

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

OD REDAKCYI.

W prospekcie na rok 1882, zmieniając program naszego pisma, zaznaczyliśmy motywy, które nami kierowały, żadnym jednak słowem nie dotknęliśmy kwestyi doniosłości referatów, uważając ją za rozstrzygniętą oddawna. Ponieważ jednak kwestyja ta poruszoną została w szpaltach Gaz. Lek. i to aż dwukrotnie, w artykule wstępnym do 1-go numeru 1882 roku i w artykule o referatach, pomieszczonym w drugim numerze t. r., Redakcyja Kroniki Lekarskiej czuje się w obowiązku wypowiedzenia swego zdania w tym względzie, a winna jest takie wyjaśnienie swym czytelnikom témbardziej, że pismo przez nią wydawane jest wyłącznie sprawozdawczém.

Zobaczymy przedewszystkiém jak rozstrzygają tę kwestyję wyż wzmiankowane artykuły Gaz. Lek.: Z artykułu wstępnego do 1-go numeru z 1882 roku dowiadujemy się, że tylko takie referaty przynoszą pożytek, które „*streszczają rzeczywistość dzielne prace, zwiastujące istotny, fundamentalny postęp w nauce, albo też krytycznie zestawiają i rozbiegają cały szereg publikacyj, odnoszących się do jednej kwestyi. Streszczenia zaś prac różnych dążeń bez porównawczego poglądu, są nie tylko zupełnie bezużyteczne, ale nawet szkodliwe (?!), gdyż wprowadzają w błąd lekarza praktyka, mniej obeznanego z daną kwestyją, sprowadzają zamęt pojęć, osłabiają zaufanie do rzetelnych twierdzeń i teoryj, podkopują poważanie dla samej nauki, zachęcają do skrajnego skeptycyzmu i do ograniczania się na wiadomościach niby praktycznych.*”

Celem artykułu o referatach, pomieszczonego w 2-gim numerze Gaz. Lek., zdaje się być przypomnienie od dawien dawna znanych warunków, jakim powinny odpowiadać dobre referaty (stosowny wybór artykułów, nie robienie referatów z referatów, nie przekręcanie treści rozprawy w referacie i t. d.). Nakoniec autor, nawet co do referatów odpowiadających jego warunkom, zastrzega sobie aby liczba ich była ograniczoną, co motywuje tém, że referaty „*zawierając myśl zbitą, są tak trudne do strawienia jak prasowane suchary*“ (sic!)

Musieliśmy przytoczyć tu treść obu wzmiankowanych artykułów G. L., aby przeciwstawić im nasze pojęcia o referatach. Przedewszystkiém musimy zaznaczyć, że podług naszego przekonania, referat i krytyka są dwie zupełnie różne rzeczy; pierwszego zadaniem jest zastąpić w skróceniu o ile możności jak najdokładniej artykuł oryginalny, drugiego zaś celem wymotywować jakiś sąd (dodatni lub ujemny) o artykule oryginalnym; treść samego artykułu jest tu pomieszczaną o tyle tylko, o ile to dla krytyki jest potrzebne. Sprawozdawca pisze referat dla tych, którzy artykułu oryginalnego nie czytali. Krytyk wie naprzód, że tylko ci sprawiedliwość jego krytyki należycie ocenić potrafią, którzy artykuł oryginalny poprzednio odczytali. W referacie znikają indywidualne pojęcia sprawozdawcy, w krytyce poglądy piszącego występują na plan pierwszy. Sprawozdanie krytyczne, jakim go chce mieć Gaz. Lek., nie byłoby więc ani krytyką ani sprawozdaniem, ale czémś pośredniém; przedewszystkiém jednak nie

byłoby dobrém sprawozdaniem obiektywném, gdyż, ulegając aż nazbyt częstemu w krytyce grzechowi stronności, narzucałoby sąd swój o artykule czytelnikowi. Przeglądającemu jakiś referat chodzi przeważnie o pojęcia autora, a nie sprawozdawcy, czytelnik może się z tym ostatnim nie zgadzać, a w takim razie, gdyby sam czytał oryginalny artykuł, możeby całkiem inne jak sprawozdawca wnioski zeń wyprowadził. Tak więc tylko zupełnie obiektywne referaty spełniają należycie włożone na się zadanie; twierdzić, że one nie tylko są bezużyteczne, ale szkodliwe, gdyż w błąd wprowadzają, znaczy to przypuszczać w swoich czytelnikach brak wszelkiego zmysłu krytycznego. Nam się zdaje, że obiektywność powinna być przedewszystkiém zasadą każdego pisma sprawozdawczego, ją też postawiliśmy sobie za godło; każdy z naszych czytelników jako naukowo wykształcony lekarz, sam ma swój osobisty pogląd krytyczny, który potrafi zastosować do referatu, tak jak by to uczynił, czytając artykuł oryginalny.

Występowanie w roli pedagogów „*krzewiących zasady nauki*,” usiłowanie „*podniesienia całego poziomu nauki lekarskiej w kraju, do tej wysokości, na jakiej się ona znajduje w naukowych instytucjach na Zachodzie*,” (za pomocą Gazety?!), narzucanie swych poglądów, jako jedynie prawdziwych, pozostawiamy tym, co czują się do tego powołanymi. Co do nas, pragniemy tylko obznajmiać czytelników z postępami nauki, pozostawiając im samym krytykę prac referowanych.

Wybór artykułów do referatów niezaprzeczenie powinien być bardzo starannym, nie sądzimy jednak aby się trzeba było ograniczać tylko do prac „*dźwigających istotnie naprzód całość nauki, albo pojedyncze jej części*,” takie bowiem prace pojawiają się niesłychanie rzadko; przeciwnie twierdzimy, że pomiędzy temi pomnikowemi pracami, a pracami nie mającemi żadnego naukowego znaczenia, istnieje jeszcze cały szereg prac pośrednich, które, choć nie działy przewrotu w nauce, zasługują jednak aby je podać czytelnikowi w streszczeniu. Przypuszczamy nawet, że i Red. Gaz. Lek., pomieściwszy w przeszłym roku około 200 referatów, zrobiła pewne odstępstwo od wygłoszonej przez się zasady i zacerpnęła *plena manu* ze wzmiankowanej powyżej kategorii prac, średniej dla nauki doniosłości. Co do streszczeń krytycznych z kilku na raz prac odnoszących się do jednego i tego samego przedmiotu, to nie widzimy żadnej różnicy pomiędzy niemi a tak zwanemi artykułami kompilacyjnymi, w których zwykle na pierwszy plan występuje osobistość piszącego, jego na tę rzecz pogląd dowolnie modyfikujący pojęcia autorów, w nagłówku przytoczonych.

Takie jest nasze zdanie w tej kwestyi i kierować się niém będziemy przy prowadzeniu Kroniki Lekarskiej.

Że artykuły do sprawozdań powinny być starannie wybrane, że w wyborze żadnej roli indywidualność sprawozdawcy odgrywać nie powinna, że treść rozprawy w referacie nie powinna być skażoną, są to wszystko rzeczy zbyt dobrze oddawna każdemu znane i nie pojmujemy jak mogły dać powód do napisania dość obszernego artykułu w 2-gim numerze Gaz. Lek. Nie możemy tylko zgodzić się z autorem co do kwestyi, tak zwanęj przez niego *strawności referatów*; nam się zdaje, że jest to po prostu kwestyja żywotności organu, któremu tę funkcję powierzono, wiadomo bowiem powszechnie, że gdy jedni z całą łatwością trawią prasowane suchary, innym szkodzi nawet mleko wodą rozcieńczone.

Nareszcie i co do doniosłości prac oryginalnych, nie możemy się także zgodzić na zdanie Gazety Lekarskiej, aby one były „*środkiem pedagogicznym dla wskazania metody pracy*,” lub aby mogły „*zastąpić kliniki i pracownie*,” zwłaszcza takie „*jasno zestawione i dobrze ułożone wypracowania*,” które dopiero „*w przyszłości po należytem obstrzeżeniu warunków kwalifikacyi będą miały rzeczywistą wartość naukową*.”

Sądźmy nakoniec, że możnaby zaoszczędzić czytelnikom takich zapewnień jak np. że „*tylko o opinię najzacniejszych i najdzielniejszych współrodaków dbać będziemy*,” „*że medycynę traktować będziemy tylko jako naukę*“ i t. p., lub takich frazesów jak np. „*prawdziwa nauka nie leczy (?) choroby ale ustrój chory*.” „*Tylko naukowy lekarz wedle naszego przekonania jest prawdziwym lekarzem*“ i t. d., nie przynosi to bowiem pożytku czytelnikowi ani też nie podnosi wartości pisma.

I. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

74. KNECHT. **Przyczynek do nauki o umiejscowieniach czynności mózgowych.** Casuistische Beiträge zur Localisation der Gehirnfunktionen. (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk. Bd. XII. H. 1*).

I. N. 31 lat, przybył do szpitala z objawami gorączki, skarżąc się na ból głowy i osłabienie. W dwa dni później wystąpił bezwład prawej kończyny dolnej; czucie prawidłowe, z lewej strony wysięk oplucny; następnego dnia bezwład kończyny powiększył się jeszcze, a prócz tego nastąpiło utrudnienie ruchów w prawej połowie tułowia. W 5 dni po przybyciu pojawiło się porażenie prawej kończyny górnej, które następnego dnia stało się zupełnem. Tegoż dnia i następnych występowały często kurcze kloniczne w porażonych kończynach przy przyćmieniu świadomości. Prawa połowa twarzy czerwieńsza, aniżeli lewa. Kurcze ustąpiły, natomiast wystąpiło bredzenie i w stanie komatycznym nastąpiła śmierć w 2 tygodnie po przybyciu do szpitala. Oględziny pośmiertne: Opony miękkie mózgu zmętniałe, wzdłuż naczyń a w pośrodkowych częściach lewej półkuli naciezione ropą. Opony z łatwością schodzą z prawej półkuli, na lewej zaś przylegają mocno do kory mózgowej w obrębie nacieczenia ropnego. Substancja mózgowa okazuje się tu rozmiękczoną; rozmiękczenie rozpoczyna się w tylnej części zawoju środkowego przedniego (gyrus centralis ant.) na wysokości pierwszego zawoju czołowego, przechodzi przez bruzdę ROLAND'A na przednią powierzchnię z. czołowego tylnego (g. centr. post.). Ku środkowi ognisko rozprzestrzenia się

niewielko i przechodzi na zawój czołowy pierwszy; ku tyłowi nie przekracza wierzchołka tylnego z. ośrodkowego; z brzegu pośrodkowego półkuli, rozmiękczenie dosięga do sulcus calloso-marginalis, zajmuje więc t. zw. lobulus paracentralis (Ecker). Rozmiękczenie zniszczyło całą istotę korową oraz przylegającą białą na jeden centymetr grubości.

Mamy tu więc bezwład połowiczny pracy bez porażenia nerwów czaszkowych, bez zaburzenia w czuciu, połączony z napadami kurczów klonicznych w porażonych kończynach. Bezwład nie wystąpił odrazu, lecz zwolna przeszedł z kończyny dolnej na ramię a wreszcie na rękę. Przebieg ten odpowiada w zupełności obrazowi klinicznemu właściwemu hemiplegii pochodzenia korowego (FERRIER). Również i siedlisko anatomiczne odpowiada danym innym spostrzeżeń oraz doświadczeń. Fakt iż w danym przypadku n. twarzowy nie został dotkniętym stwierdza też przypuszczenie, iż korowy ośrodek n. twarzowego leży bliżej bruzdy Sylwiusza, podczas gdy ośrodek dla kończyn położonym jest w górnej $\frac{1}{3}$ części zawojów środkowych. Ponieważ i w tym przypadku prócz kory zniszczoną była i część białej istoty mózgu, przeto niepodobna rozstrzygnąć czy ośrodek ruchowy wspomnianych części mieści się wyłącznie w korze mózgowej.

II. T. 60 lat, przedstawia w Grudniu 1880 stopniowo rozwijające się osłabienie władz umysłowych, niezdolność do pracy, mimowolnie oddaje mocz i kał. Ból głowy; opadnięcie lewej powieki (ptosis), chód szeroki. 31-go Marca 1881 zauważono powłóczenie lewą kończyną dolną, następnego dnia

porażenie lewego policzka. 3 Kwietnia zupełna hemipareza lewej połowy ciała: ruchy nogi i ręki nawet w położeniu leżącym bardzo ograniczone, porażenie średnich i dolnych gałęzi n. twarzowego, opadnięcie lewej powieki górnej. Czucie znacznie stepione, szczególnie uczucie bólu. Odruch kolanowy wzmoczony po obu stronach. Ruchy prawej połowy ciała nie naruszone; prawą ręką pocierał tak mocno piersi, iż nastąpiło obnażenie skóry. W celu wydalania moczu potrzeba było zakładać kateter, częste mimowolne oddawanie kału. W nocy z 8-go na 9 Kwietnia bredzenie, następnego rana stan bezprzytomny, przytęmiona głowa i oczy zwrócone w stronę prawą; przy zmianie położenia głowa wracała znowu w poprzednią nie normalną pozycję. Badanie wzroku (w kilka dni później) wykazało prawidłowe ruchy oczów, jednakową reakcję źrenic; przedmioty i ilość palców oznacza prawidłowo. W dalszym ciągu obrzmienie lewej kończyny dolnej oraz odleżyny na kostkach, kolanach oraz na krzyżu i krętarzu wielkim prawym. Przy końcu Kwietnia wystąpiły objawy pobudzenia psychicznego: mówi dużo i modli się dniem i nocą. Porażenie lewej połowy w tym samym stopniu a także i prawa połowa jest osłabiona. W końcu przyćmienie świadomości, gorączka i gwałtowne poty, stan komatyczny; — 15-go Maja nastąpiła śmierć.

Ogledziny pośmiertne. Opony miękie nieco zętniałe i obrzmięte, łatwo oddzielają się od kory; mózg nieco zanikły. W prawym zrazie potylicowym znajduje się powierzchowne żółtawe ognisko rozmiękczenia; dosięga ono na powierzchni pośrodkowej półkuli ku przodowi aż do bruzdy ciemieniowo-potylicowej, ku tyłowi do wierzchołka zrazu potylicowego; zniszczenie zajmuje więc: zawój potylicowy wewnętrzny (cuneus), zawój zstępujący (g. descendens Ecker), t. zw. lobulus extremus (Ecker) oraz tylny koniec 1-go, 2-go i 3-go zawoju potylicowego. Rozmiękcze-

nie przenika w istotę białą na głębokość 1-go centym., lecz nigdzie nie dosięga zewnętrznej powierzchni mózgu ani też wzgórka wzrokowego. W lewej półkuli w przednim końcu soczewicy (c. lenticulare) znajduje się żółte ognisko rozmiękczenia wielkości i kształtu soczewicy, torbka wewnętrzna nie jest chorobowo zmieniona. Pozostałe części mózgu w stanie prawidłowym.

Przebieg powyższego wypadku odpowiada 2-m wypadkom Fürstner'a, w których obok porażenia połowiczego występowało czasowe odchylenie głowy i oczów w stronę przeciwną, prócz tego osłabienie wzroku oka strony chorój. W naszym wypadku, badano wzrok dopiero w kilka dni po nastąpieniu odchylenia głowy i oczów, przez co w obec szybkiej poprawy wzroku oraz demencji chorego, owo osłabienie nie mogło być skonstatowaniem. Pod względem podstawy anatomicznej wypadki te są również podobne, gdyż we wszystkich zajęte były: 1-szy i 2-gi oraz wewnętrzny zawój potylicowy jakkolwiek nie w jednakowym rozmiarze. Niezwykłym jest w niniejszym przypadku wysokiego stopnia posunięte porażenie ruchowe wskutek rozmiękczenia głębszych warst w kory, oraz powierzchownych istoty białej płatu potylicowego, przy nieknięciu węzłów ośrodkowych. Takież objawy paralityczne skonstatowano zresztą także w obu wypadkach FÜRSTNER'A. Charcot i Pitres jako objawy charakterystyczne przy rozlanym cierpieniu płatu potylicowego, podali: osłabienie władz umysłowych i uczucie swędzenia w okolicy piersiowej i brzusznej, objaw skonstatowany też w powyższym przypadku. Nieznaczne osłabienie ruchu prawej połowy ciała stwierdza też przypuszczenie NOTHNAGEL'A iż niewielkie ogniska rozmiękczenia w c. lenticulare przebiegać mogą bez wybitnych objawów porażenia.

A. Rosenthal.

75. BARTH. **O skuteczności podskórnych wstrzykiwań eteru przy adynamicznym zapaleniu płuc.** (*Gazette hebdomadaire*, Nr. 50, 51 i 52 r. 1881).

Zachęcony zadawalniającymi wynikami, jakie otrzymali DUPUY, LUTON, a głównie VERNEUIL, z podskórnych wstrzykiwań eteru przy nagłym upadku sił, występującym po ciężkich obrażeniach, BARTH przedsięwziął cały szereg doświadczeń, które doprowadziły go do przekonania, że eter, użyty podskórnie, stanowi także dzielny i nieoceniony środek przeciwko adynamii, cechującej niektóre formy zapalenia płuc. W wypadkach takich autor przekonał się, że już w kilka minut po zastrzyknięciu choremu 1 lub 2 grm. eteru, tętno stawało się mocniejszym, oddech głębszym i swobodniejszym, duszność mniejszą, a wyrzucanie płwociny daleko łatwiejszym. Na dowód tego przytacza autor 14 wypadków, z których 11 zakończyło się pomyślnie, w 3 zaś nastąpiła śmierć. B. nie od razu stosował eter: starał się najprzód winem i chininą, zwalczyć zagrażający upadek sił. Gdy te środki widocznej ulgi nie przynosiły, wstrzykiwał choremu raz lub 2 razy dziennie, po 1 lub 2 grm. eteru z nadzwyczaj pomyślnym skutkiem. (Dwugramowe wstrzykiwania stosował tylko w wyjątkowo ciężkich wypadkach). B. przekłada podskórne wstrzykiwania eteru nad użycie wewnętrzne z tego powodu, że eter, użyty wewnętrznie, działa bardzo powoli, przytém działanie to, z powodu wielkiej lotności eteru, jest niepewne.

Nieprzyjemne strony podskórnych wstrzykiwań eteru są następujące: a) zwykle po zastrzyknięciu powstaje dość żywy ból, który jednak szybko przechodzi, b) jeżeli chorzy mocno gorączkują, to w okolicy zastrzyknięcia powstaje ograniczona rozedma (emphysema) podskórna, która jednak bardzo prędko ustępuje, c) jeżeli wstrzykiwania robione są w przedramię, może czasami powstać miejscowe znieczulenie, lub nawet bezwład jednego lub kil-

ku mięśni. Łatwo jednak tego uniknąć, robiąc wstrzykiwania w miejsca mniej unerwione jak np. w powierzchnię zewnętrzzną uda i grzbiet. *H. Goldblum.*

76. STRAUS. **O związku pomiędzy cierpieniami nerek i przerostem serca.** Des lésions rénales dans leur rapport avec l'hypertrophie cardiaque. (*Arch. de Méd. Janw. 1882*).

Streściwszy w krótkości poglądy autorów, z których jedni uważają przerost serca za następstwo zmian w nerkach (TRAUBE, BRIGHT, POTAIN, GRAWITZ, ISRAEL i inni), drudzy zaś uważają go jako powstały współcześnie z cierpieniem nerek, w następstwie téjże saméj przyczyny która zmiany w nerkach wywołała (GULL i SUTTON, BUHL, DEBOVE i inni), S. podaje swoje w tym przedmiocie poszukiwania nad świnkami morskimi. Dla wywołania zmian w nerkach użył metody, którą się już w 1858 roku posiłkował BECKMANN, t. j. podwiązywał jeden z moczowodów. W ten sposób operował 20 świnek. Operacja była wykonywaną ze ścisłym zachowaniem prawideł antyseptycznych. Dzięki téj okoliczności z 20 zwierząt zdechło tylko 5, a z pozostałych przy życiu 15, jedne były zabijane wkrótce po operacji, inne dopiero w kilka miesięcy później. Zmiany w nerkach jakie autor znajdował były następujące. Najpierwszém następstwem podwiązania moczowodu (występującém w kilka godzin lub w 1—2 dni po operacji) jest rozszerzenie moczowodu i miedniczki. Nerka wydaje się jakby powiększoną, obrzmiałą, powierzchnia jęj posiada barwę bladoróżową, bledszą niż powierzchnia drugiey nerki. U zwierząt zabitych we 4—5 tygodni po operacji, nerka chora jest już mniejsza i bledsza niż nerka zdrowa, rozszerzony moczowód i miedniczka wypełnione cieczą prawie zupełnie przezroczystą. We 4—6 miesięcy po podwiązaniu, moczowód i miedniczka są wypełnione wielką ilością płynu surowiczego, a sama nerka nie większa od ziarnka grochu, piramida (w nerce świnki jest jedna tylko

piramida) prawie zupełnie zanikła, cała substancja nerki ma grubość 1—1½ milimetra.

Co do zmian histologicznych występujących w nerce po operacji, autor odróżnia 2 okresy: pierwszy, charakteryzujący się przedewszystkiem rozszerzeniem kanalików i drugi, cechujący się ich zapaścią (*collapsus*). W pierwszym okresie kanaliki moczowe są rozszerzone w całej swęj długości począwszy od torebki BOWMANA aż do otworu w brodawce. Nabłonek kanalików, szczególnie skrzyconych, jest spłaszczony. Niektóre wypełnione są cylindrami śluzowemi lub kleistemi (*muqueux ou colloïdes*). Tkanka łączna ulega zmianie dopiero później i w daleko mniejszym stopniu. Zmiana ta polega na rozszerzeniu przestrzeni międzykanalikowych (prawdopodobnie w skutek ociekliny) i na nieznanym nacieczeniu komórkowem. Cała nerka jest małokrwiwą. Ścianki naczyń, szczególnie błona ich wewnętrzna, zgrubiała.

W drugim okresie nerka przedstawia znaczny zanik; na rozkroju w substancji korowej widać nawet gołym okiem małe okrągłe otworki, które są torebkami BOWMANA nadzwyczaj rozciągniętymi. Kłębki w nich się znajdujące są nadzwyczaj małe w porównaniu z torebkami. Kanaliki zapadnięte, znacznie zwężone. Błona właściwa kanalików zgrubiała. Komórki nabłonkowe przedstawiają się w postaci jąder, otoczonych bardzo małą ilością protoplazmy. Podobne jądra, więcej tylko wydłużone, znajdują się w tkance międzykanalikowej, w której nie można jednak stwierdzić wytworzenia się dojrzałej tkanki łącznej. Torebki BOWMANA i ścianki naczyń nadzwyczaj zgrubiała. Jednocześnie druga nerka przerosła i to tém bardziej im później po operacji była badana.

Serce u wszystkich zwierząt, zabitych we 4—6 miesięcy po operacji, było przerosłe. Przerost dotykał wyłącznie lewej komórki. O przerosć serca autor dokła-

dnie przekonywał się za pomocą ważenia tego organu.

Wiadomo, iż te same wyniki otrzymali GRAWITZ i ISRAEL, robiąc poszukiwania nad starymi królikami. U tych ostatnich zdrowa nerka nie przerastała dostatecznie aby swą wzmożoną czynnością zastąpić nerkę operowaną; u młodych zaś zwierząt badacze ci nie widzieli nigdy w tych warunkach przerostu serca, ponieważ zdrowa nerka się powiększała i zupełnie w czynności zastępowała chorą. S. zaś przekonał się, że przerost serca powstaje u świńek bardzo młodych, nawet wówczas gdy zdrowa nerka w dwójnasób się powiększa. U zwierząt operowanych przez S. mięsień sercowy był zupełnie normalny, i tętniczki we wszystkich częściach ciała, z wyjątkiem chorej nerki, nie przedstawiały żadnych zmian.

W klinicznej części swęj pracy, autor stara się dowieść, iż fałszywym jest pogląd, jakoby przerost serca zdarzał się wyłącznie tylko przy chorobie BRIGHTA, a przy innych cierpieniach nerek go nie było. Na poparcie swego zapatrywania autor przytacza wyniki sekcji dokonanej na chłopcu, ze zwężeniem cewki moczowej i następczemi zmianami w pęcherzu i w nerkach (wypadek du CASTELA); dalej wypadek zamknięcia otworów obu moczowodów z następczém wodonerczem (wypadek COHNHEIMA), jakoteż swoje dwa wypadki, w których rak macicy uciskając moczowody wywołał zmiany w nerkach, mianowicie wodonercze i zanik lub sklerozę nerki. *We wszystkich tych wypadkach serce było znacznie przerosłe.*

Ostateczne wyniki, do których autor dochodzi są następujące:

a) Przerost serca powstaje wtórnie w skutek zmian w nerkach.

b) W chorobie BRIGHTA, prócz niewątpliwego wpływu zmian w nerkach, mogą wpływać na przerost serca inne jeszcze bardzo zawite okoliczności.

c) Przyjąwszy za dowiedzione, iż wszelkie zmiany w nerkach są przyczyną prze-

rostu serca, nie możemy wskazać sposobu, w jaki w danym razie nerki swój wpływ na serce wywierają. *M. Rejchman.*

77. GILBERT-BALLET. Przyczynę do badań nad nerką starczą. *Contribution à l'étude du rein sénile. (Rev. de méd. 10 Mars 1881).*

Nerka, jak wszystkie organa, w miarę starzenia się człowieka bywa siedliskiem zmian, w skutek których organ ten przyjmuje właściwą sobie postać, wielkość i miąższość, na które oddawna badacze zwracali uwagę.

Z tego co dotąd ogłoszono wynika, że przedmiot ten wymaga dalszych badań i dla tego to autor przedsięwziął poszukiwania, które ogłosił w zatytułowanej rozprawie.

Jakkolwiek praca ta jest głównie poszukiwaniem anatomo-patologicznym, przedstawia również i stronę kliniczną przedmiotu.

Pod nazwą *nerki starczej*, autor rozumie powolny i postępowy zanik tego organu, nieodłączny od podeszłego wieku, i który po zwyrodnieniu ateromatycznym naczyń, najczęściej spotyka się u starców. Badania anatomiczne, tak makroskopijne jak i drobnowidzowe, doprowadziły autora do następujących wyników:

Zanik nerek spostrzegany u starców, jest zapaleniem śródmiąższowem rozlanem (*nephritis interstitialis diffusa*). Zapalenie to należy do rzędu *marskości nabłonkowych (cirrhoses épithéliales)*, i dlatego było niesłusznie dotychczas zaliczane do rzędu marskości pochodzenia naczyniowego.

Nerka starcza anatomicznie bardzo podobne posiada zmiany, jak przy zatruciu łożem i w podagrze.

Zmiany te polegają na zaniku postępowym, jednego po drugim kanaliku nerkowego.

Ograniczywszy się na tém streszczeniu części anatomicznej pracy BALLET'A, przechodzimy do części klinicznej. Jeśli pod względem anatomo-patologicznym, zmiany jakie przedstawiają nerki w wieku

zgrzybiałym, są podobne do zmian spostrzeganych u dorosłych po otruciu łożem lub w dniu (podagrze), to ze stanowiska klinicznego, objawy tych chorób całkiem są od siebie różne, jakkolwiek autor, niepodzielając zdania innych badaczy (SADLER ¹⁾), iż zmiany w wymienionych stanach, różnią się kategorycznie od objawów nerki starczej utrzymuje, że zmiany te w pewnych tylko szczegółach a nie w gruncie rzeczy, wykazują różnice.

Choroba w mowie będąca, objawia się zmianami w wydzielinie moczu, przerostem serca, puchliną, krwotokami, oraz objawami mocznicy, które autor jedne po drugich rozbiiera. I tak:

1) *Co do wydzieliny moczu.*—a) *Ilość moczu, oddawana przez starców obserwowanych przez autora, nigdy nie przewyższała wyraźnie ilości normalnej, a przeciętnie prawie zawsze była od niej niższą.* Autor badając 19 starych kobiet, przekonał się: że ich wydzielina moczu, raz tylko dochodziła do 1300 grm., zazwyczaj zaś wynosiła tylko 500 do 800 grm. na dobę. Wyniki takie otrzymał ze 150 poszukiwań.

Pod tym względem, inni badacze zgadzają się z BALLET'EM, a zwłaszcza SADLER i DEMANGE ²⁾; ROCHE ³⁾ zaś podaje nieco wyższe cyfry wydzieliny, ale ten ostatni badał ją u mężczyzn (w *Bicêtre*), a wiadomo że mężczyźni, wydzielają więcej moczu niż kobiety.

Objaw ten tłumaczy autor najprzód tém, że starcy, zwłaszcza stare kobiety, w mniejszej ilości używają napojów niż osoby dojrzałe, powtóre: że u nich zawsze znajduje się zwyrodnienie tętnic (proces ateromatyczny), przez co ciśnienie krwi w tętnicach jest mniejsze, a więc i przesiekanie w kłębkach MALPIGHI'EGO musi się zmniejszać. Dalej, że u starców, nienapotyka się przerostu nerek, (w chorobie BRIGHT'A), przy którym wydzielina moczu

¹⁾ Th. de doctorat. Nancy 1879.

²⁾ Revue méd. de l'Est 1880.

³⁾ Contributions à l'étude du mouvement de désassimilation chez le vieillard. Thèse de Paris 1856.

powiększa się. Nakoniec dodać należy, że sam mięsień sercowy jest miękki, wiotki, zwykle stłuszczony.

Te okoliczności tłómaczą dostatecznie zmniejszenie wydzieliny, bez względu nawet na obecność lub nieobecność zapalenia śródmiaższowego nerek.

SADLER podziela zdanie LEMOINE'A ¹⁾, który utrzymuje, że skoro u starców ilość moczu równa się ilości prawidłowej (u dorosłych), należy to już uważać za *polyuryję*, idzieliich na dwie kategorie: jedną, w której ilość moczu przybliża się do ilości tej wydzieliny u dorosłych, drugą, w której ona jest niższą. L. uważać chce pierwszą grupę, jako dotkniętych *sklerozą* nerek. Nasz autor niezupełnie dzieli ten pogląd, ale sądzi że zmniejszenie wydzieliny moczu, jest już potwierdzeniem zmian w samym miąższu nerek.

b) *Nasylenie*. Nasylenie większe moczu, powinny być stałe w chorobie w mowie będącej, bo jest następstwem zmniejszenia ilości moczu; autor jednak spostrzegł bardzo nieznaczne w nasyceciu różnice. Cyfra wyrażająca nasylenie, była 1010 do 1015, niekiedy spadała na 600 lub 700 grm., co się tłómaczy mniejszą ilością moczanów i materij wyciągowych, stale spotykaną u starców. Istotnie, wszyscy autorowie się zgadzają że ilość moczanów przez 24 godz. wydzielanych przez starców, wynosi od 6 do 11 grm. Poszukiwania osobiste autora, nie doprowadziły do żadnych ważniejszych danych.

c) *Białkomocz*. Czy w zapaleniu śródmiaższowem nerek u starców, znajduje się białko w moczu? jest to pytanie nad którym zastanawiali się wszyscy autorowie piszący w tym przedmiocie, lecz doszli do wyników zupełnie z sobą sprzecznych. I tak: LEMOINE utrzymuje, że białkomocz jest jedynym stałym objawem po którym chorobę tę rozpoznać można, kiedy SADLER odróżnia ją od

innych stanów chorobowych nerek, przez nieobecność zupełną białka.

To spowodowało autora do poszukiwań bardzo starannych i przedewszystkiem zadał sobie pytania: 1) Czy dotychczasowe sposoby poszukiwania białka, są zupełnie bez zarzutu, odnośnie do wypadków SADLER'A. 2) Czy zawsze obecność białka w moczu u starców, należy odnosić do zaburzeń w nerkach, odnośnie do zdania LEMOINE'A?

Otóż dla rozwiązania pierwszego pytania, dochodził obecności białka nie tylko używanymi w tym celu powszechnie sposobami (ogrzewanie, kwas saletrzany na zimno i na gorąco), ale zastosował odczynnik TANRET'A (roztwór dwujodku rtęci w roztworze jodku potasu), i wszystkie te metody stosował porównawczo. Co do drugiego, badał ściśle stan chorych, dla wykrycia czy niema jakiej innej w organizmie choroby, któraby obecność białka w moczu wytłómaczyła?

Poddał badaniu moczu 70 zgrzybiałych kobiet, od 65 do 70 lat wieku liczących; na tę ilość moczów, znalazł białko w 20. Wprawdzie w niektórych z nich obecność białka była przechodnią i jakby przepuszczającą, zawsze jednak zaprzeczyć się nie dawała.

Na tych 20 indywiduów, u 15 autor znalazł zmiany w sercu, 5 więc tylko przypadków przyjąć można na tę liczbę, w których obecność białka w moczu można przypisać opisywanej chorobie nerek. Ztąd autor wnosi, że w chorobie o której mowa, obecność białka w moczu jest bardzo rzadką i że chorobę tę należy uważać za *niebiałkomoczną*. Fakt ten tłómaczy on, podobnie jak CHARCOT (*Leçons sur les maladies des reins* 1877), zmniejszeniem ciśnienia tętniczego w ogóle, a zatem i w kłębkach MALPIGHI'EGO, a z drugiej strony całkowitym zanikiem lub stwardnieniem (sklerozą) kanalików nerkowych.

Z tego co się tu powiedziało, dochodzi BALLET do wniosku, że badanie mo-

¹⁾ Sur le rein sénile, Th. de Paris 1876.

czu starców niema szczególnego znaczenia przy rozpoznawaniu zaniku starczego nerek.

II. *Puchlina*. Przyjęto obecnie powszechnie, że puchliny często może nie być przy zwyczajnym zapaleniu śródmiąższowym nerek, jeżeli istnieje, jest przechodnią i dopiero utrwała się w okresach dalej posuniętych. Zdanie to słuszne dla wszystkich tego rodzaju cierpień nerek, nabiera ważności w zapaleniu starczym, DEMANGE i SADLER przyczynę spostrzeganej puchliny, odnoszą do innych organów a nie do nerek.

Autor podziela to zdanie w zupełności, albowiem na 200 kobiet, mających więcej jak 60 lat życia, *ani razu* nie spotkał puchliny, którąby należało odnieść do nerek, a przeciwnie zawsze się odnieść dała do choroby serca lub płuc.

Tylko jeden LEMOINE, wygłasza w swęj tezie zdanie przeciwne. Ale autor jest przekonania, że spostrzeżenia które L. przytacza, nieusprawiedliwiają wyprowadzonych przezeń wniosków.

W jaki sposób objaśnić sobie brak puchliny przy *nerce starczej*? Pod tym względem wszystkie teoryje są niezadawalające i autor nieprzyczynia się do rozjaśnienia przedmiotu.

III. *Przerost serca. Rytm cwałowy*. Przerost serca zwłaszcza lewej jego komórki, dokładnie sprawdzonym został przy chorobie BRIGHT'A, przez angielskich, francuzkich i niemieckich badaczy tak, że pod tym względem niema żadnej wątpliwości. Autor zatem stawia sobie do rozwiązania następujące pytania:

Czy przerost serca towarzyszy równie zwyrodnieniu nerek w starości jak w wieku dojrzałym?

Jeżeli towarzyszy on *nerce starczej*, czy przedstawia te same cechy anatomiczne jak przy innych zwyrodnieniach nerek?

Nakoniec, czy ze stanowiska klinicznego, można przerost ten wytłómaczyć temi samymi objawami, jakimi go tłómaczą

w czasach najnowszych przy chorobie BRIGHT'A?

Co do pierwszego pytania, większa część autorów zaprzecza stanowczo istnieniu w starości przerostu serca, przy zwyrodnieniu Bright'owem nerek, i oświadczają że jeżeli się ten przerost spotyka, pochodzi on z innych przyczyn, a nadewszystko ze zwyrodnienia ateromatycznego zastawek i tętnic. BALLET nie jest tak bezwzględny, owszem utrzymuje on, że zwyrodnienie nerek BRIGHT'OWE i towarzyszący mu przerost serca, jest wprawdzie daleko rzadszy w starości niż w wieku dojrzałym ale się niewątpliwie zdarza.

Wprawdzie, jego własne spostrzeżenia, kazałyby mu wyłączyć to cierpienie z zakresu wieku zgrzybiałego, widział bowiem bardzo daleko posunięty zanik nerek, a serce mimo to było zupełnie prawidłowe, w tych znowu razach, w których spostrzegał przerost wyraźny serca, można go było odnieść do wad zastawek albo do zmian w ścianach naczyń. Lecz obok tych przypadków, spostrzegał dwa razy wyraźną chorobę BRIGHT'A u starców, zatem te fakta, zniewalają go do przypuszczenia, że i w starości również jak u dojrzałych, cierpienie to, wraz ze wspomnianem powikłaniem, jest możliwe.

Dr. DEBOVE ¹⁾ zgromadził więcej podobnych spostrzeżeń, z których nasz autor przytacza siedm, a we wszystkich tych, przerostu serca nie można było odnieść do żadnych zmian w tym organie lub w tętnicach.

Nareszcie autor przyjmuje, iż być może, że jego spostrzeżenia wydały dla tego pod tym względem ujemne wyniki, że były dokonywane tylko na kobietach, że płeć może tu odgrywać jakąś rolę, zwłaszcza dane z „Bicêtre“ mogłyby potwierdzić to przypuszczenie.

Następnie zastanawia się autor nad *teoryją powstawania przerostu serca przy chorobie BRIGHT'A u starców i przyczynami*

¹⁾ Communication à la Société médicale des hôpitaux 1879.

wywołującami. Teoryje tłómaczące powstawanie przerostu serca przy chorobie BRIGHT'A, mogą być zupełnie zastosowane do zapalenia nerek (marskości, jak ją nazywa autor) u starców. Ale BALLET staje w tym względzie po stronie DEBOVE'A i LETULLE'A²⁾, którzy odrzucają zupełnie znaną teorię TRAUBE'GO. Według tych badaczy, przerost serca przy chorobie BRIGHT'A jest wynikiem choroby samego mięśnia sercowego, rozwijającej się równolegle do choroby nerek, a niebędącej wcale wynikiem tej ostatniej. Jest to teoria GULL'A i SUTTON'A, nieco rozszerzona, według której choroby w mowie będące, tak serca jak nerek, mają źródło w sklerozie naczyń, a zwłaszcza samego m. sercowego.

Teoryje te potwierdzone licznymi faktami, ale tylko w wieku dojrzałym, rozciąga autor i na wiek zgrzybiały — i jakkolwiek nie przyjmuje procesu sklerotycznego, jako punktu wyjścia zaniku starczego nerek, to przecież utrzymuje że w sercu, proces ten, któremu pierwiastkowo daje początek zapalenie powłoczki tętnic (*periarteritis*), może być punktem wyjścia przerostu. To co ma miejsce u dorosłych, miewa miejsce i u starców i tu właśnie autor znajduje potwierdzenie tożsamości procesu zapalenia śródmiąższowego rozlanego nerek, z procesem nazywanym nerką starczą.

Nareszcie, *rozbiera objawy przerostu serca przy chorobie BRIGHT'A u starców*. Autorowi idzie o rozwiązanie pytania, czy przerost serca objawia się temi samymi znakami w wieku zgrzybiałym co i w dorosłym.

Przypomina, że jednym z częstszych niż inne objawów przerostu serca przy chorobie BRIGHT'A, jest t. z. *bruit de galop*, który polega na zdwojeniu tonu skurczowego serca, czy też na towarzyszącym temu tonowi, głośnym szmerze.

Otóż ten szmer jest rzadkim u starców.

Na 50 przypadków, kobiet starszych nad 60 lat, autor spostrzegł go tylko raz jeden. DEMANGE słyszał go cztery razy. I nie dziwi się temu, albowiem u kobiet w tym wieku, choroba BRIGHT'A i towarzyszący jej przerost serca, bywa wyjątkowym.

IV. *Krwotoki* — należą do najpospolitszych objawów zwyrodnienia starczego nerek. Wszyscy autorowie na to się godzą. Widują się tu krwotoki z nosa, wynaczynienia do mózgu, krwioplucie. Najpospolitsze są krwotoki nosowe.

BALLET widział je trzy razy u swych chorych, jedna z nich żyje, dwie drugie umarły, a sekcya wykazała zapalenie śródmiąższowe nerek, jakie spotyka się u starców; ztąd wnosi, że krwotoki nosowe nie są tak częstym powikłaniem, jak autorowie utrzymują, zdarzają się one pospolicie przy towarzyszącym chorobie przeroście serca, co jak powiedziano wyżej, nie jest tak częste.

Co do krwotoków mózgowych, to chociaż one są częste w latach podeszłych, nie upoważnia do przypisywania im zależności od zwyrodnienia nerek, bo we wszystkich podobnych przypadkach, znajdował autor skostnienie tętnic i tętniaki małe (*anévrismes miliaires*), chociaż owe tętniaki w mózgu, dają się spostrzegać i przy zwyrodnieniu nerek w wieku zgrzybiałym.

Co do tych krwotoków, autor odrzuca zdanie DEMANGE'A i LEMOINE'A, którzy nieznajując dostatecznej przyczyny w stanie tętnic mózgowych, do wytłómaczenia krwotoków, podejrzewają o to zwyrodnienie nerek, albowiem wie on z doświadczenia, że u starców, znajduje się wiele jeszcze innych zaburzeń, które krwotoki takie wytłómaczyć mogą.

V. *Objawy mocznicy u starców*. Wiadomo, że objawy mocznicy, stanowią ważny i patognomiczny znak obecności zapalenia nerek śródmiąższowego u dojrzałych ludzi, zachodzi tedy pytanie, czy i przy zaniku nerek starczym, podobne objawy spostrzegać się dają? DEMANGE i SA-

²⁾ Sur l'hypertrophie cardiaque dans la nephrite interstitielle. (Progrès médical 1879).

DLER stanowczo temu przeczą. BALLET in-nego jest zdania. Utrzymuje on, że wpraw-dzie przy zaniku nerek w starości, niewy-stępują objawy ostre i z takim natężeniem (śpiączka, drgawki, obłąd, zaduszania gwałtowne), albo jeżeli występują to bar-dzo wyjątkowo, ale występują objawy w postaci przyostrej lub przewlekłej, a które wszakże, do objawów mocnicy od-nieść wypada.

Do takich zalicza: *zaduszania (dyspnoea)*, zaburzenia w czynności *kanalu pokarmo-wego, skóry*, zaburzenia *wzroku*, nareszcie zdarzają się i objawy mózgowie, jak bóle głowy i bezsenność.

Te to objawy, jakkolwiek niezupełnie stanowczo, odnosi autor do zaniku nerek w wieku zgrzybiałym, pragnąc jednak lepszego zbadania tej kwestyi.

A poszukiwania te winny się odnosić nie tylko do samego *stanu nerek*, ale tak-że należy badać sprawę *samego odżywiania* w wieku zgrzybiałym; wtedy dopiero moglibyśmy z dokładnością opisać istotę, przebieg i same objawy zaniku nerek u starców. Te badania są tém trudniejsze, że nerki mniej ważną rolę odgrywają w zgrzybiałym niż w dojrzałym organi-zmie, więc objawy zaburzeń tego orga-nu, mniej są wybitne i łatwiej uchodzą uwagi.

Dobieszewski.

78. C. BINZ. **Powietrze ozonizowa-ne, jako gaz nasenny.** Ozonisirte Luft, ein schlafmachendes Gas. (*Berl. Klin. Woch. Nr. 1 i 2 r. 1882*).

Ozon, niejednokrotnie zalecany w me-dycynie, w skutek wielu nowych prac uznany został jako niebezpieczny w uży-ciu. HOUREAU, THÉNARD, LIEBREICH i in-ni twierdzą, że przy wdychaniu wywołuje on podrażnienie silne błony śluzowej dróg oddechowych, krwioplucie, obrzęk płuc i t. d., podobnie jak chlor, z którym w samęj rzeczy pod względem chemicznym bar-dzo wiele podobieństwa przedstawia. B. przeprowadził szereg doświadczeń na zwierzętach, (żabach, myszach, gołębiach, królikach, psach i kotach), utrzymując ta-

kowe pod dzwonem szklanym, do które-go ozon był doprowadzany za pomocą rury połączonej z odpowiednim przyrzą-dem elektrycznym SIEMENSA, przy zape-wnieniu odpowiedniej wentylacji. Zacho-wanie się różnych zwierząt pod wpływem ozonu było zupełnie podobne, różne tylko co do stopnia i prędkości działania: myszy i żaby trudniej mu ulegały, najłatwiej kró-liki i koty. Po 15—20 minutach zwierzęta te zasypiają najspokojniej, kładąc się na brzuch i wyciągając łapy, nie reagują na uderzenia w dzwon, przy zachowaniu zu-pelnie swobodnego oddechu. Pod wpły-wem dłużej trwającego działania, około 2 godzin, występował pewien niepokój, zaczerwienienie nozdrzy i pyska, ślinienie i utrudniony oddech. Zabite w stanie snu, zwierzęta nie okazywały żadnych zmian błony śluzowej dróg oddechowych. W kil-ka minut po przerwaniu działania ozonu, wracał wkrótce stan zwykły.

Lepiej jeszcze działanie ozonu uwyda-tniło się na ludziach, na których BINZ prze-prowadził 29 doświadczeń, mianowicie na lekarzach i kandydatach medycyny, któ-rzy się poddali tym próbom: Autor połą-czył w tym celu rurę szklaną idącą od przyrządu SIEMENSA, wydzielającego ozon, z maską przylegającą do ust i nosa i co 3 sekundy świeży ozon doprowadzał z ba-lonu. W 6—16 minut, niekiedy później, następował sen, powieki zamykały się, a w kilkanaście sekund po przerwaniu działania ozonu, następowało przebudze-nie. Poddani próbom opowiadali o uczu-ciu przyjemnego stanu obojętności, nie-kiedy z marzeniami sennymi, wkrótce po rozpoczęciu działania ozonu. Wołanie po nazwisku, szczypanie i t. p. żadnego wpły-wu na śpiących nie wywoływało. U trzech jednakże osób z pomiędzy sześciu podda-nych doświadczeniom, nie udało się wywo-łać snu, u jednego zaś w nieznacznym tylko stopniu. Po dłuższym wdychaniu ozonu występował niekiedy kaszel. I u tych jednakże były widoczne objawy po-gniębienia (*depressio*), a niekiedy i pobu-

dzenia, np. lekkie drgania mięśni twarzowych, a przy dopuszczaniu zbyt wielkich ilości ozonu, także skłonność do wymiotów bez żadnego podrażnienia jamy ustnej i przetyku. Działanie ozonu jest bardzo różne w miarę rozcieńczenia; podobnie jak alkohol czysty zupełnie inaczej działa na błony śluzowe, aniżeli mniej lub więcej rozcieńczony wodą, również i ozon czysty może wywołać katar oskrzeli, krwioplucie, czego, zmieszany z powietrzem nie sprawia i dla tego należy rurę, doprowadzającą ozon, utrzymywać w odległości 20—5 ctm. od jamy ustnej; z drugiej strony zbyt mała ilość ozonu żadnego wpływu nie wywiera. Działanie deprymujące ozonu zależy zapewne od wpływu na komórki mózgowe, podobnie jak to BINZ okazał już poprzednio, że pierwiastki obdarzone silnym powinowactwem chemicznym (chlor, brom, jod) osłabiają właściwą działalność komórek mózgu, sprowadzając narkozę. Tak samo działa ozon, rozpadając się na dwa atomy tlenu połączone, nieczynne i jeden atom nienasycony, wolny, gwałtownie łączący się z ciałami, które może utlenić ($O_3=O_2+O$), podobnie jak tlenek azotu który rozpada się na obojętny azot i wolny tlen ($N_2O=N_2+O$). Ten atom tlenu może albo we krwi wywołać pewne zmiany, wpływające następnie na komórki nerwowe (podobnie jak krew zawierająca tlenek węgla), albo też nie będąc uwolnionym we krwi, zostaje doprowadzony do tkanek i tu dopiero wpływ swój na komórki wywiera. HOPPE-SEYLER utrzymuje, że ozon we krwi wywołuje tworzenie się methemoglobiny, ciała które normalnie we krwi się nie znajduje; BINZ jednakże przepuszczając ozon przez znaczną ilość krwi odwłóknionej, nie znalazł w niej żadnych zmian, a ozon niezmieniony ze krwi się wydzielal. Również przez roztwór białka ozon przechodził niezmieniony, bardzo więc jest prawdopodobnym że i w organizmie część jego może się dostać do mózgu i wpływ swój wywierać. Możliwym

jest, że wpływ powietrza leśnego, morskiego i górskiego na chorych z nadmierną pobudliwością nerwową i przy bezsenności, da się wytłómaczyć działaniem ozonu, wiadomo bowiem że w tych miejscowościach znajduje się znaczna jego ilość. Praktycznego znaczenia dotąd działaniu powietrza ozonizowanego przypisać nie można, w chirurgii jako środek nasenny nie może on dotąd zastąpić nawet tlenu azotu, ale w przyszłości może zajmie poważne miejsce wśród środków leczniczych.

Jul. Kramsztyk.

79. ALPHONSE GUÉRIN. **Wydzielanie ostatnich kropli moczu i nasienia.** Dernier temps de l'excrétion de l'urine et du sperme. (*Bull. de l'Acad. de Méd. Séance du 13 Dec. 1881*).

Dotychczasowa teoryja wydzielania moczu i nasienia, a zwłaszcza ostatnich ich porcyj, jest niedostateczną. Mianowicie, po ukończeniu działania mięśni pęcherza, moczu ma być wydalany w dalszym ciągu przez kurczenie się mięśni krocza, leżących w około cewki moczowej, t. j. mięśni opuszko-jamistych, kulszo-jamistych i mięśni WILSONA.

Jeżeli jednak pierwszy z nich odgrywa tu jakąkolwiek rolę, przyspieszając wpływ moczu, to drugi, zdaniem autora, z pewnością nie bierze żadnego udziału. Nie zadawalniając się przeto takim wyjaśnieniem, autor wprowadza nowy czynnik, dotąd zupełnie nieuwzględniony, mianowicie samą ściankę cewki moczowej. Ściana ta składająca się na zewnątrz ze sprężystych ciał jamistych, otoczonych mocną ścięgnistą oponą (t. albuginea), wysłana jest na zewnątrz błoną śluzową, pozbawioną prawie zupełnie odporności.

Krew, wtłaczana w kierunku od opuszki ku żołądździ, znajdując większy opór na zewnątrz, wypukła błonę śluzową do światła kanału i ścieśnia go. W razie erekcyi, oddawanie moczu z tego powodu nie jest możliwym. W czasie moczenia, takiego naprężenia niema: krew płynąc od opuszki ku żołądździ zbliża ściany kanału,

a zbliżenie to posuwając się od tyłu ku przodowi wydała zawartość na zewnątrz. W razie przerwania obiegu krwi w ciałach jamistych, wydzielanie cieczy staje się niezupełnym i podlega tylko prawu ciśnienia.

Pogląd swój autor popiera doświadczeniami na trupach: Wprowadziwszy do opuszki rurkę połączoną ze szprycą, drugą szprycę wprowadza do pęcherza. Woda wlewana tą szprycą naśladuje akt moczenia; jeżeli w czasie tego nacisnąć tłok pierwszej szprycy i wtłaczać wodę do ciał jamistych, w kierunku od tyłu ku przodowi, prędkość wypływania wody w tej chwili się powiększy.

Rozumie się, że przyspieszenie to nie zależy tu od mięśni, a jedynie tylko od sprężystości ścian cewki, woda bowiem, podobnie jak krew, spotykając opór w mocnej, ścięgnistej błonie, ciśnię na błonę śluzową, rozciąga ją, zwężając światło kanału od tyłu ku przodowi—i wyciska tym sposobem wodę z kanału na zewnątrz. [Jeżeli by rozszerzenie błony śluzowej miało miejsce na całej przestrzeni kanału—moczenie nie mogło by się skuteczniać]. Tym sposobem zostają wydalone ostatnie krople cieczy—co także potwierdza powyższe doświadczenie.

Stwierdzenie teoryi autora widzimy w każdym wypadku zwężenia cewki: z początku ciecz pchana siłą pęcherza płynie strumieniem, w końcu moczenia, kiedy siła od tyłu nie działa więcej, mocz wypływa kroplami i to przy pomocy manipulacyj, do których się zwykle chorzy w takich razach uciekają. Przy istniejącej strykturze, nasienie wypływa z wolna, czasem nawet dopiero po dość długim czasie od chwili wyjścia z pęcherzyków nasienych.

Według badań autora, zmiany chorobowe przy zwężeniach zajmują wyłącznie prawie tkankę sprężystą, błona śluzowa bywa zwykle nietkniętą. Cechy tkanki sprężystej giną, oczka sieci zwężają się, a nawet znikają zupełnie, pojemność ciał

jamistych zmniejsza się znacznie, a zatem—i ilość przepływającej krwi. Opisany wyżej udział ścian cewki w akcie moczenia zostaje zmniejszonym albo zniesionym zupełnie i wtedy mamy ów obraz niezupełnego moczenia, jaki spotykamy zwykle u chorych na zwężenie cewki.

Autor zwraca jeszcze uwagę na to, że gdy już krew sama, falowato wtłaczana do jamistej części cewki, przez kurczenie się mięśni opuszko-jamistych, zwęża światło kanału naprężając błonę śluzową, to z głębin lub moczociąg, wprowadzony do cewki, spotykając się z falą krwi—powiększa jeszcze to naprężenie; przez co część kanału leżąca przed narzędziem zwęża i zaciska się zupełnie i nie puszcza go da'ej. Zjawisko to powinno być jeszcze jednym powodem do powolnego wykonywania powyższej operacyi. W końcu autor stawia następnę wnioski: 1) Mięśnie opuszko—i kulszo-jamisty nie wypełniają funkcyi, którą im dotąd przypisywano. 2) Działają one tylko za pośrednictwem krwi, wtłaczając ją do ciał jamistych. 3) Przyspieszenie strumienia i wydzielenie ostatnich kropli cieczy skutecznia się przez naprężenie błony śluzowej, idące od tyłu ku przodowi. 4) Wydzielenie cieczy jest upośledzonym, skoro tylko krążenie w ciałach jamistych znajdzie jakąkolwiek przeszkodę. 5) Teoryja autora rzuca światło na zwężenia kurczowe i *à priori* każe przewidywać, że kateteryzacyja u mężczyzn w razie naprężenia członka nie może być łatwą.

O. Hewelke.

80. Dr. F. HERRMANN. **Przyczynę do kwestyi dezynfekcyi.** (*Petersb. Med. Woch.* 1881 Nr. 50).

Mając przedstawić plan budowy izby dezynfekcyjnej dla największego ze szpitali petersburskich (Obuchowskiego), autor przedsięwziął szereg doświadczeń dla rozstrzygnięcia licznych istniejących jeszcze w tym względzie wątpliwości, zwłaszcza zaś co do szkodliwego wpływu wysokiej temperatury na niektóre przedmioty (mianowicie odzież), podlegające dezyn-

fekcji. Ponieważ kwestyja izb dezynfekcyjnych jest i u nas na czasie, nie będzie zapewne bez korzyści podać wyniki tych spostrzeżeń.

Doświadczenie w szpitalach, posiadających podobne izby nauczyło, że często pod wpływem niezbyt nawet wysokiej temp. już przy 65° R. niektóre przedmioty (np. zapalki) ulegają spalaniu. Rewidowanie zaś dokładne codziennie odzieży kilkudziesięciu chorych, przed dezynfekcją, jest dla większego szpitala zbyt utrudzające. Z tego powodu H. próbował użycia pary wodnej 125°—140° C. (co ma według nowych doświadczeń dokładniej niż suche powietrze niszczyć zarazki), przyczem okazało się, że główki zapalek ulegają spalaniu a nawet w płótnie je otaczającym powstają małe czarne plamy lub dziurki, lecz ogień nie szerzy się dalej. Co się tyczy wpływu wysokiej temperatury na różne części odzieży, okazało się, że przedmioty lniane i bawełniane przy 100° nie ulegają żadnej zmianie, sukno i wełna tracą nieco na elastyczności i połysku, skóra i włosy materaców nie zmieniają się, a futro barankowe kurczy się, twardej, traci na miękości. Przy użyciu pary wodnej jeszcze przy 140° C. materyje bawełniane i lniane nie zmieniają koloru, dopiero przy 175° C. brunatnieją. Skóra butów już w 100° C. pary wodnej kurczy się i twardnieje jak kamień; podobnie zachowuje się futro, nawet jeżeli je wysmarować poprzednio tłuszczem. Z tego powodu dla dezynfekcyi futra i skóry pozostaje nam jedynie użycie środków chemicznych, mianowicie kwasu karbolowego i siarkowego. Pierwszy według doświadczeń KOCHA w zwykłej temp. mały wpływ wywiera, a dopiero przy współdziałaniu wysokiego wilgotnego ciepła niszczy organizmy niższe. Kwas siarkowy z powodu swego łatwego rozpraszania i wnikania wszędzie, jest zapewne najlepszym środkiem. PETTENKOFER, HOPPE-SEYLER, KOCH, przypisują mu w wysokim stopniu zdolność niszczenia ustrojów drobnowidzo-

wych. Skóra i futro znoszą go dobrze, jakkolwiek niektórzy zarzucają, że powstający z niego pod wpływem wody i powietrza kwas siarczany, również, zwłaszcza w fałdach ubrania, wpływ swój na takowe wywiera, czyniąc je łamliwymi i nie-trwałymi.

Na zasadzie powyższych spostrzeżeń postanowiono dla szpitala obuchowskiego wybudować przyrząd, składający się: 1) z 3 cylindrów żelaznych, dla rzeczy podlegających dezynfekcyi, 2) kotła parowego, mogącego dostarczyć pod ciśnieniem 3—4 atmosfer potrzebny ilość pary wodnej o 125°—140° C. wprost do cylindrów, 3) dwóch sal dla przedmiotów przed i po dezynfekcyi i 4) komory wylanęj asfaltem dla kwasu siarkowego.

Jul. Kramsztyk.

II. Gyniekologija.

81. SYROMJATNIKOW. **Dwa pierwsze przypadki „Metritis dissecans.”** (*Archiv f. Gynaekologie* 1881. H. I. p. 156).

Przed 15-tu laty MARKONNET opisał po raz pierwszy chorobę, którą nazwał „*Pervaginitis phlegmonosa dissecans*,” istotę której stanowi zapalenie tkanki łącznej, otaczającej pochwę, z następczým oddzieleniem się całej pochwy wraz z częścią pochwową macicy. Choroba zwykle rozpoczyna się dreszczem, poczem następuje stan gorączkowy, bolesność w dolnej części brzucha, cuchnący odpływ z pochwy, obrzmienie i zgorzel części płciowych zewnętrznych, szczególniej warg mniejszych—po kilku dniach z pochwy zostaje wydalonóm ciało cuchnące, mające postać worka, które okazuje się jako błona śluzowa i mięśniowa pochwy wraz z częścią pochwową macicy. Po wydaleniu obumarłej tkanki stan chorych szybko się polepszał—w 3-ch wypadkach nastąpiło wyzdrowienie, w jednym zejście było śmiertelne.

Następnie autor przechodzi do opisu swoich dwóch przypadków. *Przypadek I.* Do zakładu położniczego w Moskwie przy-

była 26 letnia pierwiastka z rozpoczętym porodem, w stanie gorączkowym i po upływie 10 godzin urodziła dziecię żywe i donoszone. W przebiegu porodu ciepłota ciała przez 12 dni trzymała się na wysokości 40° z małemi wahaniami—biegunka—wypróżnienia właściwe sprawie durzycowej—śledziona nieco powiększona—białkomocz w małym stopniu. Inwolucja macicy prawidłowa, *endometritis* nieznaczna. Rozpoznano durzycę w przebiegu porodu. W 2 tygodnie po porodzie, z części rodných pokazał się obfity odpływ ropy, cuchnący, a wkrótce potem w szparze sromnej kawałek obumarłej tkanki, pokryty cuchnącą ropą i sięgający aż do macicy. Ponieważ miejsca przyczepu nie można było dosięgnąć, ucięto więc część owej tkanki przy szyi macicznej, poczem pozostała część wśliznęła się do macicy i dopiero po upływie 3-ch dni wydalona została. Krwawienia nie było—w 2 dni potem odchody przestały cuchnąć, a w tydzień później chora wypisaną została. W 3 miesiące po tém S. skonstatował zanik macicy. Regularności od tego czasu nie było.—Wydalona część, 8 ctm. szerokości i 9 długości mająca, przedstawiła się jako wewnętrzna powierzchnia macicy, przy czém znajdujący się w niej otwór, odpowiadał części pochwowój. Badanie drobnowidzowe wykazało, że tkanka składała się wyłącznie z gładkich włókien mięsnych, między którymi dostrzedz było można włóknistą tkankę łączną, włókna mięsne w stanie przerostu, miejscami nieznaczne stłuszczenie—w tkance łącznej liczne młode twory komórkowe i jądra. Naczynia chłonne i krwionośne znacznie rozszerzone—w tych ostatnich znajdują się pojedyncze włókniste zakrzepy. Nabłonka i gruczołów błony śluzowój nie znaleziono, jedném słowem była to warstwa mięśniowa macicy. Cały ten proces uznano za osobliwą formę zapalenia macicy, która dotychczas nigdzie opisaną nie była i której S. nazwę *Metritis dissecans* nadaje. Następnie autor

przeprowadza różniczkową ddiagnozę pomiędzy ropnicą, posocznicą i durzycą, a przyjmując tę ostatnią uważa proces degeneracyjny w macicy jako jej następstwo i ciężką komplikację, w czém utwierdza go jeszcze znana w przebiegu durzycy skłonność do rozpadu. Jako czynniki usposabiające do rozwoju téj choroby przytacza autor jeszcze: 1) zaczynające się w końcu ciąży stłuszczenie włókien mięsnych macicy; przeszkody w krwiobiegu macicy, powstające od 8-go miesiąca ciąży, w skutek czego tworzą się zakrzepy w żyłach warstwy mięśniowój, co wywołuje oboczne przekrwienie i zastój żylny; 3) stan połogowy macicy, pozbawionój powierzchniowój warstwy śluzowój. Jako punkt wyjścia zapalenia przyjąć należy międzymięśniową tkankę łączną, bogatą w młode komórki i jądra; oddzielenie tkanki następuje w rozmaitej głębokości, lecz na całej powierzchni macicy, czego dowodzi forma i wielkość wydalonej części. Brak krwotoku tłómaczy się zamknięciem naczyń, położonych w obrębie demarkacyjnego zapalenia, stosunkowo zaś dobry stan obumarłej tkanki, szybkością sprawy oddzielających. Co się tyczy braku elementów błony śluzowój, jaki się okazał w wydalonej tkance, to S. tłómaczy tém, że one jako najmniej trwałe, przy przeszkodach w krwiobiegu, wczesnie obumierają i z odchodami połogowemi niedostrzegalnie wydalone zostają. Autor więc wyprowadza 2 wnioski: 1) Podobnie jak istnieje *perivaginitis phlegmonosa dissecans*—istnieje również *metritis dissecans*. 2) Takie zapalenie rozwija się w porodu jako komplikacja durzycy brzusznej, przebiega zupełnie skrycie, nie daje się rozpoznać za pomocą ręcznego badania i kończy zanikiem macicy.—Drugi wypadek S. był podobny do pierwszego, tylko typ gorączki był nieregularny, zwalnający—gorączka trwała 5 tygodni. Część wydalona składała się z włókien mięsnych i tkanki łącznej. Stłuszczenie szcze-

gólniej wyraźne było w zewnętrznych warstwach. Naczynia rozszerzone, miejscami przez masy mikrokokków wypełnione.

W. J. Tyrchowski.

III. Chirurgia i Dentystyka.

82. W. ROSER (Marburg). **Niebezpieczeństwo podwójnego szwu kiszkowego po rezeceji pętli kiszki.** Eine Gefahr der doppelten Darmaht nach Resection einer Darmschlinge. (*Centr. f. Chir.* 1881. Nr. 52, pag. 818. *Original-Mittheilung*).

R. nałożył podwójny szew LEMBERT'A (jak twierdzi, podług rady CZERNEGO), po dokonaniu rezeceji kiszki w wypadku zaciśnięcia przepukliny biodrowej, poczem nastąpiła śmierć przy objawach trwającego wciąż zaciśnięcia. Sekcja wykazała, że odcinek kiszki leżący poniżej szwu, był zupełnie pusty, górny zaś odcinek mocno wypełniony; woda wstrzykiwana do dolnego odcinka swobodnie wypływała przez górny, lecz przy wstrzykiwaniu w odwrotnym kierunku, ani kropla płynu nie wychodziła przez dolny odcinek. Po rozcięciu obu odcinków kiszki aż do miejsca w którym szew był nałożony, okazało się, że przeszkodą dla przejścia zawartości do dolnego odcinka, były zwrócone do wewnątrz przez nałożenie szwu brzegi rany kiszkowej w połączeniu z nabrzmiałą fałdą błony śluzowej (*valv. Kerkringii*), która tworzyła rodzaj zastawki, zamykającej przejście z górnego odcinka do dolnego. Dla tego też R. radzi wstrzymać się od nakładania podwójnego szwu LEMBERT'A po rezeceji kiszki, szczególnie jeżeli operujemy na kiszce częściej (*jejunum*); oprócz tego dla uniknięcia wytworzenia się zastawek w skutek nabrzmiewania fałd Kerkring'a, zaleca autor wycinać ten kawałek błony śluzowej, który po dokonaniu rezeceji, zwykle silnie wystaje przed innymi błonami (*muscularis, serosa*) na poprzecznym przecięciu kiszki.

Przyp. sprawozdawcy. Większe niż zwy-

kle zwężenie światła kiszki jakie powstało w wypadku autora, daje się objaśnić tem, że R. nakładał 2 szwy LEMBERT'A, jeden wewnętrzny, drugi zewnętrzny, a więc zwracał całą grubość ścianki kiszki do jej światła, tymczasem CZERNY radzi nakładać tylko drugi zewnętrzny rząd szwów podług LEMBERT'A, wewnętrzny zaś rząd jest pomysłu samego CZERNEGO, ma na celu dokładne przystosowanie do siebie samych brzegów rany kiszkowej i uniemożliwia w ten sposób wystawanie ich do światła kiszki (patrz: *Jaffe.* O wycięciu zgorzelinowej pętli kiszki—*Kron. Lekarska* 1882 r. Nr. 1). Propozycja autora dotycząca wycinania kawałka błony śluzowej, zasługuje niewątpliwie na praktyczne zastosowanie, gdyż błona śluzowa po przecięciu kiszki, jak to widziałem w jednym wypadku, wystaje na cały centymetr przed innymi błonami. W. H. Krajewski.

83. KOLACZEK. **Torbiel - włókniak ściany brzusznej—laparotomija z pomyslnym skutkiem.** (*Gazeta Lekarska* 1882 r. Nr. 1).

K. wykonał z powodzeniem laparotomiję u panny 26-cio letniej, u której od dwóch lat w jamie brzusznej rozwinął się guz wielkości głowy ludzkiej, nieruchomy, bolesny; punkt wyjścia guza nie dał się określić z zupełną ścisłością; autor skłonił się do przypuszczenia, że siedliskiem nowotworu jest tylna ściana brzuszna. Po wykonaniu cięcia na linii środkowej pod pępkiem, okazało się, że guz bierze początek w przedniej ścianie jamy brzusznej, autor pomimo to zdecydował się wyluszczać go od strony jamy brzusznej, przeciął skośnie otrzewną guz pokrywającą wraz z leżącą pod nią powięzią (*fascia transversa*), dalsze wyluszczenie nowotworu udało się bardzo łatwo za pomocą palców, tylko wyjście nowotworu z powięzi skośnej trzeba było wyciąć za pomocą nożyczek. Po odjęciu guza K. przeciął ścianę brzuszną z boku, w miejscu odpowiadającym podstawie guza, dla przeprowadzenia sączka, ranę podłużną otrzewną a następnie i po-

środkową ranę ściany brzusznej zaszył jedwabiem przeciwnym. Wypłukiwania jamy karbolem i mgły karbolowej K. nie używał—opatrunek zresztą czysto listerowski. Wyzdrowienie nastąpiło w 14 dni.

W. H. Krajewski.

84. SZMIDT. Ropne zapalenie otrzewnej, laparotomija, wyzdrowienie. (*Wracz Nr. 51, 52, 1881.*)

S. obserwował chorego, który po 6-cio miesięcznym wędrowaniu po szpitalu z oddziału do oddziału z najróżnorodniejszymi diagnozami, przybył nareszcie do oddziału S.; ten ostatni rozpoznał przewlekłe ropne zapalenie otrzewnej i wykonał laparotomiję dla wydalenia ropy. Po przecięciu, dokonanym na linii środkowej, okazało się że cały worek otrzewnej przedstawia jedną wielką jamę ropną, ropy wydano około 5-ciu funtów, jamy autor nie przemywał żadnym płynem antyseptycznym, gdyż ropa, która została wydalona, zupełnie nie była cuchnąca; ranę zewnętrzną zaszyto pozostawiając z dreny grubości palca,—nałożono ścisły opatrunek listerowski; wyzdrowienie zupełne nastąpiło we 2 miesiące po operacji. Autor wypowiada nadzieję, że laparotomija przy *peritonitis suppurativa* będzie kiedyś tak rozpowszechniona jak jest dzisiaj niedawno wprowadzona *thoracotomia* przy otoku ropnym.

W. H. Krajewski.

85. Th. GLUCK. Doświadczenia nad całkowitem wycięciem jednego płuca. *Experimenteller Beitrag zur Lehre der Lungenextirpation. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1881. Nr. 44).*

Dr. SCHMID. Doświadczenia nad częściowym wycięciem płuc. *Experimentelle Studien über partielle Lungenresection. (Berlin. Klin. Wochenschr. 1881. Nr. 51).*

I. Pomyślnie rezultaty, jakie otrzymano przy wyluszczeniu jednego z parzystych organów, jako to: jajników, nerek, jąder, skłoniły GLUCK'A do przedsięwzięcia szeregu doświadczeń nad wyluszczeniem

jednego płuca, w przypuszczeniu że czynność jego zastępczo pełnić może drugie. W ogóle przy operacjach na płucach trzeba przedewszystkiem mieć na uwadze następujące punkta: a) znieczulenie; b) natychmiastowe skutki operacji (paraliż serca wskutek bezpośredniego drażnienia—shok, obrzęk płuca); c) powikłania przy gojeniu się rany (tworzenie skrzepów, zeszliżgnięcie ligatury, następstwa krwotok, zapalenie osierdzia i opłucnej zdrowego płuca); d) próżnię, która się tworzy w klatce piersiowej ze strony operowanej. — Nim autor przystąpił do właściwych doświadczeń, wykonał szereg prób nad podwiązaniem nóżki jednego płuca (*radix pulmonum*) i badał, jakie ztąd wyniknąć mogą następstwa. W dwóch przypadkach nastąpiła natychmiastowa śmierć wskutek wstrzymania bicia serca, gdyż, jak się okazało przy sekcji, ligatura zajęła część serca i nerw przeponowy. W innych wypadkach w 6 do 8 tygodni po operacji, płuco przedstawiało masę zserowaciałą. Skrzepów w sercu nigdy nie spostrzegano, a naczynia w miejscu podwiązaniem zarosły przez bezpośrednie z'epienie się ścianek. Operację wyluszczenia płuca P. wykonał na psach i królikach w sposób następujący: po zachloroformowaniu psów (króliki operowane były bez użycia chloroformu) i ogoleniu tej połowy klatki piersiowej, na której miała być wykonana operacja, autor wycinał skórę i miękkie części w pewnym oddaleniu od mostka, na przestrzeni dostatecznej dla rezekcji 4 do 10 ctm. z trzeciego, czwartego i piątego żebra; po wycięciu tych ostatnich, toż samo robił z opłucną i podwiązawszy nóżkę odcinał całe płuco. W niektórych przypadkach zaraz po operacji nastąpiła duszność i sinica błon śluzowych, po nałożeniu zaś głębokich szwów na zewnętrzną ranę, przez co próżnia klatki piersiowej się zmniejszyła, oddech powracał do stanu normalnego, sinica zniknęła. Takich operacji autor wykonał 20, z tych 6 na psach i 14 na królikach. Pomędzy

7 i 10 dniem niektóre króliki przechodziły zapalenie opłucnej i osierdzia. Następnych krwotoków ani razu nie było. Wskazaniem dla wykonania tej operacji zdaniem autora, byłyby ropnie, zgorzel, kawerny (?), nowotwory i rany płuc.

Na zasadzie swoich doświadczeń autor dochodzi do następujących wyników:

1. Króliki znakomicie wytrzymują operację podwiązania nóżki płuca jako też całkowitego wyluszczenia takowego.

2. Przy starannem leczeniu i aseptycznym przebiegu rany może nastąpić zdrowienie.

3. Podwiązane naczynia zarastają *per primam intentionem*; skrzepy w sercu się nie tworzą.

4. Podwiązana nóżka nie przechodzi w zgorzel.

5. Następnych krwotoków z powodu zeszlizgnięcia się przewiązki autor nigdy nie zauważył.

6. Nieszczęśliwe zejścia spowodowane bywają przez zapalenie osierdzia lub opłucnej.

II. SCHMID wykonywał doświadczenia nad wycięciem części płuca na psach, w sposób następujący: ta część klatki piersiowej, gdzie miała być wykonana operacja, została dokładnie zgołoną i oczyszczoną; na $\frac{1}{2}$ godziny przed wykonaniem operacji wstrzyknięto psu pod skórę stosownie do jego wielkości 3 do 7 strzykawek 3% roztworu morfiny, poczem znieczulenie podtrzymywano za pomocą eteru. Następnie autor wycinał subperiostalnie, możebnie największy kawał 4-go lub 5-go żebra w pewnym oddaleniu od mostka, przecinał opłucną żebrową i palcami, szczypczykami lub ostrym hakiem wydobywał z rany część lub cały płat płuca, podwiązywał go katgutem (ligature temporaire) a następnie wycinał zeń nożyczkami część w kształcie klina, podwiązywał większe naczynia i widoczne oskrzela, ranę płucną zeszywał, poczem zdejmował ligaturę przedtém na płuco nałożoną i wprowadzał go napowrót do klatki pier-

siovej. Na zewnętrzną ranę nakładał głęboki szew. Operacja odbywała się prawie bez utraty krwi. Co się tyczy środków przeciwniejących, to nie używano prawie żadnych. Narzędzia chirurgiczne i gąbki leżały w kwasie salicylowym, a pole operacyjne starannie obmywano. Ranę zewnętrzną opatrywano watą salicylową; rany te prawie zawsze goiły się *per primam intentionem*. Takich operacji autor wykonał 8 na psach, z których 3 przeżyły szczęśliwie operację, jeden zdechł przy objawach zatrucia kwasem karbolowym (do operacji użyto spray'u), 4 zdechły pó 2 do 5 dniach wskutek ropnego zapalenia opłucnej.

Wyżej opisaną operację, autor wykonywał także na trupach, szczególnie suchotników z kawernami płuc i zauważył, że przy zdrowych płucach operacja daje się tak samo wykonać jak na psach, istniejące zaś zrosty opłucnej, łatwo rozdzielić się dają bez naruszenia całości płuc. Rezekcja płuc, podług zdania autora, może mieć zastosowanie przy ropniach, nowotworach samego płuca, lub takich, które biorąc swój początek od żeber, przechodzą na płuca. Czy wycinanie kawern z płuc suchotników znajdzie praktyczne zastosowanie i czy będzie miało wpływ dobroczynny na przebieg choroby, tego autor nie chce przedwcześnie rozstrzygać.

L. Krause.

86. A. BARDELEBEN. **Przyczynek do leczenia tętniaków.** Zur Behandlung der Aneurysmen. (*Berliner Klinische Wochenschrift* 1882 N. 1).

Na wstępie podaje autor ciekawy opis obserwowanego przez siebie tętniaka tętnicy podkolanowej. Tętniak ten powstał ukravca 46-0 letniego przed 2-ma laty i rozwijając się bardzo powoli doszedł do znacznych rozmiarów. Powstanie jego zupełnie ciemne, ani jakakolwiek przyczyna zewnętrzna lub też wewnątrz organizmu leżąca, wykryć się nie daje. Leczenie polegało z początku na ułożeniu i utwierdzeniu kończyny chorój w najsilniejszym zgię-

ciu (flexio) w stawie biodrowym i kolano-
wym — przy tém chory, który był dość
inteligentnym, wykonywał sam nacisk
palcem na tętnicę biodrową zewnętrzną.
Tętnienie w tętniaku dało się w taki spo-
sób przerwać zupełnie, ale po 2 dniach po-
mimo bardzo starannego opatrunku kilka-
krotnie zmienianego, powstał znaczny obr-
zęk kończyny i nareszcie miejsce zgorze-
linowe na podeszwy — postępowanie więc
to przerwać musiano. Założono tedy com-
pressorium pomysłu B. poniżej więzu
Pouparta i pomimo, że zbyt mocno nie na-
ciskano, po 24 godzinach w miejscu gdzie
naciskała pelota, powstała zgorzel skóry,
założono wówczas pelotę powyżej więzu
Pouparta, lecz na drugi dzień i tu utwo-
rzyła się zgorzel. Przerzucono się tedy do
uciskania tętnicy na udzie, probowano roz-
maitego rodzaju turnikiety, ale stale po
pewnym czasie ucisk powodował zgo-
rzel, w końcu pozostał na przebiegu tętni-
cy tylko kawałek zdrowej skóry w wierz-
chołku trójkąta Scarpy, miejsce, które
sobie B. zachował dla ewentualnego pod-
wiązania tętnicy. Zarzucono zupełnie ucisk
turnikiem i próbowano metody ESMAR-
CHA, lecz pomimo dość luźno nałożonego
opatrunku i tu powstała zgorzel na grzbie-
cie stopy. B. zauważył przy tém bardzo
ciekawy objaw: w godzinę po nałożeniu
rury gumowej (Schlauch) nagle chory
zaczyna się skarżyć na zawrót głowy, rzu-
ca się i chwyta nóż, którym chce sobie
przeciąć tętnicę na ramieniu — zdjęto
szybko opatrunek, podano analeptica —
chory wrócił szybko do przytomności —
następnie jednak nałożony opatrunek
zniósł dobrze, z wyjątkiem utworzenia się
wspomnianej zgorzeli skóry.

W obec takiej nadzwyczajnej wrażli-
wości skóry, przerwać trzeba było ucisk
tętnicy i B. przystąpił do podwiązania jęj
w zarezerwowaném miejscu. Postępo-
wanie ściśle Listerowskie, podwiązka kat-
gutowa. Rana zagoiła się po 11 dniach zu-
pełnie bez ropienia — katgut został całko-
wicie wessany. Zaraz po podwiązaniu tę-

tnienie w tętniaku ustało w zupełności. Po
3 dniach B. jak powiada, ze strachem zau-
ważył po wewnętrznej stronie kolana na-
czynnie grubości t. promieniowej wyraźnie
tętniące — pomyśleć można było, że obocz-
ny obieg krwi, tak szybko się rozwijający
zniesie efekt operacyi, ale obawa się ta nie
potwierdziła — tętniak powoli zaczął się
zmniejszać. Po 10 tygodniach zaczęły się
goić także owrzodzenia zgorzelinowe po-
wstałe z ucisku (opatrzywanie ściśle prze-
ciwgnilne) i chory uważanym być może
za zupełnie wyleczonego.

Ciekawa bardzo w danym wypadku
jest nadzwyczajna wrażliwość skóry na
ucisk. Chory ten miał tak dziwny ustrój
nerwów i naczyń skóry, że kiedy B. dał
mu wedle metody lekarzy angielskich
w trakcie wyżej opisanego leczenia tętni-
ka jodek potasu, po kilku już łyżkach wy-
stąpiła obfita wysypka jodowa. Również
po wypiciu kufelka piwa wystąpiło na ca-
łym ciele u tegoż chorego rozległe zaczer-
wienie skóry.

B. w dalszym ciągu rozbiiera krytycz-
nie 2 metody leczenia tętniaków, t. j. ucisk
i podwiązanie. Twierdzi on, że wprowa-
dził nie metody LISTERA i od czasu użycia
do podwiązania katgutów, który naczynia
nie przecina a w ranie nie odgrywa roli
obcego ciała, jak to dawniej działo się ze
złotycajną nitką, podwiązanie stało się
operacją prawie lekką. W każdym wypad-
ku, gdzie ucisk nie daje zrazu rezultatu
pomyślnego, trzeba uciec się do podwiza-
nia tętnicy, ale ściśle podług zasad metody
przeciwnilnej.

Dinte.

87. GROSS i ROHMER. **Doświadczenia
nad katgutem używanym do podwiza-
wania tętnic.** Expériences sur le cat-
gut employé pour la ligature des artères
dans la continuité. (*Revue de chirurgie*
Nr. 12, 1881, pag. 961).

Ponieważ wielu chirurgów dotąd nie
przyznaje katgutowi wyższości nad inne-
mi materiałami używanymi do podwiza-
wania naczyń krwawiących, a nawet
przypuszczają, że katgut może zostać wes-

sany przed ostatecznym zamknięciem się światła naczynia, autorowie postanowili sprawdzić doświadczalnie użyteczność katgut, przyczem zwracali specjalnie uwagę na zachowanie się go przy podwiązaniu tętnic *dans la continuité*. Doświadczenia te w liczbie 47-miu doprowadziły autorów do następujących wniosków: 1) Natychmiastowe następstwa podwiązania tętnic katgutem są też same co i podwiązania zwykłą nitką, a mianowicie: błona wewnętrzna i średnia zostają przecięte i w naczyniu tworzy się skrzep. Błona zewnętrzna przeciwnie nigdy przez katgut nie zostaje przecięta; podrażnienie, będące skutkiem nałożenia ligatury katgutowej, wywołuje rozrost młodej tkanki łącznej, która otaczając błonę zewnętrzną naczynia, jeszcze ją bardziej wzmacnia. Naczynie nigdy nie bywa przecięte; tak więc przy użyciu katgutusu usunięte jest niebezpieczeństwo krwotoków następczych. 2) Jeżeli przy nakładaniu ligatury katgutowej użyjemy do jej umocowania dwóch węzłów zwyczajnych, jak to często robiono przy ligaturach jedwabnych, to ligatura rozluźnia się za prędko, często nawet przed utworzeniem się skrzepu, błony wewnętrzna i średnia zablizniają się na miejscu przecięcia i światło naczynia powraca do stanu w jakim było przed nałożeniem ligatury (w swych doświadczeniach autorowie spotykali takie wypadki w 8 lub 9 dni po nałożeniu ligatury). 3) Dla otrzymania stałego zamknięcia światła naczynia trzeba więc unikać przedwczesnego rozluźnienia ligatury katgutowej i dla tego pierwszy węzeł musi być chirurgiczny, a dopiero drugi może być zwyczajny.

Przyp. Sprawoz. Dla naszych czytelników, którzyby chcieli sami przygotowywać katgut, podajemy tu przepis MACWEN'A dla przygotowywania katgutusu chromowego, bardzo obecnie zachwalanego: surowy materiał maceruje się przez 2 miesiące w następującej mieszaninie: *Solutionis aquosae acidi chromici 20^o/₁₀—1 part. Glycerini puri 20 partes.* Po upływie wyżej oznaczonego czasu przekłada się katgut do 20^o/₁₀ roztworu kwasu karbolowego w gli-

cerynie i w tym roztworze się go przechowuje: (*Annals of Anatomy and Surgery 1881 vol. IV Nr. 4 str. 129 do 136.* H. W. Krajewski

88. Prof. P. BRUNS. **O traumatycznym oddzieleniu się nasad od trzonu kości.** Ueber traumatische Epiphysentrennung. (*Arch. Langenb. Bd. XXVII H. 1. pag. 240—264.*)

B. opisuje 2 obserwowane przez się wypadki powstrzymania wzrostu kości, spowodowanego oddzieleniem nasady od trzonu w skutek obrażenia w dzieciństwie. Pierwszy wypadek dotyczy 49 letniego mężczyzny, u którego kość ramieniowa prawa była 14 ctm. krótszą od lewej (w 2-gim roku życia upadł na ramię, leczenie trwało kilka tygodni); w drugim wypadku u 12-sto letniego chłopca, u którego obrażenie lewego ramienia nastąpiło 4 lata temu, obecnie odpowiednia kość ramieniowa jest krótsza 4 ctm. od prawej. W literaturze B. znalazł podobnych wypadków zaledwie 12. Nadzwyczajna rzadkość takiego powstrzymania wzrostu kości, skłoniła autora do zbadania, czy równie rzadko spotykają się traumatyczne oddzielenia nasady od trzonu kości i jaki zachodzi stosunek między tém ostatniem cierpieniem a zatrzymaniem wzrostu kości. Ponieważ rozpoznanie przy całości powłok zewnętrznych jest bardzo trudne, postanowił więc autor zużytkować dla swjej statystyki tylko te wypadki, których rozpoznanie sekcyjną lub oględzinami przez ranę części miękkich stwierdzonem zostało. Takich wypadków zebrał 81, w niektórych było jednocześnie kilka nasad oddzielonych, tak że ogólna liczba oddzieleń wynosi 100. Wnioski B. są następujące:

1) *Częstość w stosunku do wieku.* Najczęściej zdarzają się między 10 i 19 rokiem życia (z 61 wypadków, w których wiek był podany—44 razy) głównie w 16-tym i 17-tym roku; daleko rzadziej bywają w 1—9 roku, co się objaśnia tém, że dzieci w tym wieku rzadziej bywają narażane na silne obrażenia; najpóźniejszy wiek, w którym

obserwowano oddzielenie nasady był 20-ty rok życia (2 wypadki).

2) *Częstość oddzielania się pojedynczych nasad*: Najczęściej oddziela się dolna nasada biodra (28 razy), następnie dolna nasada kości promieniowej (25), a dopiero trzecią z kolei pod względem częstości oddzielania się jest górna nasada kości ramieniowej (11), gdy tymczasem dotąd przypuszczano że ta ostatnia oddziela się najczęściej.

3) Ze względu na *miejsce, w którym następuje oddzielenie*, można rozróżnić 2 rodzaje: a) właściwe oddzielania t. j. takie, w których rozdzielenie następuje w samej linii połączenia nasady z trzonem, przy czém cała grubość chrząstki najczęściej pozostaje przy nasadzie, lub też, co się zdarza daleko rzadziej, część chrząstki pozostaje przy trzonie, a druga jej część oddziela się wraz z nasadą, b) oddzielenia nasady od trzonu kości połączone ze złamaniem tego ostatniego, t. j. takie w których linija rozdziału odpowiada po części granicy nasady, po części zaś przechodzi na trzon kości odgraniczając mniejszy lub większy odłamek, który pozostaje przy nasadzie. Ten ostatni rodzaj jest najczęstszy, z 61 wypadków, w których podano rodzaj rozdzielenia, znalazł go B. 33 razy.

4) *Stosunek oddzielenia nasady od trzonu do powstrzymania wzrostu kości na długość*. B. zbierając tylko takie wypadki oddzielenia nasad od trzonu, których rozpoznanie mogło być bezpośrednio sprawdzone, podaje ich 81, gdyby doliczyć do tego wypadki opisane lecz sekcyjną nie sprawdzone, możnaby zebrać paręset, tymczasem wypadków zatrzymania wzrostu kości, B. zebrał zaledwie 12. Tak więc zatrzymanie wzrostu kości na długość nie jest niezbędnym następstwem oddzielenia nasady od trzonu, a przynajmniej nie zawsze pociąga tak widoczne zmiany za sobą, co się objaśnia tém że: a) oddzielenie nasady zdarza się najczęściej w 2-gim dziesiątku lat życia, kiedy kości są dość duże, a niewielka różnica w długości nie łatwo wy-

śledzić się daje, b) ponieważ oddzielającą się nasadzie w większości wypadków towarzyszy odłam oderwany od trzonu, może więc szybko nastąpić połączenie za pomocą kostniny i chrząstka nie traci swych proliferacyjnych własności. Toż samo odnosi się do właściwych oddzieleni nasady z chrząstką od trzonu, jeżeli tylko nie ma wielkiego przemieszczenia i unieruchomienie było dostateczne—w przeciwnym razie występuje zwyrodnienie w chrząstce i przedwczesne skostnienie. c) Takie oddzielenia nasady od trzonu, przy których by linija rozdziału przechodziła przez samą tkankę chrząstki i rozdzielała ją, zdarzają się nadzwyczaj rzadko i to zwykle w 2-gim lat dziesiątku, t. j. wtedy gdy już kości są dość duże, aby nawet zupełne zatrzymanie we wzroście nie wywołało zmian zbyt widocznych. d) Ponieważ tylko niektóre nasady mają wpływ na wzrost kości w kierunku długości (dla ramienia tylko górna, dla promienia i biodra tylko dolne nasady) więc też oddzielenie tych tylko nasad może pociągnąć za sobą zatrzymanie wzrostu kości. e) Nakoniec chrząstka nasadowa posiada wielką odporność jak tego dowodzą wypadki, w których np. po ropném oddzieleniu nasady, po zgorzeli całego trzonu i t. d., wzrost kości na długość nie bywa wstrzymany. *W. H. Krajewski.*

89. NICAISE. **O wyborze sączków kauczukowych.** Du choix des tubes à drainage dits tubes de Chassaignac. (*Revue de Chirurgie* Nr. 12, 1881, pag. 1007).

N. zwróciwszy uwagę na ważne znaczenie sączków kauczukowych przy opatrunku przeciwgnilnym (pomimo licznych prób zastąpienia ich innymi np. drenami kostnymi NEÜBER'A), zaznacza, że aby sączki dokładnie spełniały wyznaczoną im funkcję, odpowiadać muszą następującym warunkom: 1) powinny być dostatecznie grube, aby się nie zatykały wydzieliną, 2) dostatecznie krótkie, aby nie dotykały powierzchni przepiłowanej kości ani głównego pnia naczynia, 3) po-

winny o ile możności najmniej drażnić ranę. Pierwsze 2 warunki dają się łatwo osiągnąć. Dla osiągnięcia zaś ostatniego, niezbędne są niektóre techniczne wiadomości o sposobie fabrykowania sączków, bez których to wiadomości nie podobna zrobić odpowiedniego wyboru. Oto co o tém pisze autor: Obecnie używają się 3 gatunki sączków kauczukowych: szare, czerwone i czarne. Dwa pierwsze gatunki zawierają nadmiar siarki, która działa drażniąco na rany; szczególnie wiele siarki zawierają sączki szare i dla tego użycie ich powinno być albo zupełnie zaniechane, albo też trzeba je przed użyciem pozabawić nadmiaru siarki za pomocą trzygodzinnéj maceracyi przy temperaturze 60°—80° C. w następującym roztworze: *Natri carbonici puri* i *klgrm. Aquae* 10 *klgrm.*; ilość ta wystarcza do wymacerowania 1 *klgrm.* sączków. Następnie trzeba je obmyć w czystéj wodzie i przechowywać w 5% roztworze kwasu karbolowego. Sączki szare, które pod wpływem takiej maceracyi nie nabrały czarnego koloru, lub utraciły swą elastyczność, nie nadają się wcale do użytku. Sączki czarne są sączkami szaremi pozbawionemi siarki i takie są najwłaściwsze do użycia. Wszystkie 3 gatunki sączków powinny oprócz tego odpowiadać następującym warunkom: 1) powinny posiadać prążki (ślady piły, którą się rozpiłowuje czysty kauczuk na tafelki dla przygotowania sączków), 2) powinny pływać na wodzie, 3) powinny się dać w trójnasób rozciągać bez rozerwania. Brak wymienionych tu warunków dowodzi, że sączki były robione nie z czystego kauczuku lecz z ciasta przygotowanego z odpadków kauczuku i że dla powiększenia ich wagi dodano do szarych sączków bieli cynkowej a do czerwonych minium. *W. H. Krajewski.*

90. CANTOU i CLAUD-ROGERS. **Następstwa zbyt długiego niewyjmowania z ust aparatu ze sztucznemi zębami.** (*Vierteljahrsschrift f. Zahn. Heft III, 81.*)

CANTOU przytacza wypadek jaki obserwował u jednej ze swych pacjentek. Przedstawiła mu się kobieta z językiem w dwójnasób powiększonym. Powiększenie to polegało głównie na wytworzeniu się znacznej masy pofaldowanej błony śluzowej, w głębi której autor dostrzegł blaszkę złotą łączącą sztuczny ząb trzonowy jednej strony szczęki dolnej, z takimże zębem sztucznym drugiej strony. Wydostać sztuczny aparat ze szczęki było niepodobieństwem. Pacjentka wyznała, że już 5 lat nie wyjmowała z ust aparatu. Dopiero za pomocą narzędzi trzeba było aparat rozdzielić na kilka części, aby go usunąć z jamy ustnej. W wypadku CLAUD-ROGERS'A 15-to miesięczne niewyjmowanie sztucznego aparatu z ust, spowodowało uparty obrzęk twarzy po stronie prawej i przetokę po téjże stronie, wychodzącą na zewnątrz z pod żuchwy. Przy dokładnych oględzinach przetoki, można było dostrzedz blaszkę złotą. Blaszka ta była właśnie podstawą dla osadzenia zębów sztucznych. Ciągły nacisk na szczękę aparatu dolnego, który był przytrzymywany za pomocą sprężyn idących od aparatu założonego w szczękę górną—wywołał znaczny zanik samej kości, tak, że po usunięciu aparatu (co rozumie się z wielką trudnością nastąpiło) i zagojeniu przetoki pozostało na zawsze znaczne wgłębienie w szczękę.

F. Kobyliński.

91. WALKER. **Kierunek jaki może przyjąć ropień jamy Highmor'a.** (*Vierteljahrsschr. f. Zahnheil. 1881, Juli.*)

Mężczyzna 35 letni cierpiał przed rokiem na silne bóle twarzy i głowy po stronie lewej. W kilka dni potem ból skoncentrował się w okolicy szczęki górnej; po kilku tygodniach usadowił się w stronie lewego ucha i kości skroniowej, podczas czego wytworzył się obrzęk na wyrostku sutkowym (proc. mastoideus) pod mięśniem mostko-sutko-obojczykowym (m. sterno-cleido-mast.), który to obrzęk w końcu zamienił się w ropień. Ropnie na tém

miejscu często się powtarzały, przyczem chory bardzo wynędzniał; w końcu całkowicie utracił wzrok. Przy badaniu nie można było zauważyć żadnego znacznego obrzęku ani w okolicy szczęki górnej ani dolnej. Dziąsła w okolicy zębów 1-go i 2-go trzonowego wielkiego szczęki górnej strony lewej, były zaczerwienione. Mięśnie twarzy były nieco obrzękłe, lecz nie bolesne na dotyk; zęby w dobrym stanie, tylko ząb trzonowy wielki 2-gi szczęki górnej nieco ruchomy, lecz niewydłużony i niebolesny przy żuciu, chociaż wywoływał silne bóle przy natryskiwaniu go zimną wodą. Po usunięciu tego zęba (karyjetycznego z distalnej strony) odeszło około uncy ropy. Zębodół komunikował z jamą HIGHMOR'A za pomocą przetoki. Prawdopodobnie ropa zebrała się najprzód w jamie szczękowej, zkąd potem przez kanał VIDIANA, szczelinę FALLOPA i kanał twarzowy (canalis facialis) dostała się do ucha i pod mięsień mostko-sutko-obojęczykowy. Chory szybko wyzdrowiał i wzrok odzyskał w zupełności.

F. Kobylński.

MISCELLANEA.

92. Dr. BELLINI (z Florencji) poleca **jodek krochmalu jako antydot** we wszystkich wypadkach, w których natura trucizny nie jest nam znana, a szczególnie przeciwko zatruciu siarkowodorem, alkaloidami, siarczkami alkaliów, żrąciami alkalijskimi, amonijakiem. Sole rtęci i ołowiu tracą przez to także swą jadowitość. W wypadkach ostrego zatrucia należy wkrótce po zadaniu jodku krochmalu podać środek wymiotny. Według B. jodek krochmalu nie ma wcale smaku przykrego, ani też nie drażni błon śluzowych tak jak jod, znoszony też bywa w dużych nawet dawkach. Wedle licznych poszukiwań D-ra B. jod zawarty w jodku krochmalu łączy się w temperaturze żołądka i w obecności soku żołądkowego z wieloma truciznami, tworząc produkt nierozpuszczalny, już to rozpuszczalny, te ostatnie jednakże, jeżeli nie są w zbyt wielkiej ilości, nie wywierają żadnego wpływu szkodliwego.

93. **Zielone zabarwienie włosów u starych robotników fabryk miedzi**, uważane było dotąd za następstwo dostawania się miedzi do organizmu i jej wessania, zkąd następnie przechodzić miała do kości, włosów, zębów i t. d. Dr. PETRI (*Berl. klin.*

Woch. 1881 Nr. 51) przez badanie mikroskopowe i chemiczne podobnych włosów przekonał się, że zabarwienie to zależy jedynie od kryształów soli tlenku miedzi, jakie z zewnątrz do włosa przylegają i znajdują się tylko na częściach mniej lub więcej oddalonych od cebulki włosowej, nie zajmując wcale warstw wewnętrznych włosa. Zabarwienie to powstaje więc w skutek odkładania się soli miedzianych z zewnątrz, a nie przez połykanie lub wdychanie. Przez dokładne przemycie wodą daje się usunąć w zupełności.

K.-t.

94. **Kamień kiszkowy** znacznych rozmiarów, 7—8 cent. długości a 10 cent. w obwodzie mający, biały, owalny, twardy, wydany przez chorego cierpiącego od dawna na kolkę wątrobową, przedstawił Dr. LARGUIER na posiedzeniu towarzystwa lekarzy Kantonu Vaud. Składa się on w warstwach powierzchniowych i w jądrze z czystej cholestearyny, pośrednie warstwy zabarwione są zielonawo — brunatno przez bilirubinę i biliwerdinę. W obszernej dyskusji, jaka się na posiedzeniu wywiązała, zdania były podzielone, czy cały ten kamień mógł być w takiej postaci wydalonym z pęcherzyka żółciowego, którego kształt mniej więcej przypomina, czy też przez długi pobyt w kiszkach doszedł do obecnej wielkości (*Revue médicale de la Suisse romande* 1881. *Déc.*)

K.—t.

95. **Karmienie suchotników przez sondę przełykową.** Wiadomo w jakim rozpaczliwym stanie znajdują się suchotnicy, którzy stracili chęć do jadła. Ustrój ich ulega ciągłemu niszczeniu w skutek gorączki, potów, rozwolnienia i t. p., a straty te z powodu braku apetytu nawet w części nie mogą być wynagrodzone. To też chorzy tacy zazwyczaj bardzo prędko kończą życie.

Ponieważ zwykle używane środki rzadko w tym względzie okazują się pomocnymi, przeto DEBOVE postanowił sztucznie odżywiać takich suchotników za pomocą sondy przełykowej. Za przykładem DEBOVE'A poszli DEJARDIN-BEAUMETZ, SERESTRE i inni, i wszyscy otrzymywali wyniki jak najlepsze. Lekarze ci wlewają za pomocą sondy do żołądka suchotników mleko, tarte mięso, jaja i t. p. bezpośrednio, albo po poprzednim przepłukaniu tego organu (jeżeli istnieją inne objawy dyspeptyczne). Chorzy w ten sposób karmieni szybko zyskują na wadze, siły wzmagają się, chęć do jadła wzrasta, poty i gorączka ustępują. Po upływie pewnego czasu, chorzy ci odzyskawszy apetyt, zaczynają jeść w zwykły sposób.

Rejchman.

96. **Dwie nowe metody badań psychologicznych.** DELAUNAY proponuje psychologom następujące dwie nowe metody: Pierwsza polega na wywoływaniu rozmaitych marzeń sennych przez ogrzewanie różnych części głowy, druga zaś na badaniu tych marzeń przez nadawanie (podczas snu) rozmaitych położeń głowie. Co do pierwszej metody, wiadomo, że ciepłota mózgu wzmagają się podczas jego czyn-

ności, że jednocześnie wzmagają się również ciepłota na powierzchni głowy, a nawet że ograniczona czynność mózgowa wywołuje ograniczone do pewnej okolicy głowy wzmożenie ciepłoty. DELAUNAY przekonał się że na odwrót, ogrzanie głowy wywołuje czynność mózgu. Autor ten podczas snu okrywał sobie całą głowę i w ten sposób wywoływał marzenia senne liczne ale bez związku. Skoro zaś okrywał paskiem waty, tylko okolicę czołową, to marzenia senne były daleko logiczniejsze.

Druga metoda polega na fackie, iż rozmaite części mózgu tém łatwiej przechodzą w stan czynny im łatwiejszym jest do nich przypływ krwi. Wielu osobom przyjęcie poziomego położenia wielce ułatwia proces myślenia; senne marzenia najczęściej występują wówczas, gdy głowa leży nisko. DELAUNAY się przekonał, iż przy spaniu na wznak sny mają za przedmiot rozmaitego rodzaju uczucia, ruchy i popęd płciowy, które to czynności mają właśnie być umiejscowionymi w tylnych częściach mózgu, do których przy tem położeniu łatwiej krew dopływa. Senne marzenia przy spaniu na prawym boku (położenie zwykłe) są nielogiczne, bez związku, zmienne, pełne dziwaczności i przesady. Marzenia te odnoszą się zazwyczaj do faktów minionych. Marzenia senne przy spaniu na lewym boku są więcej logiczne. Odnoszą się one zazwyczaj do faktów obecnych, przyczem śpiący bardzo często mówią przez sen.

97. Mięszaniny znieczulające. Dla uniknięcia niektórych niepożądanych objawów powstających przy znieczulaniu, rozmaici chirurzy owie w różnym stosunku mieszają środki znieczulające, albo też dodają do nich inne płyny. Tak zwana wiedniańska miészanina za pomocą której szczęśliwie wykonano 8000 operacji składa się z 3 części eteru i 1 części chloroformu. BILLROTH używa miészaniny złożonej z 3 części chloroformu i 1 części eteru i 1 części wysokoku. Miészanina angielska składa się z 1 części wysokoku, 2 części chloroformu i 3 części eteru. SANFORD dodaje do 1 funta Chloroformu 2 drachmy Amylnitritu. Inni do chloroformu dodają olejek terpentynowy.

98. Otrucie 6-tygodniowego dziecka kwasem karbolowym użytym zewnątrz. MONTI opisuje następujący wypadek: 6-tygodniowe dziecko cierpiało na rozległy wyprysk (eczema) zewnętrznych powierzchni kończyn dolnych. Autor zalecił okłady z 6 gran kwasu karbolowego na 3 uncje oliwy i taką ilość wody wapiennej. Już w 5 godzin po zastosowaniu okładów, wystąpiły charakterystyczne objawy ostrego zatrucia kwasem karbolowym. M. usunął okłady, zalecił środki pobudzające i w kilka dni dziecko wyzdrowiało, przytém i wyprysk usunięty został.

H. G.

99. Szczeliny (fissurae) na brodawkach sutkowych, zdarzające się często u karmiących kobiet, FAWB (*Wracch* 1881 N. 52) leczy za pomocą posypy-

wania magist. bismuthii lub maści z niego wyrobionej (magisterii bismuthii dr. duas, vaselini puri unc. semis).

100. Pensja lekarzy dla biednych w Wiedniu ma zostać znacznie podwyższoną. Lekarze ci w pierwszych pięciu latach służby mają pobierać 600 złr. rocznie, w następnych pięciu latach 800 złr., po upływie 10 lat 1000 złr., po upływie zaś 15 lat 1200.

rn.

101. Paryż. Dekret ministra oświaty z 2 Stycznia 1882, otwiera nową katedrę na wydziale lekarskim paryzkim; mianowicie: klinikę chorób nerwowych. Profesorem jej mianowany został Dr. CHARCOR, dotychczasowy prof. anatomii patologicznej.

Na posiedzeniu w d. 27 Grud. r. z. Rada miejska paryzka, podniosła wynagrodzenie internów szpitali paryzkich, jak następuje: pierwszoletni interni pobierać będą 500 do 600 franków; drugoletni 500 do 700 fr. czteroletni 600 do 800 fr.; pięcioletni 700 do 1000 fr., Nadto, komisją wybrana z Rady do tego przedmiotu, poleciła Zarządowi służby zdrowia, rozważyć, czyby nie było możliwem udzielić wszystkim internom pożywienia w naturze. Nadto postanowiono, na téj samej sesyi, podwyższyć płacę akuszerkom, utrzymującym u siebie położnice (oczywiście biedne), za co, obowiązane one będą, doglądać je nie tylko przez 10 dni po porodzie, ale jeszcze przeszło dziesięć, przed rozwiązaniem. Za to otrzymają zamiast 50 fr. 60. Żadna ciężarna nie może być przyjętą bez świadectwa lekarza, a gdyby się okazała potrzeba pielęgnowania położnicy dłużej niż 10 dni niezbędnych, akuszerka otrzyma wynagrodzenie po 6 fr. za każdy dzień.

Minister marynarki otrzymał od konsula francuzkiego w Lisbonie, telegram z 1 Stycznia 1882, że gorączka żółta, ustała całkowicie w Senegalu. Minister marynarki we Francyi, nie zadowolnił się zainteresowaniem Akademii lekarskiej, w przedmiocie badań nad epidemją gorączki żółtej w Kolonjach, lecz postanowił, ażeby jeden z lekarzy inspektorów departamentu został wysłany do Senegalu. Missję tę poruczono D-rowsi WALTHEROWI, który téż otrzymał obszerne pełnomocnictwo, dla przedsięwzięcia środków, jakie uzna za stosowne, dla zabezpieczenia zdrowia wojsk francuzkich.

Odpowiedzi od Redakcyi.

D-rowsi *Bystrzyckiemu* w *Elizawetgradzie*. Żądane książki wystaliśmy przez księgarnię Gebethnera i Wolffa.

D-rowsi *Szczepkowskiemu* w *Siedlcach*. Za pamięć dziękujemy.

D-rowsi *Gruszczyńskiemu* w *Widawie*. Może w przyszłości.

D-rowsi *Bilińskiemu* w *Kurganie* w *Gub. Tobolskiej*. Nie zgadza się z naszym programem.

Wydawca: Dr. Bauerertz Adam. Redaktor odpowiedzialny: Dr. Kazimierz Fillpowicz.