej; radzi przytém nie wypuszczać odrazu całkowitej masy ropy, lecz tylko dopóty, dopóki wydobywa się silnym łukowatym strumieniem. Otwór trzeba starannie zakleić plastrem, aby uniknąć przystępu powietrza. Gdy po drugim lub trzecim przekłuciu gorączka nie ustępuje i wysięk znów napelnia opłucną, przy upadku sił chorego, wtedy B. radzi przystąpić do nacięcia. Operacja powinna być wykonaną z zachowaniem środków antyseptycznych. Cięcie robi się w jak najniższym miejscu klatki piersiowej, równolegle do żeber i odpowiadać powinno międzyżebrowi, jednakowoż tak aby kąt przedni znajdował się na tylnej linii pachowej. Autor stosuje spray karbolowy, póki ropa swobodnie wycieka, następnie wypłukuje jamę 3% roztworem kwasu salicylowego, nie używa zaś kwasu karbolowego, gdyż obawia się zatrucia.

W ranę wkłada dren dezinfekowany średniej grubości i przymocowuje go za pomocą plastra do klatki piersiowej, następnie nakłada opatrunek ściśle antyseptyczny. Co do rezekcji żebra, to autor sądzi, iż można się bez niej u dzieci zupełnie obejść. Wypłukiwanie jamy po operacji tylko wtedy staje się koniecznym, kiedy bez widocznych przyczyn gorączka się wzmacnia i wskazuje na nowe zebranie się ropy, zmiana zaś opatrunku zależeć powinna od ilości wyciekającej ropy.

Guranowski.

III. Chirurgija i Oftalmologija.

48. WÖLFLE. O zastosowaniu jodoformu przy chorobach jamy ustnej. (*Centr. f. Chirurg.* 48, 1881 r.).

Znakomite działanie jodoformu przy gruźliczych cierpieniach stawów i w ogóle aseptyczny przebieg wszelkich ran pooperacyjnych przy opatrunku jodoformowym, skłoniły autora do zastosowania tego środka i dla ran jamy ustnej. W. podaje rezultaty 18 amputacyj języka, wykonanych w ostatnich czasach w klinice prof. BILLROTHA. Operowano z przyczyny raka i usuwano $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$, a najczęściej cały język. Zarazem trzeba było usuwać część dna jamy ustnej do kości językowej i mięśnia dwugłowego wraz ze ślinianką podżuchwową i gruczołami chłonnymi, w innych znów przypadkach konieczną była rezekcja części żuchwy i wycięcie części podniebienia miękiego i gardzieli. Tętnicę językową i nawet szczękową zewnętrzną zwykle podwiązywano. We wszystkich przypadkach nastąpiło zupełne wyzdrowienie, rana goiła się bez reakcji, nie było gorączki i ani razu nie spostrzegano komplikacji, które zwykliśmy widzieć po amputacjach języka. Wszystko to autor przypisuje li tylko działaniu jodoformu. Po operacji W. używa drenów, a następnie zależnie od wielkości i głębokości rany, wypełnia ją we czworo złożonym kawałkiem gazy jodoformowej od 15—20 cm. długości i 3 palce szerokości. Ta mała stosunkowo ilość jodoformu wystarcza, aby zapewnić stały aseptyczny przebieg rany. W. pozostawia gazę 5—8 dni bez zmiany.—Co do gazy, to radzi autor zanurzać ją w płynie przygotowanym w następujący sposób: 60 grm. kałafonii rozpuszcza w 1200 grm. 94% alkoholu i dodaje 50 grm. gliceryny, a następnie niezupełnie wysuszoną posypuje proszkiem jodoformu.

Guranowski.

49. JOHN B. ROBERTS. **Chirurgija osierdzia.** (*Annals of Anatomy and Surgery*, Dcbr. 1881).

Operacje, które mogą być wykonane na osierdziu są: nakłucie z aspiracją, wstrzykiwanie płynów przeciwgnilnych i nareszcie nacięcie — w celach leczniczych lub rozpoznawczych. Badania, doświadczenia i spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że operacje te nie tylko nie są niebezpieczne, ale często znakomitemi zostają uwieńczone rezultatami.

Aspirację wykonać trzeba w każdym wypadku, gdy skonstatowano obecność wysięku w osierdziu i jeśli leczenie inną metodą nie sprowadza polepszenia, a natomiast występują objawy osłabienia działalności serca. Wyczekiwać nie trzeba, gdyż nastąpić może zwyrodnienie mięśnia sercowego i wtedy wyleczenie jest już prawie niemożliwe. Mniejszej wagi jest tu ilość wysięku, a wskazanie do wykonania operacji stanowić winno wystąpienie objawów groźnych zaburzenia czynności serca. Jeśli równocześnie z wysiękiem osierdzia istnieje także wysięk w jamie opłucnej (prawej czy lewej), wykonać trzeba naprzód aspirację płynu zawartego w opłucnej dla przekonania się, czy objawy w utrudnionym oddechaniu przypisać trzeba wysiękowi w opłucnej czy też w osierdziu.

Jeśli po jednorazowej aspiracji nie nastąpi poprawa zupełna, powtórzyć ją trzeba raz drugi i trzeci. Unikać miejsca poprzedniego nakłucia, gdyż powstać mogło w miejscu tym zrośnięcie listków osierdzia, a przy ponownym nakłuciu możnaby skaleczyć serce. Po trzecim nakłuciu radzi R. *wstrzyknąć* cokolwiek płynu drażniącego (jodiny lub kw. karbolowego) dla wywołania zlepnego zapalenia listków osierdzia.

Jeśli po aspiracji przekonamy się, że płyn zawarty w osierdziu jest ropą, to gdy zbierze się on nanowo, R. wykonać radzi *nacięcie* osierdzia, następnie przepłukać jamę, wprowadzić dren — wszystko ma się

rozumieć ściśle podług metody antyseptycznej. R. powołuje się na wypadek ROSENSTEINA (Berl. Klin. Wochenschrift 1881*), gdzie przy podobnym postępowaniu otrzymano zupełne wyzdrowienie przy wysięku ropnym w jamie osierdzia — u tegoż samego chorego równocześnie istniał także wysięk ropny w lewej jamie opłucnej, leczony również za pomocą nacięcia. Nacięcie wykonać można także w celu rozpoznawczym w wypadkach, gdzie istnieje wątpliwość, czy mamy do czynienia z przerostem serca lub też wysiękiem osierdzia (wypadek VIGLA operowany przez ROUX).

Nacięcie byłoby także wskazanem przy ciałach obcych w osierdziu — ewentualnie nawet z rezekcją chrząstki żebrowej. Tu autor wyraża nadzieję, że przyjdzie czas, gdzie przy ranach serca odważymy się utorować sobie bezpośrednią drogę do reżekozynów na mięśniu sercowym. (W wypadku SAYRE'A istniała rana postrzałowa drążąca do samego serca — na dnie rany widzieć było można mięsień sercowy uszkodzony — nastąpiło wyzdrowienie).

Najlepszym punktem dla wykonania operacji jest międzyżebro 5 tuż po nad 6-tém żebrem, 5—6 ctm. na lewo od brzegu mostka. R. wykazuje, że miejsce to jest najbezpieczniejsze. Dla aspiracji użyć można zwyczajnej igły aspiracyjnej lub też igły podanej w opisie i rysunku przez ROBERTSA. Po nakłuciu z igły tej wysunąć można rurkę, która chroni serce od uszkodzenia i zapobiega zatkanie się okienka w igle.

Dinte.

50. MÜHLHÄUSER. **Nowa metoda operacyjna dla wydobycia kamieni moczowych z pęcherza.** *Trigonumschnitt.* Beitrag zur Lehre vom Steinschnitt. (*Arch. v. Langenb. Bd. XXVII H. I. p. 180, 1881*).

M. opisuje nową metodę operacyjną dla wydalania kamieni z pęcherza. Ponieważ w tej operacji cięcie dokonywa się w tej części pęcherza, którą nazywamy *trigonum Lieutodi*, nazwał ją więc au-

*) Patrz Kron. Lek. 1881, str. 94.

tor: „*Trigonumschnitt*.“ Niezbędnym warunkiem dla dokonania tej operacji jest aby kamień mógł być wycyty, uchwycony i zepchnięty na dół przez palec wprowadzony do odbytnicy.

Autor zwraca przede wszystkim uwagę na ważność badania przez odbytnicę przy rozpoznawaniu obecności kamienia, twierdzi że ten sposób badania jest daleko pewniejszy od sondowania, że tylko za pomocą niego możemy z wszelką pewnością określić formę, wielkość i położenie kamienia. Uchwycić kamień palcem, wprowadzonym do odbytnicy, można podług M. w każdym wypadku, szczególnie u dzieci; że tak jest dowodzi tego starożytna metoda CELSJUSZA (*sectio Celsiana* — *petit appareil*) polegająca także na osiągnięciu kamienia palcem i przyciśnięciu go do międzykroczka. Autor dotąd wypróbował swą metodę tylko w 2-ch wypadkach u dzieci, w obu razach dała dobre rezultaty. Przed operacją opróżnia się kanał pokarmowy, pęcherz musi zawierać trochę moczu. Sposób wykonania operacji jest następujący: chory zostaje zachloroformowanym w pozycji stojącej z rozsuniętymi nogami, głowa jego spoczywa na łonie siedzącego przed nim dozorca, który obejmuje małego pacjenta swemi ramionami i utrzymuje nieruchomo jego rozsunięte nogi (jest to pozycja używana niegdyś przy operowaniu metodą CELSJUSZA — a PARÄUS dokładnie ją opisał). Operator, usadowiwszy się bardzo nisko z tyłu chorego, wprowadza do odbytnicy wskazujący palec lewej ręki zwrócony brzušcem do pęcherza, unosi *faldę otrzewnej wnikaającą między pęcherz i odbytnicę* (*Excavatio recto-vesicalis*), a dotychczas kamienia chwytając go zgiętym haczykowato palcem i pociąga ku sobie w odbytnicę; tu w miejscu odpowiadającym w pęcherzu trójkątowi LEBUTODA ustala kamień na linii środkowej. Teraz wprowadza do odbytnicy, pod przewodnictwem palca utrzymującego kamień, cienki długi nóż; gdy nóż został wprowadzony, zwraca jego ostrze na kamień i

wykonywa cięcie wzdłuż podłużnej osi ciała, trzymając się ściśle linii środkowej; cięcie to idzie od górnego końca palca utrzymującego kamień do gruczołu przyprątnego. Tego ostatniego nie powinno się przecinać, gdyż ściany pęcherza i odbytnicy tak są rozciągliwe, że cięcie długie na 1 do 2-ch ctm., wystarcza do wydobywania kamieni znacznej wielkości. Po dokonaniu cięcia, palec utrzymujący kamień, wyciska go przez zrobiony otwór do odbytnicy, a następnie na zewnątrz. Na tym się kończy operacja, wszelki opatrunek jest zbyteczny, chorego układa się na boku z podniesioną nieco miednicą i podaje mu się opium. Powstała przetoka odbytniczko-pęcherzowa zagoiła się po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu (17—35 dni), nie wymagając jakiegobądź specjalnego leczenia; istnienie przetoki nie przeszkadza wcale chorem opuścić łóżka już w parę dni po dokonaniu operacji. Autor pomieszcza opis przebiegu 2-ch wypadków w ten sposób operowanych z pomyślnym skutkiem: 1-szy dotyczył 6-cio letniego chłopca, kamień miał 25 mm. długości i 15 mm. szerokości, ważył 5,3 grm., przetoka zagoiła się w 17 dni; w 2-gim wypadku u 13-to letniego chłopca wydobyto kamień mający 45 mm. długości, 30 mm. szerokości, 32 grm. wagi, przetoka zagoiła się w 35 dni.

Głównymi zarzutami, jakie spotykały wszelką próbę utorowania drogi do pęcherza przez odbytnicę, były: możliwość zranienia otrzewnej i tworzenie się trudnych do wyleczenia przetok odbytniczko-pęcherzowych. Zarzuty to bardzo ważne, one to spowodowały zaniechanie operacji podawanej przez SANSON'A dla usuwania kamieni moczowych (*sectio recto-vesicalis*). Operacja podana przez M. ma tę przewagę nad operacją SANSON'A że tu doznają nietknięte zwieracze odbytnicy, gruczoł przyprątny i cewka moczowa. Przetoki same się goją jak to widać z przytoczonych wypadków, a choćby nawet się nie zagoiły, to ponieważ działają

ność zwieraczy jest zupełnie zachowana, nie przedstawiałyby tak wielkich dla chorego niedogodności. Największym zarzutem jest niezaprzeczenie możność zranienia otrzewnej; — takie powagi anatomiczne jak HUSCHKE i LUSCHKA utrzymują, że zachowanie się otrzewnej jest tu bardzo niestale, że często, szczególnie u dzieci, *excavatio recto vesicalis* sięga aż do gruczołu przyprątnego i tym sposobem robi każdą próbę dostania się do pęcherza przez odbytnicę bardzo niebezpieczną. Autor poczyniwszy liczne doświadczenia na trupach doszedł do następujących wniosków: 1) *Excavatio recto-vesicalis* posiada rzeczywiście bardzo różną głębokość i u dzieci jest głębsza niż u dorosłych, tak że czasem sięga aż do międzykrocza. 2) Ta głębokość *excavationis recto-vesicalis* u dzieci daje się objaśnić małym rozwojem miednicy i organów w niej zawartych, otrzewna tworząca fałdę zużywa się w późniejszym wieku na pokrycie znakomicie się powiększających organów miednicy. 3) W otrzewnej tworzącej fałdę trzeba odróżnić część ściśle zrośniętą z organami miednicy i luźnie do nich przylegającą. I tak: otrzewna pokrywająca tylko ściankę pęcherza jest z nią ściśle zrośnięta tylko do miejsca ujścia obu moczowodów, także zrośnięcie ma miejsce pomiędzy odbytnicą a otrzewną, ale dopiero na 7 do 10 ctm. nad otworem stolcowym; punkta te są stałe tak u dorosłych jak i u dzieci, cała część fałdy, leżąca między temi stałemi punktami, może wprawdzie sięgać wyżej lub niżej, lecz jest tylko bardzo luźno połączoną z częściami przyległemi i może być przesuwana w różne strony. 4) Palec wprowadzony do odbytnicy doskonale może wyczuć fałdę otrzewnej, jeżeli takowa znajduje się w danym wypadku bardzo nisko, a ponieważ fałda w dolnej swej części jest przesuwalna, może więc być za pomocą palca uniesioną ku górze; w ten sposób otrzymamy przestrzeń trójkątną, zwróconą wierzchołkiem na dół, w której pęcherz przytyka bezpośrednio do odby-

tnicy; przestrzeń ta, ograniczona ku górze otrzewną, po bokach pęcherzykami nasieniami, a mająca za wierzchołek gruczoł przyprątny, jest właśnie miejscem gdzie cięcie wykonać należy. Przewaga opisanej operacji nad dotychczasowemi polega na tém że: 1) przez mały stosunkowo otwór można wydobyć kamień znacznej wielkości (przez otwór mający $1\frac{1}{2}$ ctm. długości wychodzi kamień mający 4 ctm. średnicy); 2) czas trwania operacji jest bardzo krótki; 3) krwotoku nigdy nie ma; 4) unika się takich powikłań jak: następce zwężenie cewki, zarosnięcie przewodów nasiennych i t. d., tak częstych przy *sectio lateralis* lub *mediana*. W. H. Krajewski.

51. Prof. J. KOSIŃSKI. **Wewnętrzne nacięcie cewki moczowej** (*Gazeta Lekarska* 1881 r. Nr. 48, 49, 50).

W artykule tym autor wypowiada swe zdanie o uretrotomii wewnętrznej wykonywanej instrumentem MAISONNEUVE'A, opierając się na poważnej liczbie 103 przypadków, w których sam tę operację wykonał. Zdanie to nadzwyczaj dla operacji MAISONNEUVE'A pochlebne przytaczamy tu dosłownie: „Wszędzie gdzie rozszerzenie powolne za pomocą świeczek nie może zwężenia w zupełności usunąć i przedstawia się wskazanie do innego chirurgicznego sposobu leczenia, najstosowniejszą metodą jest uretrotomija wewnętrzna, narzędziem Maisonneuve'a wykonana. Pod względem łatwości wykonania żaden inny sposób lub metoda nie może być z tą operacją porównana; pod względem bezpieczeństwa zaliczyć ją muszę do małych operacyj chirurgicznych, żadnego niebezpieczeństwa nie sprowadzających“. Ze 103 wypadków operowanych przez autora, większa połowa przypada na klinikę chirurgiczną, przezeń prowadzoną, dokąd dostawały się przeważnie wypadki ciężkie, już poprzednio przez długi czas różnemi metodami leczone. W żadnym z obserwowanych wypadków nie było jakich bądź powikłań, o które wielu chirurgów

powołania tę operację. Tę okoliczność że operacja dotąd nie wszędzie weszła w użycie, autor objaśnia kilku niepowodzeniami jakie się wydarzyły przy jej wykonaniu przez chirurgów, nie dość ze sposobem użycia instrumentów obeznanych. Podaje następnie opis samego instrumentu i sposób wykonania operacji, który jako powszechnie u nas znany opuszczamy, zwrócimy tu tylko uwagę czytelnika na te praktyczne uwagi, które nasuwa autorowi długoletnie doświadczenie. Dla autora, zwężenia, taki zwane przez francuzów, „infranchissables“ nie istnieją, gdzie tylko choć kropla moczu przechodzi przez cewkę, tam świeczkę nitkowatą przeprowadzić można, potrzebna tu tylko wielka cierpliwość. Autor podaje wypadek, w którym 7 razy napróżno próbował wprowadzić świeczkę, za ósmym dopiero razem udało się przejść zwężenie, a wtedy już operacja w kilka minut dokonana została.

Co się tyczy narzędzia, to autor radzi używać tylko takie, które nacina górną ściankę cewki moczowej, szczególniej przestrzega aby nie używać instrumentu nacinającego dolną ściankę; przy użyciu takiego instrumentu przez DOLBEAU w Paryżu, skaryfikator opuścił rowek przewodnika i wytworzył fałszywą drogę w międzykroczu, co dało powód do potępienia instrumentu i operacji. Przewaga instrumentu MAISONNEUVE'A nad innymi uretrotomami, podług autora polega na tém że: 1) żadnym innym uretrotomem nie można dokonać przecięcia tak gładko, bez żadnego ubocznego obrażenia; 2) czas trwania operacji jest bardzo krótki, po założeniu świeczki chirurg żadnego zawodu podczas jej wykonania spotkać nie może; 3) usuwa chorobę od razu, co innym narzędziem nie zawsze osiągnąć można, szczególniej jeżeli cewka ma 2 lub kilka zwężeń jednocześnie. Co do leczenia pooperacyjnego to autor zaraz po dokonaniu operacji zakłada kateter elastyczny i pozostawia go na miejscu przez

36 godzin, następne 3 dni po wyjęciu kateteru żadnych instrumentów do cewki nie wprowadza i dopiero po upływie tego czasu rozpoczyna metodyczne sondowanie trwające mniej lub więcej długo, zależnie od wypadku, najczęściej już w 12 dni po operacji chorzy opuszczali klinikę. Przebieg pooperacyjny zwykle nie bywa zakłócony żadnym powikłaniem; w $\frac{1}{3}$ wypadków autor zaobserwowała 3-ci lub 4-y dzień po operacji pojawienie się napadu dreszczów z podniesieniem ciepłoty do 39 lub 40°, napad ten kończył się zwykle obfitym potem, autor objaśnia go gorączką traumatyczną. Kończy podając opis kilku ciekawych wypadków ze swjej praktyki, wykazujących jak świetne rezultaty może dać operacja wewnętrznego nacięcia cewki, dokonana instrumentem MAISONNEUVE'A.

W. H. Krajewski.

52. DAVAINÉ. **Użyteczność przyżegań przy ranach jadowitych.** (*Comptes-rendus à l'academie des sciences t. XCIII Nr. 24, 12 Dec. 1881 r. str. 991*).

Byłoby bardzo pożytecznym wiedzieć w jak długi czas po zadaniu rany jadowitej można skutecznie wykonać przyżeganie. Już RENAULT i BOLEY robili doświadczenia na koniach i baranach, szczepiając im jad nosacizny i motylic (jad wprowadzali pod naskórek za pomocą małego nakłucia); pokrótszym lub dłuższym przeciągu czasu przyżegali ranę (najkrótszy przeciąg czasu u konia wynosił godzinę, u owiec 5 minut), pomimo to wszystkie zwierzęta zachorowały i pozdychały. COLIN powtórzył te doświadczenia z tą różnicą, że wykonał je na królikach i użył jadu węglikowego (carbunculus), rezultaty otrzymał też same co i poprzedni badacze. Z doświadczeń tych możnaby wywnioskować, że przyżeganie takich ran do niczego nie prowadzi. Ponieważ jednak sposób wprowadzania jadu do organizmu w doświadczeniach (za pomocą nakłucia) nie był takim, jak to ma miejsce w sunkach normalnych, więc autor po

stanowił zbadać szybkość przenikania jadu przy ranach różnego rodzaju np. ciętych, poszarpanych, ranach od tarcia i t. d. Poczynił dotąd spostrzeżenia tylko nad ranami ciętymi, wycinał mianowicie u królików kawałki skóry wielkości kilku centymetrów, a tak otrzymaną ranę pokrywał warstwą krwi wąglikowej, której zaraźliwość poprzednio wypróbowaną została; po 2-3 lub więcej godzinach przyżegał całą ranę różnemi środkami żrącemi;— $\frac{2}{3}$ wszystkich zwierząt użytych do doświadczeń wyzdrowiało. Taką sprzeczność w rezultatach poprzednich spostrzegaczy i swoich, D. objaśnia różnicą w zastosowaniu jadu: wprowadzając jad pod skórę za pomocą małego uklucia, jak to czynili RENAULT, BOLEY i COLIN, przecinamy bardzo mało naczyń, krążenie jest podtrzymywane przez gałęzie oboczne, idące od naczynia przeciętego, to ostatnie przedstawia jakby rodzaj pompki ssącej do której się jad dostaje i rozchodzi po całym organizmie; inaczej się rzecz ma tam gdzie, jak w doświadczeniach DAVAINE'A, przez zadanie obszerniejszej rany, krążenie na pewnej przestrzeni zupełnie jest przerwane; wtedy jad dłużej może pozostawać na powierzchni rany nie będąc wessanym. Doświadczenia DAVAINE'A dowiodły, że może upłynąć kilka godzin od zaszczepienia jadu na ranę do jego wessania, na tój też zasadzie powinniśmy zawsze próbować przyżegać nawet po upływie kilku godzin. Autor zapowiada dalszy szereg doświadczeń nad innemi rodzajami ran, przypuszczać trzeba już teraz, że rany poszarpane dadzą pod tym względem prawdopodobnie jeszcze lepsze rezultaty. *W. H. Krajewski.*

53. Jak zapobiedz zbytnej nadczułości dentyny. (*Zjazd dentyistów w Ohio 1881 i zjazd centralny dentyistów w Heidelbergu 1881 w Sierpniu.*)

Często spotykać się daje wielka drażliwość dentyny w miejscach, na których szkliwo uległo zniszczeniu. Najczęściej

to się zdarza na miejscach odpowiadających szyjce zęba, gdzie dentyna najłatwiej traci swą pokrywę emaljową, która tutaj przedstawia najcieńszą warstwę. W kanalikach dentyny żywego zęba znajduje się gęstawy płyn *Bioplasma* zwany. SMITH utrzymuje, że zboczenia w łączności bioplazmy ze ściankami kanalików i wytworzenie się większej ilości samego płynu wywołuje właśnie ową nadczułość dentyny. Głównie więc starać się należy zmniejszyć ilość wilgoci t. j. osuszyć dentynę. Aby osiągnąć ten cel, różni—różne środki zalecali. Zadawano nawet do wewnątrz atropinę, aconitynę, chloral, leez po większej części bez najmniejszego skutku. BELL bardzo słusznie mówi, że najlepszym środkiem dla zniszczenia wrażliwości dentyny, jest pozostawienie jej w absolutnym spokoju, osuszenie i założenie plomby miękiej—tymczasowej i że sposób ten jest daleko właściwszym, aniżeli zbyt gwałtowne traktowanie heroicznemi środkami. Są jednak wypadki, w których tak oględne i wyczekujące postępowanie nie może być zastosowaniem, a mianowicie te, w których pojawia się nadczułość dentyny zaraz po utracie warstwy emaljowej. Tutaj o zakładaniu plomby mowy być nie może, gdyż jest brak otworu, w którymby plomba ochraniająca spocząć mogła, a na wytworzenie otworu za pomocą instrumentów, pacjent skutkiem nieznośnego bólu zgodzić się nie jest w stanie. W takich razach przyżeganie za pomocą np.: *Zincum muriaticum* niszczy po większej części w krótkim czasie wrażliwość. W upartych jednak wypadkach—uciekamy się do działania termokauteru PAQUELIN'A lub galwanokauteru. MONTIGEL demonstrował na zjeździe w Heidelbergu bardzo praktyczny galwanokauter (Hamburskiej fabryki PAULSON'A), z odpowiedniami żegadłami dla dentyny. Wyznać jednak wypada, że spotykać się dają tak uparte wypadki drażliwości dentyny, że wszystkie tutaj wymienione środki mogą tylko przynieść krótkotrwałą ulgę. [*Przypisek*

sprawozdawcy. Wspomnę tutaj przy sposobności o upartym wypadku nadczułości dentyny, z jakim miałem do czynienia u 17 letniej uczennicy Instytutu muzycznego. Po stosowaniu kilkakrotném galwanokauteru, kiedy znów powstała silna nadczułość i kiedy pacjentka proponowała mi sama, abym ją zachloroformował i w trakcie tego przystąpił do zaplombowania zęba (siekacza zewnętrznego), zdecydowałem się na obszerne i głębokie wycięcie dentyny za pomocą świdra nożnego—pod działaniem sprayu eteru. Manipulację tę zniosła chora nie uskarżając się na bóle—począł ząb natychmiast złotem zaplombowałem. Od téj pory chora nie doznaje żadnego bólu w zębie—czułym dawniej na dotyk delikatnego pędzelka].

F. Kobylński.

54. Dr. TRUMANN. Powrócenie właściwej barwy zębom, które skutkiem obumarcia miazdry zębowej barwę swą zmieniły. (*Dental-Cosmos—July 1881.*)

Autor dzieli wypadki utraty barwy właściwej zębów na 3 grupy. Do 1-jej zalicza zęby z częściową utratą barwy t. j. zęby których tylko część najbliższej miazdry położona została zmienioną, a inne części zęba przedstawiają się prawidłowo. W tych wypadkach wycięcie *exkawatorami* od strony kanału miazdrowego (*canalis pulpae*) części odbarwionych wystarcza dla usunięcia nieprawidłowego wyglądu zęba. 2. Zęby które całkowicie przedstawiają się odbarwionemi. 3. Zęby w zupełności zmienione w swój barwie, gdzie przytém widoczne są objawy chronicznego zapalenia ozębnej (*periodontitis chronica*). W tych wypadkach najlżejsza irytacja wywołana stosowaniem odpowiednich środków w kanał miazdrowy spowodowałaby ostre zapalenie ozębnej. W wypadkach więc do 2-giej grupy należących można tylko usiłować powrócić pierwotną białość zębom. Biorąc na uwagę, że właściwa substancja zęba (*dentina*) jest opatrzona mnóstwem kanalików dających od kanału miazdry w kierunku

szkliwa zębowego i napelnionych miękką materją organiczną—spodziewać się można że kanaliki te są w stanie rozprzewadzać założony w kanał miazdrowy barwnik po całej właściwej substancji zębowej (co rzeczywiście stwierdzoném zostało). Ponieważ jednak światło kanalików zębowych w miarę oddalania się od miazdry zębowej coraz się zmniejsza, a kanaliki same co do liczby stają się przez swe bogate rozgałęzienia coraz liczniejsze, więc postępowanie barwnika po tych drogach odbywa się powoli, a zatem i rezultat objawiający się przez zmianę zewnętrznego wyglądu zęba—następuje za ledwie po paru tygodniach. Autor dokonuje tego rękoczynu od 20-tu lat—w następujący sposób: Oczyszcza jak najdokładniej z resztek miazdry tak kanał korony jak i kanał korzenia. Po przestrzykaniu oczyszczonego kanału 5% roztworem kwasu karbolowego, zakłada listki złota w kanał korzenia, napelniając go aż do granic szyjki zębowej. Po skutecznieniu téj manipulacji zabezpieczającą od przenikania w okolice ozębnej środka mającego się stosować, T. w swobodną część kanału zębowego nakłada *Calcium chloratum c. acido acetico* za pomocą złotych, ze słoniowej kości lub drewnianych narzędzi i zatyka w ten sposób napelniony kanał przykrywką gutaperkową. Jeżeli po kilku dniach nie nastąpiło zbieżenie zęba, to należy kanał dokładnie z wapna oczyścić, przemyć kw. karbolowym i powtórzyć poprzednią manipulację. Po osiągnięciu dostatecznego wybielenia zęba, usuwamy chlorek wapna i kanał napelniamy plombą—najlepiej cynkową (cementową, porcelanową, emaljową).

F. Kobylński.

55. Sztuczne oczy. Na demonstracyjnym posiedzeniu oftalmicznej sekcji międzynarodynar. kongresu lek. w Londynie, członkowie Zjazdu oglądali sztuczne oczy fabrykowane z nowych materiałów. Do dziś dnia używaliśmy szt. oczów wyrabianych z emalii. Pierwszeństwo mają

wyroby BOISSONNEAU (ojca) w Paryżu Rywalizują z niemi sztuczne oczy z fabryk weneckich pochodzące. Obecnie Dr. NIEDEN z Bochum przedstawił na kongresie seryję oczów wyrabianych z szarego wulkanitu z emaljową rogówką, a dr. ZEHENDER z Rostoku okazał szt. oczy fabrykowane z *celluloidu*. Pierwsze, zdaniem niektórych, są lepsze od ostatnich mających wygląd oczów martwych, ze sklerotyką rażącą nieco swoją białością.

Dr. NIEDEN szczególnie zaleca szt. oczy z wulkanitu do noszenia dzieciom u których w razie zaniku gałki ocznej dość często nie rozwija się odpowiedni oczodół.

Takie oczy są lekkie, nie tłuką się, łatwo się zginają, mogą być obcinane nożem, rozmiękczejają się w gorącej wodzie (95°—100°C.), a przytém po ochłodzeniu przybierają odpowiedni żywym oczom połysk. Wulkanit składa się z 48 cz. kauczuku, 24 cz. siarki i 48 cz. tlenku cynku (p. art. „Prothesis oculi u dzieci“ w *Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde. Febr.* 1881).

Dr. VAN DUYSE z Gandawy chwalił szt. oczy z wulkanitu, a nawet sam je wyrabia z rozmiękczonego wulkanitu przy pomocy matrycy przyrządzonej ze stearynowanego gipsu, powierzchnia którego pokryta jest cienką warstwą wosku. Po utworzeniu konchy ocznej, oczyszczeniu jęj i nadaniu połysku, kładzie ją w oczyszczony alkohol i wystawia na słońce dla wybielenia (odcień biało-żółtawy, lekko szary). Symulacja naczyń skleralnych robi się w chwili t. z. „bourrage“, przy wciskaniu do matrycy rozmiękczonego wulkanitu; poczem już wprawia się emaljowy krążek przedstawiający rogówkę i tęczę ze źrenicą. Procesten zupełnie jest podobny do używanego przy protezie dentystycznej, można przeto przyrządzenie szt. oczów powierzyć dentystom (*Annales de la soc. de méd. de Gand. Lipiec* 1881).

Sposób fabrykowania szt. oczów z cel-

lu'oidu opisał dr. FRÖHLICH z Berlina w *Zehender's Monatsbl. f. Augenh. Sept.* 1881) p. t. „Culluloid-prothesen“. W artykule tym powołuje się na broszurę dentysty HAMECHER'A („Theor. u. prakt. Untersuchung d. Eigenschaften des Celluloid“. *Berlin* 1880), który téż zajmuje się fabrykacją szt. oczów. Można w tym celu korzystać z 2-ch substancyj — czerwonej lepkiej masy STENT'A, wyrabianej w Ameryce, i celluloidu. Celluloid odkryty w 1869 r., w gorącej wodzie jest giętki, lecz się nie rozpuszcza; koloru białego, elastyczny i nielamliwy, łatwo przybiera piękną politurę i może być rozmaicie zabarwiony, jak to widzimy w różnych galanteryjnych wyrobach (portmonetki. grzebienie i t. p.) Przytém jest twardy i nigdy nie wybuchą, gdyż jest nie chemiczném połączeniem kamfory i waty strzelającej (Pyroxylina).

W Niemczech jest fabryka celluloidu w Berlinie, we Francyi — w Stains, niedaleko St. Denis. O fabrykacji i własnościach celluloidu podano w *Progrès méd. N. 40 r. z.* W Berlinie szt. oczy z celluloidu prócz dr. FRÖHLICHA i dentysty HAMECHER'A, wyrabia firma G. MAGNUS et Comp.

Wprowadzenie w użycie szt. oczów z wulkanitu i celluloidu z wielu względów jest pożądaném u nas, szczególnie u dzieci i u biednych, cena bowiem podobnych wyrobów jest o 15—20% niższą od ceny szklanych. Warszawscy optycy do téj pory oczów takich nie sprowadzili.

Dr. J. Talko.

MISCELLANEA.

56. C. THIERSCH, **Rzadki wypadek okaleczenia się.** *Seltener Fall von Selbstverstümmelung* (*Arch. Langenb. Bd. 27 Heft 1*). Autor spotykał w ostatnich latach mężczyznę 36-cio-letniego, który bez zamiaru pozbawienia się życia, lecz, jak utrzymuje, przez prostą ciekawość, zadawał sobie liczne i ciężkie rany — autor, nie wdając się w rozbiór stanu psychicznego danego osobnika, opisuje same obra-

żenia. I tak: jeszcze w bardzo młodym wieku pacjent obciął sobie napletek, następnie próbował kilka razy przeciąć ściany brzuszne, o czem świadczą liczne bliźny rozsiane po brzuchu, nie udawało mu się to jednak. Nakoniec w 1878 r. uskutecznił swój zamiar za pomocą tępego brudnego noża, przez ranę wypadła sieć, przywieziony do szpitala wyzdrowiał w 20 dni. W 1879 r. przybył z rozciętą moszną, lewe jądro wypadło, przy stosownem leczeniu wyzdrowiał w 7 dni. W styczniu 1880 r. znów przeciął ścianę brzuszna, wypadła pętla kiszki, wyzdrowiał w 14 dni. W Maju tegoż roku wyluszczył sobie tępy szczyrzykiem prawe jądro, sznurek podwiązał, ranę zeszył i sam się wyleczył, w 4 tygodnie później zrobił toż samo z lewem jądrem, lecz ponieważ tą razą sznurka nie podwiązał, nastąpił więc krwotok zatrzymany dopiero w szpitalu, wyzdrowiał w 8 tygodni. Chory twierdzi że rany które sobie zadał nigdy mu wielkiego bólu nie sprawiały.

W. H. Krajewski.

57. Akuszeryja w Chinach. Chińczycy, którym anatomija ciała ludzkiego zupełnie jest nieznaną uważają człowieka za istotę idealną, posiadającą organa, w niczem nie podobne do zwierzęcych. Najdziwniejsze też o nich mają pojęcia. Płuca, jak mniemają, złożone są z 6-ciu zrazów i przyczępione do 3-go kręgu szyjowego, mają być siedliskiem duszy. Wątroba na 7 zrazów jest podzieloną i przewodniczy ruchowi oczów. Serce ma 7 otworów i panuje nad inteligencyją. O funkcjach organów, jako też o krążeniu krwi, chińscy lekarze nie mają najmniejszego wyobrażenia. Arteryje mają być wypełnione powietrzem a puls w ścisłym pozostawać związku z różnemi organami. Do zdeterminowania cierpienia jakiegobądź organu, służy im jedynie puls. Choroby serca rozpoznają dotykając pulsu na ręce lewej, — wątroby — na prawej, nerek — na wyższym miejscu, żołądka — jeszcze po nad tém. 1

Pierwiastki ciała tworzące są: „ciepło życiowe i zasadniczy płyn“; ich łączność stanowi życie, — rozdział — śmierć. Powinny one być w równowadze z 5-ma elementami: „ziemia, ogień, metal, woda i drzewo“. Celem medycyny chińskiej jest zachowanie, event. przywrócenie zachwianej, podczas choroby, równowagi tych pierwiastków.

Miesznanina idei filozoficznych i religijnych stanowi system chińskiej medycyny, która podstawy anatomicznej, fizyologicznej lub patologicznej nie posiada. Literatura składa się z tysiąca tomów, wypełnionych najśmieszniejszymi zdaniem i wnioskami, — zawierająca różne dziwaczne przepisy. Z pomiędzy tych ostatnich, najbardziej jest zalecaną pigułką złożoną z nerek szczurów i mózgu królika.

Nie mniejsza naiwność i ignorancja, uwydatnia się u chińczyków w pojęciach o zapłodnieniu, brzemienności i porodzie. Opierając się na tém, co widzą w naturze, — utrzymują, że kobieta jest istotą bierną jak jajko, płód zaś jak piskle, może, jeśli

zechce opuścić ją. Starożytni mędrzy chińscy przytaczają wypadki opóźnionego porodu do 3-ch i 4-ch lat, z téj jedynie przyczyny, że płód nie chciał opuścić łona matki.

Porody zwyczajne odbywają się w Chinach pod okiem akuszeryki, która w mniemaniu lekarzy odznacza się nieświadomością przedmiotu i narzucającem się zachowaniem. Lekarze rzadko bywają wzywani, kobiety bowiem chińskie, podczas porodu, okazują niezmierną wstydlivość i doznają wybitnej antypaty do mężczyzn.

Płód, zdaniem chińczyków, w ciągu trwania brzemienności, zajmuje w macicy pozycję siedzącą i nie zmienia jej, dopóki cięża kresu swego nie osiągnie, wówczas dopiero, dobrowolnie robi zwrot i przyspasia się do wyjścia głową naprzód, jedynie przy pomocy swych własnych sił.

Położenie dolnym końcem ciała przypisują niewłaściwemu zachowaniu się kobiety, poprzeczne — leżeniu na brzuchu w chwili, gdy płód wykonywał swój ruch zwrotny głową na dół.

Curiosum diagnostyczne jest oznaczanie przez lekarzy chińskich stanu życia lub śmierci płodu w macicy. „Gdy twarz matki jest czerwona a język zielony, — płód nie żyje, jeżeli jest przeciwnie, matka umrze, gdy zaś twarz i język mają barwę zieloną, — obie istoty w jednym czasie życie utracą.“

W wypadkach zatrzymania się łożyska w macicy, przywiązują do sznurka pępkowego nici konopiane, na końcu których ciężar jest zawieszony. Przy położeniach poprzecznych, gdy rączka przoduje, układają rodzącą do łóżka, porody bowiem zwyczajne w pozycji siedzącej, na cębrze się odbywają; zalecają dekokt z *kamihung kwai*, spokój przez jedną noc, łagodne odprowadzanie rączki, — poczem poród dobrowolnie ma przyjść do skutku.

W okresie połogowym zadają kobiecie kilka razy dziennie urynę dziecięcą, która w ogóle w medycynie chińskiej ważną odgrywa rolę, zalecają inhalację z pary octowej, za pokarm zaś rosół z kury i jaja przez całą dobę gotowane w wodzie wrzącej; jaja na miękko są wzbronione, jako wywołujące zaparcie stolca.

Chińczycy chronią się skwapliwie od przeciągu zimnego powietrza, sądząc że ono z łatwością wnika w pory ciała i staje się przyczyną różnorodnych złośliwych cierpień. Dla wydalenia go, lekarz chiński używa akupunktury, — prócz téj jednak operacji, żadna inna jest mu nieznaną. (*Annales de gynécologie, Listopad 1881*).

Ź. Erlich.

58. Leczenie czyraków (furunculus). Dr. LOEWENBERG po przecięciu czyraka stosuje okłady z nasyczonego roztworu kwasu bornego w wodzie, a jeszcze lepiej w alkoholu. W wypadkach świeżych, gdzie nacięcia nie były jeszcze zrobione, okład z kwasu bornego wstrzymuje dalszy bieg sprawy zapalnej, albo zamienia czyraki w ropnie niebolesne. Otwarte czyraki radzi L. posypywać proszkiem czystego kwasu

bornego. Przy ogólnej zaś *furunculosis*, obmywać całą powierzchnię skóry ciepłym roztworem tegoż kwasu.

Funk.

59. Zatrucie kwasem karbołowym w skutek wessania go przez zdrową skórę spozstrzegł NIKOLSKI (*Wracz Nr. 50 r. 1881*) u 11-sto miesięcznego dziecka oblanego przez nieostrożność kwasem w ilości około 6 uncyj. Zajęta skóra (około $\frac{1}{20}$ powierzchni ciała) przyjęła jasno-czerwone zabarwienie z odcieniem brunatnym, źrenice zwężone, puls słaby, oddech powierzchowny, mocz ciemnozielony; w kilka godzin przy objawach obrzęku płuc nastąpiła śmierć.

K-e.

60. PASQUA: Leczenie trypra za pomocą wodoru chloralu (*Italia medica N. 37, 1881*).

Autor zaleca *hydras chlorali*, i na 120 *agu. rosarum*, jako szprycowanie przy tryprze—i twierdzi, iż przy tém leczeniu nie tylko zmniejszają się bóle przy oddawaniu moczu i wzdodach prącia, lecz także skraca się czas trwania wypływu i rzadsze są powikłania.

61. E. BOUCHUT. Rezorcyna przeciw cholera infantum (*Paris médic. 16 Juni. 1881*). U 92 dzieci, leczonych za pomocą rezorcyny, autor widział, iż nawet po małych dawkach wymioty szybko ustępowały i liczba stolców się zmniejszała. Lekarstwo zadawano w dawce 20 do 30 grm. na 60 grm. Inf. Chamom. Działa po 2 dniach i musi być dawana przeciwiowo przez 6 dni, jeśli mamy otrzymać wyleczenie.

Rezorcyna jest środkiem antyzymotycznym, lecz jako taka działa nie tak drażniąco jak karbol i w dawkach terapeutycznych nie sprowadza nigdy objawów zatrucia.

62. Przeciw anginie kataralnej zaleca B. FRÄNKEL (Berlin) *chininę* w większych dawkach. W 15 wypadkach, w których w początku anginy użył tego środka, przebieg choroby znacznie był krótszy. W żadnym wypadku cierpienie nie trwało dłużej, jak 48 godzin. (*Berl. klin. Wochensch. Nr. 47, 1881*).

63. Leczenie tak zw. eczema capitis. Z „*Journ. thérapeut.*“ wyjmujemy następujący sposób amerykański leczenia eczemu skóry pokrytej włosami. Najprzód należy za pomocą kataplazmatów rozmiękczyć strupy i następnie je oddalić. Poczém części chore obmyć roztworem *Nitratis argenti* 0,25 na 30,0 wody i nakoniec opatrywać następującym płynem: *Acidi carbol. cryst.* 4,0, *Natri boraciaci* 4,0, *Glycerini* 60,0, *Aqu. Coloniensis* 120,0 — Wyleczenie następuje bardzo szybko.

W. K.

64. Konkurs. 16 b. m. odbył się w szpitalu starozakonnym w Warszawie konkurs na posadę ordynatora etatowego w oddziale chorób wewnętrznych. Do współzawodnictwa stanęło trzech kolegów. Z pomiędzy nich warunkom konkursu zadosyć uczynili kol. GROSSTERN i SZWEJZER. Pierwszy z nich otrzymał większość głosów został przedstawiony na ordynatora.

65. Konkurs. Towarzystwo Lekarskie w Kentucky w Stanach Zjednoczonych ustanowiło nagrodę 50 dolarów za najlepszą pracę obejmującą wyniki oryginalnych poszukiwań doświadczalnych lub klinicznych spostrzeżeń nad istotą, sposobem rozprzestrzeniania się, patologiją i leczeniem *szkarlatyny*.

66. Statycyzną elektryczność jako galactagogum poleca Dr. W. R. D. BLACKWOOD (*Philadelphia Med. Times*), na zasadzie korzystnych wyników jakie otrzymał w trzech wypadkach przez siebie obserwowanych.

67. Wodę z białkiem polecają jako środek odżywczy w zastępstwie mleka, jeżeli takowe bywa źle znoszone przez chorych. Rozpuszcza się białko z jednego lub kilku jaj w kwarcie lub dwóch wody, dodaje gliceryny i kwiatu pomarańczowego. Pije się na zimno i używa *ad libitum*. Ma być doskonałym pożywieniem przy tyfusie i dysenterji.

68. Gliceryna przeciw trychinom. BARTON wyleczył czterech chorych na trychiny za pomocą wewnętrznego użycia dużych dawek gliceryny, która ma działać trująco na trychiny.

(*Amer. clin. Record. Rev. de th. 1881*). *Jg. M.*

69. Statystyka stosunków zdrowotnych w Australii. Klimat Australii odznacza się wielką suchością, nawet najwilgotniejsza, północna jej część ma jeszcze suchszy klimat niż inne krainy pod tą samą szerokością leżące. Dla tego te strony Australii nie są tak groźne dla Europejczyka jak np. nawiedzane przez żółtą febrę wybrzeża Brazylii lub niemniej niezdrowe wybrzeża południowej Afryki, albo pod tą samą szerokością choć z drugiej strony równika leżące wyspy Indji zachodnich, „grób białego człowieka.“

Wprawdzie w północnych obfitszych w wilgoć okolicach Australii zdarzają się w porze deszczowej febrzy z lekkim zresztą przebiegiem, ale nawet Queensland porównany pod względem śmiertelności z Europą przedstawia się bardzo korzystnie.

Podczas jedenastu lat od 1867 do 1877 śmiertelność w stosunku na 1000 wynosiła:

w Szwecji	19,3	w Niemczech	27,4
„ Danii	19,4	„ Włoszech	30,1
„ Anglii	21,8	„ Hiszpanii	31,1
„ Francji	24,3	„ Austrii	30,7
„ Prusach	26,7	„ Węgrzech	39,3

Australijskie zaś kolonije w peryjodzie między 1868 i 1878 przedstawiają się jak następuje:

Australja Połudn.	14,96	Tasmanja	15,55
Nowa Połud. Walja	15,10	Austr. Zachod.	15,83
Wiktorja	15,22	Queensland	17,01

Wprawdzie nie należy zapominać że podczas peryjodu obserwacyj w Europie różne plagi jak wojna i cholera dziesiątkowały ludność, ale z drugiej strony i w Australii w latach 1875 i 1876 odra i szkarlatyna dały się też mocno we znaki.

Jak sprzyjającym jest dla Europejczyków klimat Australii pokazuje się z tego, że w Wiktorji, która nie przedstawia jeszcze najkorzystniejszych warunków,

na 1879 zmarłych, 245 przeżyło rok 80-ty, a dwóch—rok setny. Drugim podobnym faktem jest wielka ilość narodzin jakiej nie przedstawia żaden inny kraj.

Przewyżka narodzin (z lat sześciu między 1873 i 1878) stanowiła w procentach:

w Tasmanii	78	w Australii Połudn.	134
„ Australii Zach. i Qucens.	99	„ Nowej Połud. Walji	136
„ Wiktoryi	101		
w Europie zaś:			
„ Anglii	57		
„ [Austrii	23		
„ Prusach	40		
„ Włoszech	23		
„ Francyi	8		

Niestety śmiertelność dzieci w pierwszym roku jest w Australii dość wysoka. I tak w Australii Południowej wynosi 15,6% liczby narodzin, jest więc wyższa nawet niż w Anglii, podczas gdy Tasmanja ze swym chłodniejszym klimatem bardziej sprzyja rozwojowi delikatnych noworodków. (Dr. Emil JUNG. *Geographisches Handbuch zu Andree's Handatlas 1882*).

Wacław Nalkowski.

70. Szpital Kubota w Japonii. Jest to wielki dwupiętrowy budynek w napół europejskim stylu, ale z dodatkiem szerokich werend. Na górnych piętrach znajdują się audytoryja, na dole zaś pomieszczenie dla 100 chorych i dla studentów. W jednym pokoju nie leży nigdy więcej nad dziesięciu chorych, ciężko chorzy mają osobne pokoje. Głównie panującą chorobą jest rak. Klinika znajduje się pod tymże samym dachem. Rocznie wykonywa się około pięćdziesięciu operacji z pomocą chloroformu. Jednakże ludność okoliczna jest konserwatywna i nie życzy sobie zabierać znajomości z obcymi lekarstwami i obcinaniem członków. W skutek tego wstrętu liczba chorych w szpitalu jest nieznaczna.

Dr. KAYOBAZI, obecny naczelny lekarz, który ukończył niedawno zakład medyczny w Tokijo, zaprowadził z dobrym skutkiem postępowanie antyseptyczne. Łóżka nie są w użyciu, bo jakkolwiek KAYOBAZI, uznaje ich dogodność, sądzi jednak za stosowne ustąpić panującemu tu przesądowi. Opieka nad chorymi jest tu jak i wszędzie najsłabszym punktem. Jest kilka osób obu płci do doglądania chorych, ale zazwyczaj chorzy zabierają ze sobą swych przyjaciół, którzy ich doglądają nie stosując się bynajmniej do przepisów lekarza. Dyjeta jest zwykle czysto japońska. Mięso tylko w rzadkich wypadkach bywa dozwolone, za to często wódka, portwein i czerwone wino, ale wszystkie te napoje zawsze z jajami. Codziennie jeszcze około 80 przychodzących chorych szuka porady lekarskiej.

Częste są tu bardzo choroby oczów; jako przyczyny podają lekarze brak świeżego powietrza i światła w przepelnionych mieszkaniach oraz niedostateczne pożywienie.

Ze szpitalem łączy się medyczny zakład naukowy liczący 100 studentów. Obszerne audytoryja są zaopatrzone we francuzkie i niemieckie rysunki, ale mu-

zeum nie obfituje w preparaty anatomiczne. Znajdujący się tam szkielet ludzki pochodzi z jakiegoś dzikiego niższej rasy z Mikronezyi, szkieletu Japończyka nie można było dostać; nawet odbywanie sekcji jest połączone z wielu trudnościami i rzadko się zdarza.

Wacław Nalkowski.

71. WHITMAN. Sprawozdanie sądowo-lekarskie o samobójstwie w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej (*Americ. Journ. of Medical sciences 1881 Octb. str. 472*).

Na 1345 samobójstw które miały miejsce w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej w 1870 r. na zrodzonych w Ameryce wypadła 832, na cudzoziemców 492; w stosunku ludności: krajowców 1 na 39,763, cudzoziemców 1 na 11,124.

Z cudzoziemców połowa (246 na 492) przypada na Niemców.

Co do wieku, najwięcej wypadków samobójstwa u mężczyzn między 45 i 50 rokiem życia, u kobiet między 30 i 35 rokiem.

Co do pory roku, największa ilość zarówno mężczyzn i kobiet wypadła w miesiącu Maja.

Z rodzajów śmierci mężczyźni głównie wybierali sobie powieszenie, kobiety zaś truciznę.

W roku 1881 było dwóch samobójców którzy już przeżyli 100 rok życia.

Ciekawem jest opowiadanie o pewnym chorym cierpiącym na umyśle, który między 35 nieudanymi zamachami na życie swoje wybrał sobie także następujący bardzo oryginalny; skaleczył sobie umyślnie palec i następnie zaszczepił na ranę wydzielinę z rakowca od innego pacjenta.

Dintc.

72. Emil DEGHILLAYE, z Mons, podaje następujący środek przeciwko *czkawce*, która nieraz, zwłaszcza u histeryczek, bywa nadzwyczaj uporczywą. Należy ręką, na płask ułożoną, uciskać okolice żołądkową poniżej wyrostka mieczykowatego; jeżeli zaś ten środek okaże się bezskutecznym, potrzeba położyć w wymienioném miejscu rodzaj poduszeczki (pelotte), zrobionej z płótna i przymocować takową za pomocą opaski; zazwyczaj po kilku godzinach czkawka ustaje bezpowrotnie.

C. S.

73. „Wracz” (N. 47) donosi że równocześnie w Kijowie i Dorpacie wykonane zostały dwie *owariotomie* z nieszczęśliwym rezultatem. W Dorpacie Koch w zastępstwie prof. WAHLA rozpoznał torbiel jajnika powiklaną wodną puchliną brzucha, przy operacji zaś znalazł puchlinę wodną i—ciążę. Operacyi nie skończono, chora zmarła po kilku godzinach.

W Kijowie prof. RIENECK polegając na diagnozie innego lekarza przystąpił do owariotomii, znalazł ciężarną macicę i zakończył operację cięciem cesarskim. Matka i dziecko (6-o miesięczne) zmarły. „Wracz” wstrzymuje się od wszelkich komentarzy nad temi wypadkami do ogłoszenia ich drukiem.

Wydawca:

Dr. Bauerertz Adam.

Redaktor odpowiedział ny:

Dr. Kazimierz Filipo w łcz.