

## KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

165. N. P. WASSILIEFF. **O wpływie kalomelu na gnicie i na życie mikroorganizmów.** Ueber die Wirkung des Calomel auf Gährungsprocesse und das Leben von Mikroorganismen. (*Zeitsch. f. physiolog. Chemie Bd. VI str. 112. 1882.*)

Pomiędzy środkami, używanymi z korzyścią w pewnych chorobach, połączonych z zaburzeniami funkcji żołądka i kiszki, kalomel zajmuje jedno z pierwszych miejsc, zwłaszcza w praktyce dziecięcej. Pomimo jednakże obszernego użycia tego środka, nauka nie podaje dotąd wyjaśnienia, na jakiej drodze wywołuje on swoje skutki. KÖHLER, nazywając go „niszczącym zarazki i wstrzymującym fermentację”, nie przytacza jednak dowodów tych jego własności. Wiadomo tylko z dawniejszej pracy VORTA, że białko jaji krew, zmieszane z kalomelem, długo dają się zachować bez gnicia. Z tego powodu W. zajął się w pracowni HOPPE-SEYLERA badaniem wpływu kalomelu z jednej strony na fermenty nieorganizowane soków kanału pokarmowego, z drugiej strony na organizmy niższe, wywołujące gnicie i fermentację. Doświadczenia swoje autor wykonywał w ten sposób, że poddawał sztucznemu trawieniu białko (włóknik) tak pod wpływem soku żołądkowego jak i trzustki, a również tłuszcze, krochmal pod wpływem tej ostatniej, dodając zawsze do jednej z dwóch badanych porcyj pewną ilość kalomelu. Porównując ilości, jak również jakość otrzymanych produktów trawienia (peptonu, cukru, indolu, fenolu), mógł się przekonać, o ile kalomel

wpływa hamująco na działanie fermentów tych wydzielin.

Wyniki tych doświadczeń dają się streścić w ten sposób: obecność kalomelu nie wpływa zupełnie na działalność soku żołądkowego, włóknik w obec kalomelu również prędko przechodzi w pepton jak bez takowego. Podobnie ferment trzustkowy, trawiący białko, pod wpływem kalomelu nie traci swoich własności (pepton, leucyna i tyrozyna powstają podobnie jak w zwykłych warunkach), natomiast obecność tego środka wstrzymuje stanowczo występowanie takich ciał, które pod wpływem trzustki powstają z białka jako produkty gnicia (indol, fenol, scatol, a także siarkowódór, znaczne ilości kw. węglanego i t. d.), tak w kanale pokarmowym jak i przy sztucznym trawieniu. Tłuszcze w obec kalomelu rozkładają się pod wpływem trzustki tak samo jak bez takowego i krochmal równie prędko przechodzi w cukier.

Obecność więc kalomelu, podobnie jak to już wiadomem jest dla kwasu salicylowego i arseniku, przy sztucznym trawieniu pozwala tylko na odbywanie się właściwego procesu trawienia, gnicie zaś i fermentacja powstawać w tych warunkach nie mogą. Wpływ ten kalomelu, jak się autor za pomocą niejednokrotnego badania mikroskopowego przekonał, zależy od niszczącego wpływu, jaki on wywiera na życie niższych organizmów, nie tylko wstrzymując ich rozwój w płynach odpowiednich, ale także niszcząc działalność już rozwiniętych bakterij i mikrokokków czyli według nomenklatury WERNICHA działa *antyseptycznie* i *aseptycznie*. Czy wpływ ten wywiera sam kalomel, czy też prze-



chodzi on w inny związek np. sublimat, dotąd nie jest wiadomém.

Różnaity wpływ kalomelu z jednej strony na trawienie, z drugiej strony na gnicie i fermentację zależy od różnego zachowania się jego względem fermentów nieorganizowanych i organizowanych. Podczas kiedy działalności pierwszych nie przeszkadza, zabija te ostatnie i znosi możność powstawania procesów, jakie połączone są z ich działalnością życiową.

To zachowanie się kalomelu posłużyło również autorowi do wyjaśnienia dotąd jeszcze sporniej kwestyi, dla czego wypróżnienia po użyciu kalomelu zabarwione są zielono. Wiadomo, że jedni przypisywali to własności kalomelu powiększania wydzieliny żółci, inni obecności siarku rtęci, HOPPE-SEYLER nakoniec czyni to zależnym od obecności nierozłożonej żółci. W. doszedł do tegoż samego wyniku, albowiem tylko w obec kalomelu żółć dała się przez dłuższy czas przechować, zachowując piękne zielone zabarwienie, nie okazując zupełnie śladów rozkładu, podczas kiedy żółć sama pozostawiona, wkrótce przyjmuje zabarwienie brunatne i prędko ulega gnicie. Podobnie w kanale kiszkiowym barwniki żółciowe, bilirubina i biliwerdina, pod wpływem procesu gnicia, przechodzą w hydrobilirubinę i dla tego w normalnych warunkach nie można w kale wykazać obecności barwników. Przeciwnie, przy użyciu kalomelu, w skutek wstrzymania procesu gnicia w kiszkiach, barwniki bez zmiany przechodzą do kału.

Dla przekonania się, o ile otrzymane wyniki dadzą się zastosować do żyjącego organizmu, W. wykonał kilka doświadczeń na psach, podając im kalomel i zabijając wkrótce po wystąpieniu wypróżnień kalomelowych. Badanie następne kału wykazało w samej rzeczy obecność znacznej ilości leucyny i tyrozyny przy braku produktów gnicia (indolu, fenolu), zawsze w kale psów obficie znaj-

dowanych. Niezwykle wielka ilość leucyny i tyrozyny wytlomaczyć się daje w ten sposób, że w braku procesu gnicia nie ulegają one dalszemu rozkładowi, ale w całości jako takie się wydzielają.

*Jul. Kramszyk.*

166. PENZOLDT. **Przyczynek do patologii i terapii wścieklizny u człowieka ze szczególném uwzględnieniem leczenia kurarą.** Beitrag zur Pathologie und Therapie der Wuthkrankheit des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der Curarebehandlung derselben. (*Berlin. klin. Woch. N. 3 i 4. 1882*).

Wścieklizna jest cierpieniem tak mało dotychczas zbadaném, że każdy nowy przypadek tej choroby, mogący na nią w jakimkolwiek bądź kierunku rzucić niejakie światło, zasługuje na zaznaczenie. Autor obserwował właśnie taki przypadek, który w streszczeniu podajemy:

Jedenastoletni chłopiec został pokąsany przez psa w wargę. Rana w tej samej chwili została mocno wyciśniętą i z krwi obmytą a w pół godziny później przypaloną potażem gryzącym. Rana szybko zaczęła się goić, przytém autor często ją przypalał mocnym roztworem fenolu. Czynił to zaś i z tego powodu, że pies w 4 dni po pokąsaniu chłopca zdechł, a weterynarz, zrobiwszy sekcję zwierzęcia i nie znalazłszy żadnych zmian materyjalnych, zaopiniował, że pies zdechł skutkiem wścieklizny.

Ósmego dnia rano była zablizniona, ale już tego samego dnia autor wyczuł lekko powiększone gruczoły podżuchwowe oraz zauważył dość żywy ból przy ucisku na gruczoły. W 3 dni potem wystąpiły jawne oznaki wścieklizny.

Inkubacja więc trwała bardzo krótko, co zresztą zgadza się ze zdaniem BOULEY'A który powiada, że u dzieci pora utajenia jest znacznie krótsza; z innej znów strony jest to zgodne ze zdaniem BARONIO, który utrzymuje, że choroba prędzej wybucha przy ranach kąsanych twarzy, aniżeli bardziej oddalonych części ciała.



11-go dnia po ukąszeniu, dziecko dotychczas spokojne, zaczęło się skarżyć na ból głowy i oka, który stawał się coraz silniejszym, występowało częste kichanie, powtarzające się bezustannie, oprócz tego niepokój, brak snu, osłabienie, ogólne znieczulenie i drażliwość na światło. Jednocześnie wykonywał ruchy, które robiły wrażenie, jakby się dziecko dławilo. Następnego dnia po podaniu nieco wina w szklance, chory wprawdzie je wypił, ale raptem rzucił się z krzykiem w tył, utrzymując, że go coś dławi w gardle. Od tej chwili już nie mogło być żadnej wątpliwości, że groźna ta choroba wybuchła. Dziecko zostało przewiezione do kliniki prof. ZIEMSSENA, gdzie autor dalej prowadził obserwację. Jako środek leczniczy P. użył *kurary*. Na wybór ten wpłynęła okoliczność, że w wielu wypadkach tężca kurara działała świetnie, głównie zaś z tego powodu, że OFFENBERG opisał przypadek uleczonej jakoby przez kurarę wścieklizny u kobiety.

Po przeniesieniu do kliniki, chory dostał napadu kurczu mm. połykowych i oddechowych. Kurcze te powtarzały się z początku nadzwyczaj często, co 3 do 7 minut. Autor stosował z początku wstrzykiwania podskórne kurary z  $\frac{1}{6}$  grana, powtarzając je co 2 godziny. Ponieważ jednak napady stawały się coraz częstsze i silniejsze, przeto i wstrzykiwania robione były większe ( $\frac{1}{3}$  gr.) i częstsze (co godzina, a nawet co  $\frac{1}{2}$  godziny). Skutkiem powyższych wstrzykiwań, napady stały się rzadsze, a głównie daleko słabsze, tak że chwilami chory mógł nawet spokojnie rozmawiać. Pomimo to jednak, nazajutrz z rana napady ponowiły się z największą gwałtownością, doprowadzając do prawdziwego szaleństwa. Chory znajdował się ciągle pod wpływem jakichś przerażających go obrazów, nie rozpoznawał już otoczenia, wyskakiwał ciągle z łóżka i z trudnością dawał się utrzymać; od tej chwili autor był zmuszony zachloroformować chorego, co robiono do samej

śmierci, gdyż skoro tylko narkoza chwilowo przerywała się, napady z nową powracały siłą. Puls stawał się coraz częstszym, ciepłota dosięgła  $40^{\circ}$  i w 6 godzin po rozpoczęciu narkozy chory zmarł.

Powyższy przypadek daje autorowi sposobność do wypowiedzenia kilku uwag. Przedewszystkiem zaznaczyć należy zajęcie gruczołów przed wybuchnięciem samej choroby. Zdaniem P. na to powiększenie gruczołów należałoby zwrócić szczególniejszą uwagę, gdyż skoro udałoby się zawsze w porze utajenia wykryć powiększone gruczoły, możnaby zalecić jakieś leczenie zapobiegawcze, polegające na wycięciu rany resp. blizny wraz z powiększonymi gruczołami.

Co się tyczy samej choroby, PENZOLDT mocno powątpiewa, czy przypadek opisany przez OFFENBERGA, był prawdziwą wścieklizną. Ponieważ kobieta wyleczona kurarą przez OFFENBERGA, dozorowała chorego na wodowstręt, przeto autor sądzi, że owa kobieta cierpiała na niby-wściekliznę, wywołaną wspomnieniem tych obrazów, jakie przez pewien czas miała przed swemi oczyma. OFFENBERG stosował wówczas z bardzo dobrym skutkiem kurarę, tymczasem P. zastosował u dziecka daleko więcej kurary przez ten krótki czas, bo blisko 0,5 gram. bez najmniejszego skutku.

Autor na zasadzie swojej obserwacji przychodzi do przekonania, że kurara nie jest w stanie wyleczyć choroby, pomimo to jednak jest bardzo cennym środkiem przy leczeniu wodowstrętu, gdyż łagodzi znacznie, a nawet chwilowo znosi kurcze mięśni połykowych i oddechowych. Autor sądzi, że przy leczeniu wścieklizny kurara staje się środkiem niezbędnym, przy czém jednak i chloroform znajduje swoje konieczne zastosowanie. G. Goldblum.

167. PONIĘKO. O oznaczaniu dolnej granicy żołądka. (*Przeegl. Lek. NN.* 1, 2, 3, 4, 5, 6 i 7. 1882).

Przy rozpoznawaniu chorób żołądka bardzo ważną obecnie rolę odgrywa ozna-



czenie pojemności tego organu. W celu rozpoznania rozszerzenia żołądka (*dilatatio ventriculi*), należy przedewszystkiem dokładnie oznaczyć granicę jego dolną, gdyż w tym kierunku organ się najbardziej rozszerza. Kiszki i ściany brzucha są daleko podatniejsze niż organy znajdujące się nad żołądkiem, ten ostatni przeto łatwiej się może rozszerzyć ku dołowi niż ku górze. Górną granicę żołądka stanowi dolna granica wątroby, płuc, serca i śledziony, może przeto granica ta być oznaczoną za pomocą opukiwania; oznaczenie dolnej granicy jest daleko trudniejsze. W ostatnich czasach rozmaici autorowie podali liczne metody mające służyć do oznaczenia dolnej granicy żołądka. P. uznając ważność przedmiotu, postanowił porównać te wszystkie metody, tak na zwłokach jak i na żywych. Wyniki doświadczeń autora są następujące:

#### I. *Opukiwanie żołądka.*

Od czasu wprowadzenia do nauki perkusyi, jako metody rozpoznawczej, lekarze opukiwali również i okolice żołądka, lecz wyznać należy, iż czynili to bardziej z przyzwyczajenia niż w dokładnie wytkniętym celu. Dopiero od prac LEUBERGO, PENZOLDT'A i LICHTENSTERNA zaczęto używać opukiwania okolicy żołądkowej w celu określenia granic żołądka. W roku 1879 SÖRENSEN sprawdzał w tym względzie wartość opukiwania na trupach. Z 17 doświadczeń, w 10 udało mu się rzeczywiście dokładnie oznaczyć dolną granicę żołądka, w 6 zaś wynik był fałszywy.

#### A) *Doświadczenia na zwłokach.*

Autor robił doświadczenia na 21 trupach. Opukiwał okolice żołądkową bezpośrednio, albo po uprzednim wydęciu żołądka powietrzem. Dolną granicę żołądka oznaczał, opierając się na różnicy odgłosu opukowego okolicy żołądkowej i części brzucha niżej leżącej. A mianowicie odgłos opukowy okolicy żołądkowej jest bardziej jasny, często z podźwiękiem metalicznym, który to podźwięk naj-

lepiej oznaczyć opukując i jednocześnie za pomocą stetoskopu osłuchując okolice żołądkową. Po skutecznieniu każdego doświadczenia, autor robił badania pośmiertne i przekonywał się, czy jego wnioski odnośnie do dolnej granicy żołądka, były prawdziwe, czy też fałszywe, a w tym ostatnim razie, jakie mianowicie przeszkody stały na zawadzie, dla czego dolna granica żołądka nie mogła być oznaczoną. Z 21 doświadczeń tylko w 6-iu udało się autorowi dokładnie za pomocą bezpośredniego opukiwania oznaczyć tę granicę, przy uprzednim zaś wydęciu żołądka wyniki były daleko pomyślniejsze. Ostateczne wnioski do jakich autor na zasadzie swych doświadczeń przychodził są następujące:

Dolną granicę żołądka można oznaczyć bezpośrednio za pomocą perkusyi w następujących okolicznościach:

1) jeśli żołądek jest do pewnego stopnia wypełniony gazem, tak aby przynajmniej nieco wystawał krzywizną wielką po nad łukiem żebrowym;

2) jeśli do niego przylega od dołu poprzecznicą mało wydęta, nie wypełniona płynem albo kałem;

3) jeśli doń przytykają od dołu pętle jelita cienkiego, mało lub miernie wydęte, zwłaszcza więcej pasmowato przebiegające;

4) jeśli nie jest pokryty pętlami jelita cienkiego.

W braku którejkolwiek z powyższych okoliczności, oznaczenie dolnej granicy żołądka, mającego rozmiary prawidłowe jest bardzo względne a często niemożliwe. We wszystkich prawie wypadkach, w których żołądek był uprzednio wydęty powietrzem, można było dość łatwo za pomocą perkusyi oznaczyć jego granicę dolną. W tym względzie autor przyszedł do następujących wniosków:

1) dolną granicę sztucznie wydętego żołądka prawie zawsze można oznaczyć przez opukiwanie po różnicy wysokości odgłosu bębenkowego;



2) dla skontrolowania wyniku badania może służyć podźwięk metaliczny, wykazany przez równoczesne wysłuchiwanie, jednak na samym podźwięku polegać nie można;

3) przy znacznym wydęciu żołądka na zwłokach powietrze dostaje się także do jelit. W takim przypadku wyniki badania są względne.

#### B. Doświadczenia na żyjących.

W tych doświadczeniach autor posilkował się albo bezpośrednio opukiwaniem, albo jednoczesnym opukiwaniem i wysłuchiowaniem, albo też opukiwaniem po uprzednim wydęciu żołądka kwasem węglanym. Oznaczywszy za pomocą jednej z tych metod dolną granicę żołądka, porównywał wyniki otrzymane z takimiż wynikami otrzymanymi za pomocą innych metod. Do wydęcia żołądka używał proszków burzących (dwuwęglan sodu, kwas winny aa dr. I—II). Wyniki tych doświadczeń są następujące.

Przez bezpośrednie opukiwanie, z różnicy wysokości odgłosu bębnowego, w rzadkich tylko wypadkach udawało się oznaczyć dolną granicę żołądka. Przeciwnie zaś, jeżeli perkusja była wykonywaną po uprzednim wydęciu żołądka, to prawie zawsze można było oznaczyć jego granicę, ponieważ kontury jasno się zarysowały, ponieważ występowała wyraźna różnica w odgłosie opukowym okolicy żołądkowej i części niżej leżących; ponieważ często można było słyszeć podźwięk metaliczny. Wydęcie więc żołądka kwasem węglanym jest metodą dość pewną. Ale z drugiej strony metoda ta daje wyniki względne, gdyż przy wydęciu żołądka normalna jego granica znacznie się obniża. Z tego powodu autor przyjmuje za zasadę, że jeżeli przy wydęciu kwasem węglanym żołądka, dolna jego granica dojdzie najniżej do pępka, to należy uważać pojemność żołądka za prawidłową, jeżeli zaś opuści się ona niżej poziomu pępka, to żołądek z pewnością jest albo rozszerzony, albo atoniczny. Występowanie

podźwięku metalicznego jest zjawiskiem niestałym i ma wartość niepewną.

#### II. Oznaczanie dolnej granicy żołądka przez wlewanie płynu.

##### A) Doświadczenia na zwłokach.

Autor wpompowywał do żołądka od 1000—3000 grm. wody i oznaczał w położeniu siedzącym trupa dolną granicę tępego odgłosu opukowego. Następnie za pomocą wymacywania końca twardego zgłębnika przez ścianę brzuszną i zapomocą sekcji sprawdzał wyniki doświadczeń.

##### B) Doświadczenia na żywych.

Autor zalecał rozmaitym chorym wypijać od 300—1000 grm. wody i oznaczał górną i dolną granicę tępego odgłosu opukowego. Z badań tych P. się przekonał, że jeżeli pojemność żołądka była prawidłową (za czem przemawiały i inne metody badania), to granica dolna stępienia nie opuszczała się poniżej poziomu pępka, chociażby chory jak najwięcej wody wypił, górna zaś granica stępienia w tym ostatnim razie wznosiła się coraz wyżej. Skoro zaś żołądek chorego był rozszerzony lub atoniczny, to po wypiciu pewnej ilości wody, granica dolna stępienia opuszczała się poniżej poziomu pępka, po wypiciu następnych porcyj wody (200—500 grm.) dolna granica opuszczała się coraz niżej, górna zaś granica stępienia pozostawała w mierze lub bardzo mało wznosiła się ku górze. Rozumie się, iż badania były wykonywane w położeniu siedzącym chorych. Ostateczne wnioski, do których autor doszedł, wnioski zgodne z wynikami badań PENZOLDTA są następujące:

1) Badanie dolnej granicy żołądka przez wlewanie weń płynu jest dość pewną metodą badania rozmiarów żołądka.

2) Najkorzystniej badać chorego w położeniu siedzącym;

3) Poziom pępka stanowi najniższą granicę żołądka prawidłowych rozmiarów;

4) Stłumienia zależącego od płynu należy szukać po stronie lewej, rzadko tylko



przekracza ono znacznie linię środkową ciała na prawo;

5) Sposób ten badania jest pewniejszy od metody wydymania żołądka kwasem węglanym.

### III. Metoda ROSENBACHA badania poziomemu płynu w żołądku.

Metoda ta służy do oznaczenia stopnia do jakiego żołądek rozszerzyć się może, czyli do określenia dzielności błony mięśniowej żołądka. Polega ona na tém, iż w miarę wprowadzania płynu do prawidłowego żołądka, poziom tego płynu unosi się ku górze, w żołądku zaś osłabionym rzecz się ma przeciwnie t. j. chociaż chory pije coraz to nowe porcje płynu, jednak poziom jego w żołądku pozostaje w mierze, albo nawet opada. Dla oznaczenia poziomu płynu w żołądku ROSENBACH wynalazł przyrząd złożony z zgłębnika żołądkowego i z balonu kauczukowego, połączonego z górnym końcem zgłębnika. Skoro okienka (u końca dolnego) tego zgłębnika zanurzą się w płynie i uciśnie się balon, wówczas ucho przyłożone do okolicy żołądkowej słyszy bulgotanie. Z długości części zgłębnika jaką wprowadzić należy aby bulgotanie wywołać, oznacza się poziom płynu zawartego w żołądku. P. stosował u wielu chorych tę metodę badania, i przekonał się, że z jednej strony jest ona przykrą dla chorych, z drugiej zaś strony silniejsze ruchy przez tych ostatnich wykonywane, zmieniają wyniki badania. Wnioski do jakich autor co do sposobu postępowania ROSENBACHA przychodzi są następujące:

1) zwracanie uwagi na dzielność mięśniową żołądka przy badaniu jego rozmiarów jest bardzo cenném w celu rozpoznawczym;

2) Metodą ROSENBACHA daje się poziom płynu w żołądku oznaczyć;

3) Zasada, iż w zdrowym żołądku poziom płynu w miarę przyjmowania nowych jego porcyj podnosi się, a w chorym pozostaje w mierze lub opada, jest słuszną;

4) metoda jednak ROSENBACHA jako zbyt skomplikowana, jest niepraktyczną.

### IV. Sposób oznaczania dolnej granicy żołądka wedle SCHREIBERA.

Jak wiadomo, SCHREIBER w celu oznaczania dolnej granicy żołądka, używał zgłębnika, do dolnego końca którego był przywiązany balonik. Po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka, balonik przezeń się wydymał (za pomocą pompki), wypełniał żołądek, przez co kontury tego ostatniego zarysowywały się na ścianie brzusznej i wielkość jego mogła być za pomocą opukiwania oznaczoną. Autor doświadczał tej metody na zwłokach i na żywych i przekonał się, iż: 1) badanie dolnej granicy żołądka metodą SCHREIBERA jest zawikłane; 2) wprowadzanie do żołądka zgłębnika z balonikiem, który się około tego ostatniego fałduje jest przykre dla chorych; 3) wydymanie balonika sprawia im wiele nieprzyjemności; 4) metoda SCHREIBERA daje wyniki względniejsze niż wypełnienie żołądka kwasem węglanym.

### V. Badanie dolnej granicy żołądka za pomocą zgłębnika żołądkowego wedle LEUBENGO (i PENZOLDTA).

Wymacanie końca twardego i możliwie głęboko wprowadzonego zgłębnika, uważa LEUBE za najpewniejszą metodę badania dolnej granicy żołądka. Ponieważ jednak od ucisku, wywartego twardym zgłębnikiem na krzywiznę wielką żołądka, ta ostatnia w warunkach zupełnie prawidłowych nieco się obniża, przeto LEUBE podaje jako najniższy punkt, do którego dolna granica prawidłowego żołądka wskutek ucisku zgłębnikiem może dochodzić linię łączącą *spinæ anteriores oss. ilei*. U chorych zaś dotkniętych rozszerzeniem żołądka, koniec zgłębnika może być wymacany mniej lub więcej ku dołowi od tej linii.

PENZOLDT oznacza dolną granicę żołądka za pomocą porównania części możliwie głęboko wprowadzonego zgłębnika zawartej pomiędzy jego dolnym końcem a miejscem odpowiadającym zębom, z dłu-



gością ciała (do której w stanie prawidłowym ma się jak 1 : 2,8—3,3) lub długością kręgosłupa.

Autor się przekonał, że obie te metody mają tylko względną wartość. Żołądek jest organem dość znacznie rozszerzalnym. Trudno w każdym danym wypadku zdecydować, czy zgłębnik dostatecznie głęboko wprowadzono, czy go nie należy jeszcze głębiej wprowadzić, naciskając dolnym jego końcem na wielką krzywiznę żołądka. Tak autorowi udawało się u trupów, których żołądek żadnych chorobowych zmian nie przedstawiał, obniżyć dolną granicę do 3 ctm. nad spojenie łonowe. Zresztą w wielu razach niepodobna wymacać końca zgłębnika przez ścianę brzuszłą (przy grubym pokładzie tłuszczowym, przy znacznym napięciu tej ściany). Zwróciwszy uwagę na tę jeszcze okoliczność, iż obie te metody przy zmianach ścian żołądkowych, mogą być bardzo niebezpieczne, autor przychodzi do następujących wniosków:

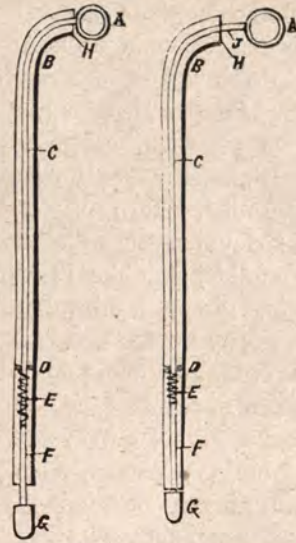
1) badanie metodą LEUBEGO jest możliwe przy twardych i grubych (20 mm.) zgłębnikach;

2) przedstawia ono procedurę dla chorych przykrą;

3) linija LEUBEGO ma wartość rozpoznawczą bardzo względną, względniejszą od powyżej ocenionych metod;

4) Metoda LEUBEGO i PENZOLDTA jest łatwiej wykonalną, daje jednak wyniki nie mniej względne.

W końcu niniejszej pracy autor podaje swój własny sposób badania dolnej granicy żołądka i opis wynalezionej w tym celu przez się przyrządu. Ten ostatni ma kształt zgłębnika i jest tak urządony, że jak tylko jego koniec dolny dotknie wielkiej krzywizny żołądka, natychmiast z górnego końca wychodzi drut. Przyrząd autora składa się ze zwykłego elastycznego angielskiego zgłębnika żołądkowego, od dołu uciętego, tak iż posiada jeden dolny otwór okrągły. Wewnątrz zgłębnika na 4—5 ctm. od dołu jest ułożony rogowy



- A. rączka drutu
- B. zgłębnik
- C. drut
- D. krążek dolny
- E. sprężynka
- F. rączka rogowa
- G. nasadka
- H. krążek górny
- I. miejsce dla zatyczki.

krążek, 2—3 mm. gruby i tamże stale utwierdzony. Krążek ten jest w samym środku przewiercony. Górny lejkowato rozszerzony koniec zgłębnika jest zatkany krążkiem drewnianym, w środku przewierconym. Przez całą długość zgłębnika przebiega drut dość cienki, stalowy, niegiętki, który przechodzi przez otwory wywiercone w górnym i dolnym krążku. Poniżej krążka dolnego drut ten kończy się rączką rogową, swobodnie w zgłębniku poruszającą się, do dolnego końca której jest przymocowana rogowa nasadka, grubości zgłębnika, mogąca ten ostatni zamknąć od dołu. Do miejsca połączenia drutu z rączką rogową jest przymocowana miękka metalowa sprężynka 1—1 1/2 ctm. długa, której górny koniec jest przytwierdzony do krążka dolnego, znajdującego się wewnątrz zgłębnika. Jeżeli drut za jego rączkę wyciągniemy, to nasadka przylega do dolnego końca zgłębnika i w takim położeniu może być utrzymana za pomocą zatyczki umieszczonej pomiędzy rączką druta a górnym końcem zgłębnika. Jeżeli zaś zatyczkę wyjmemy i drut swobodnie puścimy, to sprężynka odskoczy i oddali nasadkę od końca dolnego. Autor wykonywa badanie za pomocą swego przyrządu w sposób następujący. Pomiedzy rączkę wyciągniętego nieco ku górze drutu a



koniec górny zgłębnika zakłada zatyczkę tak, aby nasadka przystawała do końca dolnego. W ten sposób wprowadza przyrząd do przelyku. Po przejściu wpustu odejmuje zatyczkę, skutkiem czego nasadka odskakuje działaniem sprężynki od dolnego końca zgłębnika. Skoro przy dalszym posuwaniu zgłębnika nasadka dotknie krzywizny wielkiej żołądka i lekko na taką nacisnie, górny koniec drutu wysunie się po za górny koniec zgłębnika o tyle o ile nasadka przybliżyła się do dolnego końca takowego. Przyjeszcze dalszym posuwaniu zgłębnika nasadka przystanie do jego końca dolnego. W chwili gdy górny koniec drutu pocnie się nieco wysuwać, autor zaznacza punkt, w którym zgłębnik przytyka do zębów. Długość części zgłębnika od tego punktu do dolnego końca przedstawia odległość dna żołądka od zębów. Takową autor porównywa wedle PENZOLDTA ze stałymi wymiarami osoby badanej (patz wyżej) i ocenia czy ustawienie dna żołądka w danym przypadku jest prawidłowe lub nie.

Po skończeniu badania przyrząd wyjmuje się w ten sposób, że znowu zakłada się zatyczkę u góry dla połączenia nasadki ze zgłębnikiem.

Doświadczenia jakie autor wykonał na zwłokach i na chorych, przekonały go o użyteczności opisanego powyżej przyrządu. *M. Rejchman.*

168. FLEISCHER. O wpływie rozmaitych czynników na sprawę trawienia w żołądku. Ueber die Verdauungsvorgänge im Magen unter verschiedenen Einflüssen. (*Berl. klin. Woch. N. 8, 1882.*)

Autor badał wpływ rozmaitych czynników na sprawę trawienia żołądkowego w sposób następujący:

Przedewszystkiem u osoby mającej służyć do doświadczeń, oznaczał czas przez jaki w zwykłych warunkach dany pokarm (befsztyk, zupa i chleb) w żołądku przebywa. Czas ten u rozmaitych osób okazał się różny, mianowicie od 5 $\frac{1}{2}$  — 7 godzin,

lecz u danej osoby jest on prawie zawsze jednakowy. Oznaczywszy w ten sposób czas pozostawania pokarmu w żołądku, autor badał wpływ rozmaitych czynników na opóźnianie lub przyspieszanie się sprawy trawienia.

Z doświadczeń tych okazało się, iż woda, przyjęta podczas i po jedzeniu w ilości  $\frac{1}{2}$  litra nie ma żadnego wpływu na trawienie. Większa ilość wody, mianowicie 1 litr, nieco tylko opóźnia trawienie,  $1\frac{1}{2}$  zaś litra w większości wypadków znacznie sprawę trawienia żołądkowego opóźnia. Są jednakże ludzie zdrowi, u których wypicie nawet  $1\frac{1}{2}$  litra zimnej wody nie okazuje żadnego wpływu na trawienie. U chorej na mierne rozszerzenie żołądka z nieznacznym stanem nieżytowym, woda już w ilości  $\frac{1}{2}$  litra wstrzymywała przebieg trawienia żołądkowego.

Kilkogodzinna *przechadzka* u bardzo wielu z badanych przez autora osób, opóźniała sprawę trawienia. Sprawa ta daleko prędzej u nich się odbywała, skoro po jedzeniu pozostawali przez pewien czas w spoczynku.

*Ciepłe okłady* stosowane po jedzeniu na okolicę żołądkową i często zmieniane, według doświadczeń F., zmniejszały o godzinę czas trwania trawienia żołądkowego. Zewnętrzne działanie zimna, pod postacią pęcherza z lodem, nie wywierało szczególnego wpływu na zajmującą nas tutaj sprawę.

*Mieszanina kwasu solnego i pepsyny* u zdrowych ludzi nie przyspiesza sprawy trawienia. Taż sama mieszanina, dawana chorym na rozszerzenie żołądka i mierny nieżyt, w tych wszystkich wypadkach, w których wypompowany płyn zawierał znaczną ilość swobodnego kwasu solnego, nie okazywała żadnego wpływu na czas trwania trawienia żołądkowego.

U jednego chorego, u którego trawienie niewiadomo z jakiego powodu bardzo leniwo się odbywało, F. bezskutecznie stosował oddzielnie ciepłe okłady i kwas solny, podczas gdy jednoczesne zastosowa-



nie tych dwóch środków znacznie przyspieszało sprawę trawienia.

Nakoniec autor zbadał wpływ *miesiączkowania* na trawienie żołądkowe. Z badań tych okazało się, iż miesiączkowanie znacznie opóźnia sprawę trawienia, iż w miarę zmniejszania się odpływu krwi sprawa trawienia staje się pędzą, a do normy przychodzi dopiero z zupełnym przejściem miesiączkowania.

Powyższe badania autora stwierdzając poprzędnie już znane fakty, stanowią nie mniej ważny przyczynek do patologii i terapii żołądka. Zbytecznym byłoby dodawać, iż podobną metodą przeprowadzone dalsze poszukiwania są dla nauki bardzo pożądane. Sprawozdawca pozwoli sobie jednak zrobić uwagę, iż należałoby badać wpływ rozmaitych czynników nie tylko na czas trwania sprawy trawienia żołądkowego, lecz zarówno na sposób w jaki się to trawienie odbywa, na ilość produktów trawienia, na ich wzajemny stosunek i t. p.

M. Rejchman.

169. F. Wilh. ZAHN. **O fałdach oddechowych przepony i brózdach przeponowych wątroby.** Note sur les plis respiratoires du diaphragme et les sillons diaphragmatiques du foie. (*Revue médicale de la Suisse Romande* 1882. str. 19).

Przy poszukiwaniach swoich nad zmianami przepony, Z. bardzo często posuwając rękę swoją przy sekcjach po dolnej powierzchni przepony, zauważył, że na powierzchni tej istnieją wypuklenia w kształcie fałd z kierunkiem przednio-tylnym, mniej lub więcej liczne, mniej lub więcej wystające nad powierzchnię. Najczęściej dało się to obserwować przy istnieniu równoczesnym znacznych przeszkód w oddychaniu (*emphysema, struma*). Przy znacznym rozwoju fałd na przeponie na powierzchni wypukłej płata, najczęściej prawego wątroby, widzieć się dały zagłębienia albo brózdy, które liczbą swoją, kierunkiem i głębokością odpowiadały w zupełności wypukleniom przepony. Brózdy na wątrobie znane są oddawna i dla objaśnienia ich powstawania istnieją dwie teoryje CRUVEILHIER i LIEBERMEISTRA.

CRUVEILHIER mówiąc o wpływie u-

cisku gorsetów na kształt wątroby, twierdzi że wskutek tegoż ucisku część górna wątroby zostaje popchniętą ku górze i podnosi przeponę, a z powodu sfaldowania się tej ostatniej na części wypukłej wątroby, tworzy kilka zagłębień mniej lub więcej wydających.

LIEBERMEISTER oprócz brózdy poprzecznej wątroby, powstającej wskutek ucisku gorsetem brzegu łuku żeberowego, rozróżnia jeszcze dwa rodzaje zagłębień powstających na powierzchni wypukłej. Jeden rodzaj zagłębień powstaje wskutek ucisku żeber (i to części bocznych) na wątrobę, wówczas gdy organ ten jest powiększonym, obrzmiałym — zagłębienia te nazywa LIEBERMEISTER brózdami żebrowymi. Rodzaj drugi zagłębień spotkać można na wypukłej powierzchni wątroby szczególnie płata prawego, różnią się one od pierwszych głębokością, szerokością i kierunkiem i uważać je należy za odcisk *brzegów dolnych* żeber. Powstawać zaś mają według LIEBERMEISTRA wskutek silnych *wydechów*, i dla tego nazwane zostały brózdami wydechowymi.

ZAHN nie w zupełności podziela zdania obu tych uczonych. Zgadza się z LIEBERMEISTREM na to, że brózdy te powstają na wątrobie wówczas gdy przez czas dłuższy istniały jakieś znaczne przeszkody w oddychaniu. Przeszkody te przedewszystkiem dają się odczuć w akcji *wdychania*, dla przewyciężenia tej przeszkody przepona silniej pracować musi i powoli przechodzi w stan przerostu (*hypertrophia*). Ponieważ przepona ma najsilniejszy przyczep przy żebrach, to i w miejscu przyczepów żebrowych przerost ten głównie się zmanifestuje pod formą zgrubień substancji mięśniowej. Przy dalszym rozwoju sprawy chorobowej w płucu, powstanie rozszerzenie płuc i następczo obniżenie przepony. W tym samym czasie, z powodu powstającego utrudnienia *wydychania*, mięśnie ściany brzusznej przyjmują udział w wydechaniu, popychają trzewia ku górze ku przeponie, a na powierzchni wy-



pukłej wątroby w skutek ciągłego ucisku tworzą się zagłębienia albo brózdki odpowiadające kierunkiem, głębokością i szerokością przerosłym zębom (*digitationes*) przepony. Z. z powodu tego brózdki te nazywa *przeponowemu* i twierdzi, że powstają one wskutek zaburzeń w organach oddychania. Odciski zaś żeber na wątrobie czyli *brózdki żeberowe* powstają przy chorobach ostrych wątroby, połączonych z rozrostem tegoż organu.

Ze zdaniem CRUVEILHER'A autor pogodzić się nie może; w każdym razie przed uciskiem od gorsetu musiałyby już istnieć zgrubienia przepony. Oprócz tego zmiany opisane na wątrobie i przeponie przytrafiają się częściej u mężczyzn nienoszących gorsetów, jak u kobiet.

O ile zmiany na wątrobie żadnego prawie nie mają znaczenia, o tyle przerost przepony może mieć następstwo takiego rodzaju jak przerost w mięśniach serca, t. j., że włókna znajdujące się w stanie przerostu podlegają później przemianie tłuszczowej i wywołać mogą ciężkie zaburzenia. Przrost przepony za życia mógłby być rozpoznany prawdopodobnie za pomocą pneumatometru. W samej rzeczy u osobników, u których po śmierci skonstatowano opisane zmiany na przeponie i wątrobie za życia wykazano wzmocnienie siły wdechowej nie tylko względne do siły oddechowej, częstokroć w tych wypadkach zmniejszoną, ale i wzmocnienie bezwzględne często bardzo znaczne.

*Dinte.*

170. Dr. E. MORITZ. **Pyopneumothorax subphrenicus.** (*St.-Petersburg. Medicin. Wochen.* 1882 Nr. 1).

Rzadki ten przypadek M. obserwował w Obuchowskim szpitalu u 57 letniej kobiety, która na 5 dni przed przybyciem do szpitala zachorowała na rozwolnienie i wymioty, poczem pojawiły się silne bóle z prawej strony brzucha. Przy badaniu jamy brzusznej wyczuć można było z prawej strony, w oddaleniu od pępka na sze-

rokość dłoni, znacznie powiększoną odporność, wyraźnie jakoby prostą linią odgraniczającą się i sięgającą aż do miednicy. Odgłos opukowy tępy, bolesność znaczna. Badanie klatki piersiowej prócz rzeżeń słuzowych dało wynik ujemny. Mocz przezroczysty, bez białka. Rozpoznano *phlegmone retro-peritoneale*, którego punkt wyjścia ściśle określić się nie dał. Po 4-ch dniach przy powtórnym badaniu, nabrzmienie z prawej strony okazało się mniej naprężonym, miększym i mniej bolesnym, odgłos jasno-bębunkowy zajmuje całą przestrzeń wątroby w górę aż do 5-go żebra w linii pachowej; przy wysłuchiwanie na całej tej przestrzeni oddech dzbanowy (amforyczny) z odcieniem metalicznym. Na zasadzie takich objawów, autor doszedł do przekonania, że powietrze z kanału pokarmowego dostało się między wątrobę i przeponę—*pneumothorax subphrenicus*—a wchodząc przez otwór w ścianie kiszek i otrzewnej ścienną za każdym ruchem przepony do tak utworzonej jamy, powodowało szmer dzbanowy. Stan chorób w ciągu 2-ch miesięcy uległ małej zmianie; ropień w okolicy lędźwiowej przecięto, poczem skonstatowano komunikację między jamą ropną i kanałem pokarmowym. Po kilku dniach chora zmarła w skutek upadku sił. Przy sekcji otrzewna okazała się nie zmienioną, wątroba cokolwiek przyrośnięta do przepony, w fałdzie otrzewnej przy jej przejściu z przepony na wątrobę znaleziono otwór; podobnyż otwór znajdował się w tylnej ścianie kiszeki ślepej, nie pokrytej otrzewną, wielkości około 2 mm., a obok liczne małe owrzodzenia.

Tak więc miało miejsce zapalenie kieszek z wrzodami, stąd *paratyphlitis retro-peritonealis*, utworzenie się ropnia, przedziurawienie wrzodu, wystąpienie gazu do ropnia, nakoniec przedziurawienie otrzewnej między przeponą i wątrobą: *pneumothorax subphrenicus*. (Patrz: *Kron. Lek.* 1882, str. 36).

*L. Krause.*



171. Dr. BEETZ. **Leczenie gruźliczych owrzodzeń krtani.** Zur Therapie der Phthisis laryngea. (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 2, 1882).

M. SCHMIDT pierwszy przy owrzodzeniach gruźliczych błony śluzowej krtani, zastosował leczenie antyseptyczne w formie wziewań, a gdy wykazał pomyślne rezultaty, metoda ta wkrótce zyskała prawo obywatelstwa w terapii. W ostatnich latach wykonane doświadczenia z jodoformem, który okazał się lekiem swoistym przy owrzodzeniach przymiotowych, skrofulicznych i gruźliczych, posiadając w wysokim stopniu własności antyseptyczne, skłoniły autora do zastosowania go przy suchotach krtani.

Do wdmuchiwań autor używa jodoformu dobrze sproszkowanego przez roztarcie z eterem; proszek użyty w tej formie nie działa drażniąco i czyni zbyt cennym dodatek morfiny. Wdmuchiwanie należy wykonywać przy pomocy wzienika, trzy do czterech razy dziennie, przyczem zużywa się pół drachmy jodoformu; ilość ta zbyt mała aby mogła spowodować zatrucie, a wystarczająca dla pokrycia owrzodzeń warstwą proszku.

Przed każdym wdmuchnięciem jodoformu, autor stosuje wziewania słabego roztworu kwasu karbolowego, przez co oczyszcza się powierzchnia owrzodzeń i ułatwione zostaje odpluwanie.

Pomyślne rezultaty opisanego sposobu leczenia gruźliczych owrzodzeń krtani, możnaby przypisać wziewaniom kwasu karbolowego; dla odparcia tego zarzutu, autor przytacza obserwację, gdzie przy zastosowaniu samego tylko jodoformu, zablizniła się ranka powierzchowna na lewej strunie głosowej, a głębokie owrzodzenie prawej struny głosowej wypełniło się ziarniną z dążnością do zabliznienia.

*Stiche.*

172. Emil VIDAL. **Pityriasis circinata et marginata parasitaria.** Du pitiriasis circiné et marginé; description de son mycoderme, le *microsporon anomoeon*.

(*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1882, Janvier).

Autor opisuje sprawę chorobną, podobną do *pityriasis rosea* (GIBERT, BAZIN), ale różniącą się od niej istotą i klinicznym przebiegiem. Występuje ona w postaci małych różowych plamek, lekko nad poziom skóry wzniesionych, o powierzchni suchej, łuszczącej się nieco przy pocieraniu. Wysypka poczyna się zwykle od tułowia, rzadziej od górnych lub dolnych kończyn; jest niesymetryczna, nieregularnie rozrzucana. Plamy powiększają się bardzo powoli; po miesiącu trwania dosięgają zaledwie wielkości franka.

W niektórych okolicach ciała, jak pod pachami, lub w pachwinach, plamy te zlewają się w większe *plaques*; po paru miesiącach trwania, wysypka wywołuje w tych miejscach *intertrigo* (przy drażniącym współdziałaniu potu) i w ten sposób stanowi odmianę *eczematis marginati*. *Eczema marginatum* jest właśnie kombinacją wyprysku (*eczema*) i dermatomykozy; może być wywołaną przez *trichophyton*, *microsporon furfur*, *microsporon minutissimum* (BURCHARDT), lub *microsporon anomoeon* (VIDAL). Plamy w innych miejscowościach znikają od środka a rozszerzają się u brzegów i w ten sposób tworzą pierścienie. Brzeg ich jest różowy, lub różowo-żółty, pokryty drobnymi łuszczkami. Wysypka wywołuje zwykle swędzenie, zwłaszcza pod pachami i w pachwinach. Autor spotykał chorych, u których wysypka trwała już 3 i 4 miesiące, raz nawet do pięciu miesięcy.

*Istota.* W nabłonku zdrapanym z plam *pityriasis circ.* autor stale znajdował specyjalny grzybek. Były to drobniutki zarodniki niejednakowej wielkości, najczęściej 0,001 milimetra, często jeszcze mniejsze, rzadziej większe do 0,002 i 0,003. Komórki nabłonkowe były często otoczone wieńcem tychże zarodników. Grzybni (*mycelium*) ani razu nie zauważono. Pasożyt znajdował się też w torebkach włosowych, tuż koło ujścia, ale nie powodował żadnych



objawów zapalnych w torebkach i żadnych zmian we włosie. Grzybek ten jest podobny do znalezionego na piórach pewnych ptaków (MÉGNIN). Dwaj chorzy mieli ciągle do czynienia z piórami. Szczepienie przedsiębrane przez autora na sobie i wielu studentach, nie udało się ani razu.

*Rozpoznanie.* *Pityriasis rosea* (GIBERT, BAZIN) [przedstawia podobne różowe wzniesione plamy, pokryte drobnymi łuszczkami, zmieniające się w dalszym przebiegu w pierścienie. Różnica jednak między *pityriasis rosea* a *pityriasis circinata parasitaria* jest znaczna. *P. rosea* zjawia się tylko na wiosnę, posiada przebieg typowy; trwa od 2 do 6 tygodni, najwyżej do 8. Zaczyna się stale na mostku i łopatkach, z kąd posuwa się ku dołowi i w tym samym kierunku następnie znika. Wysypka jest zwykle symetryczną. Pojedynczy wykwit trwa tylko kilka dni, do ośmiu; na trzeci lub czwarty dzień przedstawia się już w postaci pierścienia. Tylko w skutek ciągłego zjawiania się nowych wykwitów, sprawa przedłużyć się może do sześciu tygodni. Po tym czasie choroba znika sama przez się <sup>1)</sup>.

*Pityriasis rosea* jest chorobą niepasorzytową. W łuszczkach znaleziono tylko zwykle ziarenka (zarodniki?), których nie brak na wszelakich łuskach nabłonka. Autor uważa *P. rosea* za odmianę *erythematis papulati* i nazywa tę sprawę *pseudo-exanthème érythemato-desquamatif*.

*Pityriasis circinata parasitaria* zaczyna się od tułowia lub od kończyn, rozrzucona jest niesymetrycznie, przebiega nietypowo, pojedynczy wykwit i cała wysypka trwać może wiele miesięcy. Jest to jednakowoż jedna z najłatwiej wyleczalnych pasorzytowych chorób skóry. Często wystarczy kilka kąpeli siarczanych, lub obmywać mydłem dziegciowym. Maść z kalomelu, lub siarczanu rtęci okazała się również bardzo skuteczną. *Funk.*

## II. Chirurgija, Oftalmologija, Otiatryja etc.

173. MAC EWEN (Glasgow). **Przeszczepianie kości.** Observation touchant la transplantation osseuse. Un cas de transplantation interhumaine suivie de restauration des deux tiers du corps de l'humérus. (*Revue de Chirurgie* 1882. Nr. 1).

Pomimo licznych doświadczeń OLLIER'A, któremu się udało otrzymać nie tylko całe pierścienie kostne przy przeszczepianiu okostnej, lecz nawet wgojenie się całego trzonu kości promieniowej u królika, przy przeniesieniu jej ze strony lewej na prawą i odwrotnie, kwestyja przeszczepiania kości potrzebuje jeszcze dalszego obrobienia, a to nie tylko dla tego, że naprzykład WOLF, który powtórzył doświadczenia OLLIER'A w Berlinie, nie otrzymał żadnych rezultatów dodatnich, lecz i dla tego że wszelkie próby przeszczepiania kości u człowieka dotąd czynione, wydały li tylko ujemne rezultaty. Wyjątek tu stanowi próba MAC EWEN'A przeszczepienia kawałka czaszki psa dla pokrycia odpowiedniego braku w czaszce człowieka, zdaje się że w tym wypadku kość przeszczepiona przyrosła, przynajmniej na miejscu poprzedniego braku wyczuwała się twarda podstawa; ponieważ jednak wypadek ten nie mógł być stwierdzony przez pośmiertne oględziny, nie może więc niczego stanowczo dowodzić. Pierwsze pytanie jakie sobie zadał autor dotyczyło żywotności przeszczepionych kawałków kości, czy takowe po przeszczepieniu żyć i wzrastać mogą, czy też są skazane na śmierć bezwarunkową? Liczne obserwacje nad złamaniami powikłanemi dozwołyły autorowi rozwiązać to pytanie twierdząco; zauważył on mianowicie, że odłamy zupełnie oddzielone od części otaczających, lecz pokryte częścią okostnej, a nawet takie, które okostnej nie posiadały, po starannem obmyciu w kwasie karbolowym i ułożeniu ich na miejscu, przyrastają i po-

<sup>1)</sup> Tę to formę, właściwą *P. rosea* opisał ostatnio BEHREND w *Berl. klin. Wochenschrift*, 1881, N. 38, 39.



większą swoją objętość. Zastanawiając się dalej nad pytaniem jakie elementy kostne powinny być przeszczepiane i jak najłatwiej przy życiu je utrzymać, autor na drodze teoretycznego rozumowania przyszedł do następujących wniosków: bezwarunkowo dla transplantacji najwłaściwszą jest okostna, ponieważ jednak elementy kostnotwórcze, znajdują się tylko na tej powierzchni okostnej, która jest zwróconą do kości, a w dodatku od tych elementów odchodzą wyrostki drążące do kostnych kanalików HAVERS'A, jeżelibyśmy więc chcieli przeszczepić samą okostną, to przy oddzieleniu jej od kości możemy z łatwością pozostawić przy tej ostatniej całą warstwę kostnotwórczą (wtedy rezultat będzie zupełnie ujemny), lub co najmniej pozbawić tę warstwę wyrostków udających się do kanałów HAVERS'A. Tak więc z okostną trzeba przeszczepiać i inne części kości. Z nowszych doświadczeń wiadomo nadto, że i inne części kości mogą przy transplantacji kość wytworzyć. Co do ułatwienia odżywiania przeszczepionych kości, to kawałki przeszczepione powinny pochodzić z tych części kości, które są bardziej unaczynione, nie są więc odpowiedniami dla transplantacji kawałki kości pochodzące z trzonu kości długich, nadto, dobrze jest kawałek, który ma być przeszczepiony rozdzielić za pomocą ostrego narzędzia na drobniutkie cząstki (z których każda jednak zawiera wszystkie składowe części kości t. j. okostną, tkankę kostną i szpik) i takowe dopiero umieścić w odpowiednim miejscu; takie rozdrobnienie przeszczepionego kawałka nie tylko czyni żywotność tych części pewniejszą, lecz nadto elementy kostne zawarte w kostnych kanałach będą mogły się łatwiej rozwijać, otrzymamy nadto więcej punktów kostnienia a obumarcie jednego w niczem nie przeszkodzi rozwojowi innych. Wkrótce nadarzyła się MAC EWENOWI sposobność sprawdzenia tych swoich teoretycznych wywodów w praktyce: d. 17 Lipca 1878 r. wstąpił do szpitala

w Glasgowie chory z martwicą (*necrosis*) prawego ramienia; po usunięciu części zmartwiałej okazało się, że zmartwiał cały trzon kości ramieniowej, jama wypełniła się ziarniną i zagoiła zupełnie. 1 Listopada 1878 r. nowotworzenia kości jednak nie było, wytworzył się zaledwie od strony główki ramienia ostrozakończony wyrostek kostny mający  $1\frac{3}{4}$  cala długości (odległość od acromion do końca tego wyrostka wynosiła 2 cale), tak więc brakowało zupełnie  $\frac{2}{3}$  części ramieniowej. Chory wyszedł ze szpitala 23 List. 1878 r. W rok potem 1 List. 1879 r. ten sam chory wstąpił napowrót do szpitala, przy czem okazało się, że ani trochę więcej kości nie przybyło, mięśnie ramienia zachowały swą siłę, ale brakło im podstawy; jeśli chory wprawiał je w działanie, to kłykcie ramienia przybliżały się do acromion, a wyrostek znajdujący się przy główce ramienia, w skutek działania *m. deltoidei* wystawał na bok jakby miał przebić skórę swym ostrym końcem. Ponieważ w danej chwili było w szpitalu kilka wypadków rachitycznych skrzywień piszczeli, gdzie trzeba było zrobić klinowe wycięcie kości, MAC EWEN zdecydował się zużytkować wycięte kawałki dla transplantacji ich u wyżej opisanego chorego. W tym celu w List. 1879 r. zrobił cięcie na zewnętrznej stronie ramienia obnażające dolny koniec ostrego wyrostka, okazało się, że koniec ten na przestrzeni  $\frac{1}{2}$  cala jest chrzęstny, chrząstkę tę obcięto, następnie przedłużono cięcie na 2 cale niżej wyrostka i wniknąwszy w przestrzeń międzymięśniową wytworzono miejsce dla mających się przeszczepić kawałków kości, przy czem anatomia była jedynym przewodnikiem, gdyż ani śladu kości ani okostnej nie napotkano. Tak przygotowawszy miejsce dla przeszczepianych kawałków, wycięto z piszczeli 6-cio letniego dziecka 2 klinowe kawałki kości i, pociąwszy je na drobne kawałeczki ostremi nożycami, umieszczono w przygotowanym rowku, przytém zach-



wano tę ostrożność, aby przeszczepione kawałki kości znajdowały się ciągle w atmosferze karbolowej; od wycięcia do przeszczepienia przeszło nie więcej nad 2 do 3-ch minut czasu. Ranę zaszyto i opatrzone podług LISTER'A, zagoiła się bez ropienia, a w miesiąc potem wymierzanie wykazało, że przybył kawałek kości mający 1 cal długości i  $\frac{3}{4}$  cala grubości. W Lutym 1880 roku wykonano 2-gą transplantację tak jak pierwszą, tylko poprzednio okrwawiano dolny koniec kości, która się wytworzyła z poprzedniego przeszczepienia, gdyż takowy okazał się pokrytym tkanką włóknistą. Tym razem przeszczepione kawałki były większe niż poprzednio. W 3 tygodnie po operacji powstało ropienie i wyeliminowały się największe kawałki przeszczepione, mniejsze jednak pozostały i kość się dalej rozwijała. We 2 miesiące po operacji okazało się że znów przybyło  $1\frac{1}{4}$  cala kości na długość. 9 Lipca 1880 r. zrobiono 3-cią transplantację, przyczem utworzono rowek od dolnego końca ostatniej transplantacji aż do kłykciów ramienia, znajdującą się na tych ostatnich tkankę chrzęstną usunięto. Po tej transplantacji utworzył się kawałek kości zrosnięty z kłykciami, a przylegający do górnego odcinka nowowytworzonej kości ramieniowej, lecz nie zrosniętej z nią za pomocą kostnej masy. Dla tego też w Październiku 1880 r. obnażono oba przylegające końce, okrwawiano je i nałożono szew kostny. W Marcu 1881 r. oba końce zrosły się dokładnie a nowoutworzona kość ramieniowa miała 6 cali długości, zdrowa zaś kość, po drugiej stronie miała tylko  $\frac{1}{2}$  cala więcej. Chory mógł zupełnie swobodnie używać operowanej kończyny, mógł naprzykład sam położyć rękę na głowie.

Opierając się na tym wypadku MAC EWEN czuje się być upoważnionym do następujących wniosków:

- 1) Przeszczepione kawałki kości żyją i rozwijają się.
- 2) Transplantacja udaje się u ludzi.

3) Daje doskonale rezultaty w praktyce.

4) Każdy przeszczepiony kawałek kości powinien zawierać wszystkie tkanki wchodzące w skład kości.

5) Przed umieszczeniem w miejscu, trzeba przeszczepiony kawałek kości rozdzielić na wielką liczbę drobniotkich kawałeczków.

6) Dla pomyślnego zejścia niezbędnym jest opatrunek LISTER'A.

*W. H. Krajewski.*

174. E. FRAENKEL. **Przyczynę do patologii nosa.** Beiträge zur Rhinopathologie. (*Virchow's Archiv. Bd. 87*).

Jakkolwiek w ostatnich trzech latach anatomija chorób nosa, zwłaszcza procesu, noszącego ogólną nazwę *ozaena* (owrzodzenie jamy nosowej) zrobiła znaczny postęp, to jednak dalecy jesteśmy od dokładnej znajomości tej choroby. Dalszych wyjaśnień oczekiwać należy: a) od patologicznej anatomii, b) doświadczeń, o ile proces ten można wywołać sztucznie, c) od zastosowywania rozmaitych metod leczenia, mających na celu przeważnie zwalczanie najgłośniejszego objawu tej choroby — cuchnienia.

GOTTSTEIN osiągał ostatni cel b. prostą drogą, sprawdzoną przez wielu, mianowicie przez zatkanie otworów nosowych watą, i objaśnia skuteczność tej metody zwiększeniem się ilości wydzieliny pod wpływem mechanicznego drażnienia tamponem. Tym sposobem zapobiegamy tworzeniu się strupów, mających być przyczyną cuchnienia. Jednakże z jednej strony i płynna wydzielina odznacza się tą niemilą własnością, z drugiej zaś, strupy przy zwyczajnym przewlekłym niezycie nosa nie posiadają żadnej woni, wreszcie samo powiększenie wydzieliny nosa przez drażnienie innym sposobem, nie wpływa na zmniejszenie cuchnienia.

Przyczyny tego ostatniego muszą leżeć zewnątrz nosa, zapewne grają tu rolę pewne mikro-organizmy, które zatrzymane w wacie nie mogą rozkładać wydzieli-



ny. Chemicznie zmieniona, w niewiadomy zresztą sposób, wydzielina, stanowi źródło cuchnienia, dając możliwość rozwinieciu się owych organizmów, które w zwykłych warunkach nie znajdują odpowiedniego gruntu dla swego rozwoju.

Podobne zdanie wypowiedział i B. FRAENKEL, przypuszczając, że zmiany w wydzielinie zależą od ropienia zanikłej błony śluzowej, tego jednak nie potwierdziły nowsze poszukiwania. Autor objaśnia zmianę wydzieliny anatomicznymi zmianami w gruczołach błony śluzowej nosa.

Co się tyczy zmian anatomopatologicznych, to już na pierwsze spojrzenie uderza przestronność jamy nosa, spowodowana nadzwyczajną małością muszli, szczególniej dolnej. ZAUFEL przypuszczał nawet, że nadmierna wielkość nosa jest zjawiskiem pierwotnym, wrodzonym, będącym przyczyną rozwijającej się później ozenu. Podług F. rzecz ma się zupełnie przeciwnie: powiększenie przestronności jamy nosa jest ostatnim okresem rozlanego nieżytku nosa, połączonego z początku z przerostem, a doprowadzającego później do zaniku.

Drobnowidzowe zmiany opisywał KRAUZE w postaci znacznego drobnokomórkowego nacieczenia i tłuszczowego rozpadu; oprócz tego zauważył wytwarzanie się kulek tłuszczowych dość znacznej wielkości, którym to przypisywał przyczynę nieżytu woni. Podobne zmiany zdarzają się według niego, przy niektórych formach zapalenia łącznicy i przy rzeczączce, do których przecież nie przyłącza się nigdy cuchnienie, a z drugiej strony często ich nie ma przy ozenu.

Badania FBAENKLA okazały silne drobnokomórkowe nacieczenie właściwej błony śluzowej, szczególniej około naczyń; bliżej ochrzęstnej takowe się zmniejsza. Istnieje przyczynowy związek i prosty stosunek pomiędzy zanikiem błony śluzowej i cuchnieniem. Związek ten wydaje się czasem nie zupełnie ścisłym, bo już przy

stanie przerostu błony śluzowej czuć się nieraz daje niemiła woń, ale mniej silna niż zwykle. Autor przypuszcza, że zanik gruczołów BOWMANNA gra tu wielką rolę. Ważnym punktem w anatomii tego procesu jest następstwo w jego rozwoju, czy zawsze mamy z początku przerost, a później zanik, czy też już od początku rozwija się zanik. Zdaje się, że można tu przypuścić analogię z rozlanym zapaleniem nerek, doprowadzającym do marskości.

Co się tyczy przyczyny tego procesu, to jedni uważają go za wyraz pewnej dyskrazji, drudzy (GOTTSTEIN) zaś za proces czysto miejscowy. Autor skłania się do przypuszczenia związku pomiędzy ozoną i suchotami płucnymi, opierając się na wyniku sześciu sekcji chorych na ozonę, gdzie pięć razy były jednocześnie suchoty. Co do związku ze skrofulami i przymiotem, które SCHAEFFER uważa za główne przyczynowe czynniki ozenu, FRAENKEL przypuszcza tylko pierwsze, odrzucając wespół z nowszymi autorami (BRESGEN) wpływ przymiotu. Obok tego mogą się jednak zdarzać przypadki samodzielnej ozenu.

Rokowanie jest niepomysłne, ponieważ przyczyną choroby jest zanik błony śluzowej, której do normalnego stanu przywrócić nie można. Pogorsza je jeszcze bardzo często ogólny stan chorego. Co się tyczy leczenia, to powyżej wzmiankowana metoda GOTTSSTEINA zdaje się być bardzo dobrą, gdyż znosi najnieprzyjemniejszy objaw, t. j. cuchnienie. Środki ściągające mogą być pożyteczne tylko w stanie przerostu bł. śl. Wreszcie autor zaleca zmianę nic nie mówiącej nazwy *ozaena* na więcej odpowiadającą dzisiejszej naukowej terminologii, podaną przez GOTTSSTEINA: *Rhinitis chronica atrophicans foetida*.  
O. Hewelke.

175. Prof. VOLTOLINI. **O operacji polipów nosowych za pomocą gąbki.** Operation der Nasenpolypen mittelst des



Schwammes. (*Monatschrif. für Ohrenh. etc. Nr. 1, 1882 r.*)

Autor już w 1877 roku wynalazł metodę operowania polipów krtani za pomocą gąbki, nie używał jęj jednakowoż dotychczas ani razu przy polipach nosa, gdyż osiągał zawsze doskonale rezultaty za pomocą pętli zwyczajnej galwanokautycznej. W ostatnim czasie obserwował wypadek polipów nosowych u studenta medycyny, gdzie wszystkie metody operowania okazały się bezskutecznymi i wtedy przystąpił do operacyi za pomocą gąbki, a rezultat osiągnięty był pod każdym względem świetny. V. podaje szczegółowy opis historii choroby studenta i operacyję. Prawa jama nosowa była ku przodowi zupełnie zarośniętą, nie można więc było sądzić o ilości polipów ją wypełniających, zrośnięcie lewej jamy nosowej miało miejsce tylko ku górze i masa polipów widoczną była poniżej i za miejscem zrośniętym. Autor przystąpił do operowania lewej połowy nosa i usunął za pomocą pętlicy tyle polipów ile można było; następnie wypalił za pomocą galwanokautera miejsce zrośnięcia ściany zewnętrznej z przegrodą nosową, przez co udało mu się z łatwością oddzielić zrośnięte ściany. Powstałe przez to rany mocno jeszcze przypalił żegadłem. (Ból przy tém nieznaczny i tém mniejszy im więcej galwanokauter rozpalony). V. radzi być ostrożnym przy wprowadzaniu i wyjmowaniu żegadła, gdyż spowodować można nie tylko silny ból, lecz i różę. Podczas ropienia wkłada autor kawałki waty salicylowej lub karbołowej do jamy nosowej. Tak samo operował V. i prawą połowę jamy nosowej, lecz zarośnięcie tu było zupełne i daleko trudniej udawało mu się znieść je za pomocą galwanokautera, co jednakowoż w końcu się udało i tak z jednej jak i z drugiej strony nastąpiło zagojenie, t. j. utworzyły się otwory nosowe prawie normalne; zarośnięcia już się nie

powtórzyły. Utworzywszy sobie tym sposobem dostęp do jam nosowych, V. próbował rozmaitemi sposobami, jak galwanokauterami, kleszczami i t. p. usunąć polipy, lecz nie udało mu się osiągnąć zadawalniającego rezultatu i wtedy przystąpił do operacyi za pomocą gąbki. Autor radzi być ostrożnym przy operacyjach w nosie i zwraca uwagę na to, że nawet w prostych wypadkach bardzo często następowały straszne krwotoki, posocznica, ropnica, zapalenie opon mózgowych i uduszenie. Dla tego też V. przystąpił do nowego sposobu operowania bardzo ostrożnie. Wziął z początku kawałek podłużny gąbki 3 ctm. długi i 2 ctm. szeroki, przywiązał do niego mocną podwójną nitkę, tak że końce były jednakowej długości po każdej stronie. Jeden koniec nitki za pomocą rurki BELLOCQ'A wyprowadza przez jamę ustną do nosa, a za nitką wyciąga i gąbkę przez nos. Mała gąbka z łatwością przeszła lecz bez skutku, wziął więc gąbkę dwa razy dłuższą i szerszą od pierwszej i tak samo ją przeprowadził przez nos. Rezultat był nadspodziewanie dobry, gdyż gąbka znakomicie oczyściła obie jamy nosowe (przeprowadzono ją i przez drugą połowę nosa). Kuracyja była skończoną, pacjent wypisał się, zupełnie uwolniony od polipów. V. zwraca uwagę na to, żeby po wprowadzeniu gąbki do ust, nim zacznie się pociągać za nitkę, gąbkę za pomocą palca lub kleszczyków wprowadzić po za podniebienie miękkie a następnie dopiero pociągać. Unika się tym sposobem bólu i skaleczenia podniebienia miękiego. Ostrożność ta zaleca się i przy tamponadzie nosa. Przeprowadzenie gąbki może służyć także dla oczyszczenia nosa przed badaniem.

*Guranowski.*

176. Prof. GAYET. **Kilka uwag w kwestyi traumatyzmu oczów i natychmiastowej pomocy lekarskiej.** (*Revue générale d'Ophthalmologie, T. 1, Paris, 1882.*)

Od Stycznia r. b. poczęło wychodzić



powyższe czasopismo, poszytami miesięcznemi, pod redakcją prof. DORA z Lyonu i E. MEYER'A z Paryża. Zadaniem jego przedstawić współczesny ruch okulistyczny we wszystkich krajach; będzie to coś podobnego do NAGEL'A *Jahresb. f. Ophthalmologie* z tą tylko różnicą, że streszczenia prac podawane będą możliwie prędko. Z polskiej literatury r. z. podamy streszczenie 25-ciu artykułów 13-stu autorów.

Witamypierwszy poszyt tyle pożytecznego *Revue d'Ophth.*, — potrzebny on jest obecnie nawet dla okulisty, gdyż literatura oftalmiczna zbyt jest dziś obszerną, aby za nią śledzić po wszystkich czasopismach specjalnych i w ogóle lekarskich. (Samych oftalmicznych czasopism obecnie istnieje 18: 6 franc., 5 niem., 2 ang., 3 włoskie i 2 hiszp.).

Dział sprawozdawczy poprzedzony pracą oryginalną d-ra GAYET'A, który zadawszy sobie pytanie: czy odpowiedzialność za pewną liczbę nieszczęśliwych zejść uszkodzeń oka, nie pada na lekarzy, przywołanych do niesienia chorym pierwszej pomocy? rozwija 2 aforyzmy: 1) *lekarz przywołany do zranionego w oko nie powinien na razie wyrokować, iż organ dla tego nie jest zagrożony, że w niem nic nie widać, — lecz dla tego, że widzi, iż w niem nic nie ma.* Autor np. o mało nie uznał za niezagrożone oko dziecka, któremu w kilka dni później wyłuszczył gałkę; dopiero po zachloroformowaniu przy operacji, pomocą bokowego oświetlenia wykrył w rogówce ślad przejścia odłamka pistona, który zatrzymał się w siatkówce obok nerwu. 2) *Nie ma uszkodzeń traum. oka zupełnie nieszkodliwych.* Wszystkie rany, chociażby najmniejsze, mogą wywołać ropienie błon, które nieraz prowadzą do utraty oka.

Autor radzi jaknajstaranniej badać chorego z uszkodzeniem oka, i czém więcej chory boi się tego, wskutek czy to bólów, czy też światłowstrętu — tém troskliwiej potrzebuje być zbadanym; dzieci i rozdrażnieni chorzy powinni być w tym

celu usypiani. Następnie oko oczyszcza się starannie ze krwi, — bada się za pomocą lupy i bokowego oświetlenia, przy czém odkrywamy najdrobniejsze ciała obce w rogówce, komórce, tęczy i soczewce. Wszystkie kontuzyje bez pęknięcia błon ocznych, lecz połączone za znacznem upośledzeniem wzroku, są groźne. Kontuzyje z pęknięciem sklerotyki i zwichnięciem soczewki pod łącznicą, dają lepszą prognozę niżli zwichnięcia soczewki do wnętrza oka.

Rany przenikające oko są ważne, osobliwie w okolicy rzęskowej. Ważniejsze są rany przy obecności ciał obcych w gałce, a to z powodu sympatycznej oftalmii. Świeżo wypadniętą tęczę trzeba wprawiać, przy zadawnionem wypadnięciu — odcinać.

Uszkodzenia oka ciałami rozpalonemi mniej są szkodliwe niżli przyżegania płynnemi kaustycznymi środkami: dr. G. widział 8-io letniego chłopaka, u którego rogówka wskutek uszkodzenia rozpalonem żelazem była białą jak „białko jajka ugotowanego na twardo“, uważał ją za straconą, lecz po 5-ciu dniach chłopak wyzdrowiał.

*Przyp spraw.* Obserwowałem niedawno 2 ciekawe wypadki uszkodzeń gałki, zakończone szczęśliwie, pomimo, iż w jednym miało miejsce znaczne i głębokie zranienie w formie Y okolicy rzęskowej oka odłamkiem żelaza, który jednocześnie rozciął g-powiekę; w drugim cała rogówka zbieła i uległa długiemu owróżdzeniu wskutek dostania się przez kanaliki łzowe do worka łącznicy mocnego roztworu lapisowego, wstrzykniętego do worka łzowego w celu jego obliteracyi.

J. Talko.

177. DR. SATTLE. **Przyroda jaglicy (trachoma) i niektórych innych chorób łącznicy.** (*Bericht. d. Ophth. Gesellschaft in Heidelberg. 1881.*)

Charakterystyczną cechą jaglicy (*trachoma*) są ziarna, które nie powstają z powiększenia prawidłowych torebek limfatycznych (*folliculi*), gdyż te ostatnie nie istnieją w zdrowej łącznicy. Zawartość tych ziarn składa się z małych, okrągłych



kuleczek, bez protoplazmy, otoczonych drobnoziarnistą masą, w której dają się spostrzegać pojedyncze większe ziarenka, niemające styczności z owymi kuleczkami. Dr. S. stwierdza i w jaglicy istnienie znalezionych przez NEISSER'A tryprowych mikrokokków, są one tylko mniejsze niżli przy *conj. gonorrhoeica*. Znajdują się pojedynczo, lub połączone po 4 w grupy, formy trój- lub czterokątnej. Mikrokokki te mają siedlisko wewnątrz ziarn jaglicowych – zawartość tych ostatnich przeniesiona do worka zdrowej łącznicy, wywołuje też trachomat. Kultura tych jaglicowych grzybków (?) udawała się SATTLE-ROWI. Z początku powstaje *conj. follicularis*, a z czasem, wskutek powiększenia i rozmnożenia się kuleczek, osobliwie w głębszych warstwach, tworzą się jaglicowe ziarna. Mikrokokki istnieją i w wydzielinie jaglicowej łącznicy i przyczyniają się do zarażenia *à distance*, wydzieliny bowiem oczu po wyschnięciu, rozpraszają się w powietrzu w postaci drobnutkiego pyłku – niektórych osobników wcale nie zarażają, u innych wywołują lekkie formy zapalenia (*Follicularcatarrh*), u innych gnieźdząc się i rozmnażając w łącznicy, stają się przyczyną rozwoju uporczywej formy jaglicy.

Zdaniem LEBER'A mikrokokki głównie znajdują się w powierzchniowych warstwach nabłonka trach. ziarn, ponieważ tu widział komórki, w których spostrzegł ożywiony ruch drobnych punkcików (*Wimmelzellen*). Dr. S. uważa to za ruch molekularny. HORNER mniema, że pasorzyną formę zapalenia łącznicy można wywołać wkraplaniem atropiny (p. *Kronika Lekarska*, 1882, str. 45). BERLIN widział trachomatyczną epidemiję jaglicy u psów trzymanyh w klatce i mniema, że przyczyną były mikrokokki rozwijające się w gnijących resztkach mięsa.

[Teoryja SATTLE-ROWI'a najlepiej tłomaczy znaczny procent jaglicowych form łącznicy u żołnierzy i tę bezustanną a bezsilną walkę z chorobami łącznicy, jaką

prowadzi lekarz wojskowy, mający do czynienia z pacjentami żyjącymi w antyhygienicznych warunkach koszar nasyższych: zarażają się tu palcami, rękami, pościelą i powietrzem!] *J. Talko.*

### III. Gynecologija i Pediatria.

#### 178. WIEDOW. Kastracyja przy włókniakach macicy (*Cent. f. Gyn. N. 6. 1882*).

W. asystent prof. HEGAR'A, podaje historjy 21 kastracyj, wykonanych w klinice freiburgskiej, w celu leczenia włókniaków macicy. Z 21 operowanych, u 15-tu nastąpiło wyzdrowienie przy zupełnym zniknięciu miesiączki i zaniku nowotworu; w jednym wypadku wyzdrowienie i menopause, po 9-ciu przebytych miesiączkach; w jednym wyzdrowienie i menopause po następnym dokonaniem wyłuszczeniu guza; w jednym chwilowa poprawa, zmniejszenie się nowotworu, menopause, później powiększenie się guza, przerost naczyń limfatycznych i śmierć w 9 miesięcy po operacyi. W 3-ch wypadkach zejście śmiertelne, w skutek zapalenia otrzewnej. *J. E.*

#### 179. RECHFELDT, Dezynfekcyja macicy za pomocą jodoformu. (*Berl. klin. Woch. N. 9. 1882*).

Przy *endometritis puerperalis putrida*, która w bardzo krótkim czasie stała się powodem groźnych objawów ogólnych, autor przy pomocy zaimprovizowanego aparatu (odpowiednio wygięta rurka szklana) wprowadził do dna macicy 5 grm. jodoformu. Od tej chwili odpływy utraciły woń cuchnącą, szybki i mały puls stał się wolniejszym, wysoka poprzednio temperatura opadła i przy ciągłej poprawie, chora w 14 dni zupełnie do zdrowia powróciła.

Ze względu więc na tak wybitne, antyseptyczne własności jodoformu, radzi go autor stosować ilekroć znajdujemy wskazanie do irygacyj ciągłych macicy. W wypadku opisywanym, owe 5 grm. jodoformu ujawniło swoje działanie ogólne



we właściwym zapachu moczu, co po tygodniu przeszło bez śladu. J. E.

180. E. MAGITOT. **Badania kliniczne nad zaburzeniami przy wyrzynaniu się zębów u człowieka.** (*Arch. génér. de méd. Novembre et Décembre, 1881*).

Autor dzieli wyrastanie zębów na 5 okresów, a mianowicie: Okres 1. (pierwsze ząbkowanie autorów). Wyrzynanie się 20 zębów mlecznych, począwszy od 6 do 32 miesiąca życia dziecka. Okres 2. Wyrzynanie się pierwszych 4 zębów trzonowych stałych od 5—6 roku. Okres 3. Wypadnięcie 20 zębów mlecznych i zastąpienie ich stałymi od 7—12 roku. Okres 4. Wyrzynanie się 4 następnych zębów trzonowych od 12 do 13 roku. Okres 5. Wyrzynanie się 4 ostatnich zębów trzonowych, zwanych zębami mądrości, pomiędzy 18 a 25 rokiem życia.

Przechodząc dalej do opisu zaburzeń zdarzających się przy ząbkowaniu, autor rozważa te zaburzenia szczegółowo w każdym z wymienionych okresów. I tak, co się tyczy tak zwanego pierwszego ząbkowania, autor stara się zbić zakorzenione mniemanie, jakoby ząbkowanie to było przyczyną rozmaitych chorób, zdarzających się w wieku dziecięcym. Choroby zależne od ząbkowania, dzielili autorowie na: 1) Zaburzenia miejscowe: ślinotok, obrzmienie dziąseł, *stomatitis catarrhalis*, *aphte*, zapalenia gruczołów etc. 2) Zaburzenia sympatyczne (*troubles sympathiques*): drgawki, napływ krwi do błon śluzowych, zapalenie kataralne łącznicy oka, katar kiszek i t. p. 3) Zaburzenia bez widocznych zmian anatomicznych: wymioty, biegunka i t. p. Zatem, wszystkich niemal chorób wieku dziecięcego jedyną przyczyną, było wyrzynanie się 20 zębów mlecznych. Przeciż, powiada M., nie tylko zęby rozwijają się w wieku dziecinnym, lecz i wiele innych organów dochodzi swego ostatecznego rozwoju w tym czasie, dla czego więc tylko zęby mają być uważane za przyczynę wszystkiego złego. Różne te choroby występują tylko

współcześnie z ząbkowaniem, ale oden bynajmniej nie zależą. Przytém w największej liczbie ogłoszonych prac, nie można wykazać ścisłego związku pomiędzy wyrzynaniem się zęba i chorobą jaka mu bywa przypisywana. Autor przypomina bardzo liczne spostrzeżenia, dotyczące zmian chorobowych dziąseł i woreczków zębowych, które nie wywoływały żadnych chorób ogólnych, o których wyżej była mowa. Nadto doświadczenia czynione na zwierzętach, mianowicie zranienia dziąseł i woreczków zębowych, oprócz pewnego traumatycznego obrażenia, nie wywoływały nic innego. Co się tyczy leczenia, to autor wypowiada niektóre uwagi dotyczące nacięcia i wycięcia (*in- et excisio*) dziąseł. Twierdzi mianowicie, że nie są to wcale tak mało znaczące operacje, jakby się to zdawać mogło, ponieważ nóż lub nożyczki, przy znanj kruchości szkliwa, pokrywającego koronę zęba, zawartego jeszcze w woreczku zębowym, nader szkodliwy wpływ wywierają na tworzącą się koronę. Zresztą i samo zranienie woreczka zębowego może wywołać zapalenie tego ostatniego i doprowadzić do rezultatów wcale nie pożądaných. Autor przeto nie radzi wykonywać téj operacji dopóki wskazania dla niej nie będą pewniejszymi. Dalej przechodzi do drugiego okresu, mianowicie wyrzynania się pierwszych czterech zębów trzonowych. Okres ten zaczyna się około 5 roku życia, jeszcze przed zupełnym wypadnięciem zębów mlecznych. Ukazują się one po za zębami czasowemi na przestrzeni zupełnie swobodnej i wyrzynanie się ich jest całkowicie podobne do wyrzynania się zębów mlecznych. Z tego też powodu, nawet lekarze przyjmują te pierwsze 4 stałe zęby trzonowe za mleczne. Zęby te rozwijają się nadzwyczaj wolno, gdyż od czasu pojawienia się ich zawiązku (w 3-im miesiącu życia wewnątrzmacicznego) do wyrżnięcia (w 5 roku życia) przechodzi lat 6—dla tego też wszelkie ogólne choroby dziecięcia podczas tego okresu, wpływają



niekorzystnie na rozwój tych zębów i dla tego wychodzą, one często z wadami rozwojowymi, usposabiającymi do zmian chorobowych, zwłaszcza *caries*. Tak więc, ważnym jest, aby nie zrobić pomyłki w oznaczeniu zębów stałych i odróżnieniu ich od czasowych. Dla uniknięcia błędu należy tylko ściśle porachować zęby.

I tak w 5 roku życia będziemy mieli:

Siekaczy:  $\frac{\text{górn. } 2-2}{\text{dóln } 2-2}$ ; kłów:  $\frac{1-1}{1-1}$ ; trzonowych:  $\frac{2-2}{2-2} = 20$ .

Gdy tymczasem w 6 roku:

Siekaczy:  $\frac{\text{górn. } 2-2}{\text{dóln } 2-2}$ ; kłów:  $\frac{1-1}{1-1}$ ; trzonowych:  $\frac{3-3}{3-3} = 24$ .

Wielu już poprzednich autorów zwracało uwagę na to, że zęby czasowe podczas przebywania swego w brzegu alveolarnym szczęki, ściśle do siebie przylegają, niema pomiędzy nimi żadnej szczeliny, chociaż brzegi alveolarne, tak jak i inne części szkieletu, stopniowo się powiększają. M. objaśnia fakt ten okolicznością, że ta część brzegu alveolarnego, w której pomieszczone są zęby czasowe, nie przyjmuje żadnego udziału we wzroście, dopóki te ostatnie niewypadły; powiększenie szczęki dokonywa się przez rozwój drugiej części brzegu alveolarnego, leżącej między ostatnim zębem czasowym a gałęzią wstępującą, — dla szczęki dolnej, lub guzem szczękowym, — dla górnej. Tak więc w okresie tym mamy z jednej strony rozwój pierwszych stałych zębów i nadto wzrost obu szczęk, na rachunek tylnych końców brzegów alveolarnych obu szczęk; proces daleko bardziej skomplikowany niż ten, który ma miejsce w pierwszym okresie, a jednak żaden z lekarzy nie obwinia tego okresu wyrzynania się zębów o wywoływanie takich skutków, jakie przypisują pierwszemu. Tymczasem rzeczywiście w tym okresie są pewne zaburzenia, lecz zawsze tylko miejscowe t. j. dotyczą błony śluzowej dziąseł. I tak: przy jednoczesnym wyrzynaniu się zębów w górnej i dolnej szczęce naprzeciwko siebie, błona śluzowa pokrywająca jeszcze w niektórych miejscach zęby, ulega ciąg-

łemu urazowi, wskutek czego może nastąpić zapalenie dziąseł miejscowe (*gingivitis localis*) słabego natężenia lub ropne (*gin. phlegmonosae*), wreszcie jeżeli osobnik jest kachektyczny, to powstaje zapalenie wrzodziejące (*gingivitis ulcerosa*). Leczenie polega na wycięciu kawałka błony śluzowej, należytem oczyszczeniu i częstym płukaniu ust roztworem *kali chlorici*. Jeżeli wytworzy się ropień — należy go przeciąć, a po przejściu ostrego okresu, wyciąć odpowiedni kawałek błony śluzowej. W formie wrzodziejącej należy stosować środki przyżegające, a nawet żrące np. *arg. nitricum*, *acidum chromicum purum*. (Znaczna liczba przypadków *stomatitis ulcero-membranacea* nie ma innej jak ta przyczyny). Innych zaburzeń w tym okresie autor nie spostrzegł.

Następujący okres trwa od 7—12 roku życia. Zaburzenia tu się przytrafiające są również tylko miejscowe. Liczba zębów stałych jest ta sama co i mlecznych, zachodzi jednak różnica co do objętości, gdyż pierwsze są znacznie większe od mlecznych; na to więc, aby się zęby stałe pomieściły, muszą się odpowiednio powiększyć części boczne i przednie żuchwy. Stosunek pomiędzy wyrzynaniem się zębów z jednej, a rozrostem odpowiedniej części żuchwy, nie zawsze jest prawidłowy, a wtedy staje się on przyczyną zбочzenia w kierunku i w ułożeniu zębów stałych. Co się tyczy miejscowych zaburzeń, to są one wyłącznie natury zapalnej i w ogóle zdarzają się bardzo rzadko. Zaburzeń ogólnych nie ma zupełnie.

Zaburzenia w czwartym okresie (od 11 do 12) roku są zupełnie te same co w drugim, z tą różnicą, że są rzadsze i przebiegają z mniejszym natężeniem.

Najważniejszym pod tym względem jest piąty okres, w którym wyrzynają się zęby mądrości. Autor, odmawiając pierwszemu ząbkowaniu utartej nazwy „*epoque critique*”, twierdzi, że nazwa ta powinna właściwie być nadaną okresowi piątemu, w którym zdarzają się zaburzenia, zagra-



żające niekiedy życiu chorego. Pierwszy JOURDAIN w 1778 roku opisał zaburzenia zdarzające się w tym okresie. Potem opisał je szczegółowo TOIRAC, następnie wielu innych autorów, i tak: LISFRANC, VELLEPEAU, ROBERT, NELATON, LOEWENHARDT, ALBRECHT, WEBER etc.

Przed wyrżnięciem się zębów mądrości, ilość zębów w obu szczękach daje się wyrazić następującą formułą:

$$\text{Sieczne: } \frac{2-2}{2-2}; \text{ kły: } \frac{1-1}{1-1}; \text{ pierw.trz.: } \frac{2-2}{2-2}; \text{ dr.trz.: } \frac{2-2}{2-2} = 28.$$

Łatwo stwierdzić się daje, że po wyrżnięciu się u ras wyższych wtórnych zębów trzonowych stałych, tylna ich powierzchnia przylega prawie do gałęzi wstępującej żuchwy, tak że tylko bardzo mało miejsca pozostaje dla pomieszczenia zębów mądrości, mających się później pojawić, to nam objaśnia, dla czego wyrzynaniu się zębów mądrości towarzyszą często najróżnorodniejsze powikłania. U ras niższych, których cechą charakterystyczną jest silnie wyrażony prognatyzm, gdzie zatem wymiar przednio-tylny żuchwy jest znacznie dłuższy, znajduje się dosyć miejsca dla zębów mądrości i dla tego wyrzynaniu się ich nie towarzyszą żadne zaburzenia. To powiększenie przednio-tylnego wymiaru szczęk u ludzi ras niższych, bywa nawet przyczyną rozwoju zębów trzonowych nadliczbowych, np. u murzynów, u których ogólna liczba zębów może dojść do 34—36. Z faktu tego DARWIN wyprowadził wniosek, że zęby mądrości u człowieka są organem ulegającym zanikowi w przejściu od ras niższych do wyższych. BROCA również zgadza się na ten pogląd.

Tak więc powstawanie zaburzeń łatwo się tłumaczy niestosunkiem pomiędzy objętością i kierunkiem zębów mądrości, a miejscem w szczęce dla nich pozostawionem. Zdarzyć się tu mogą następujące okoliczności: 1) Ząb mądrości wielkości prawidłowej napotyka zamało miejsca do wyrżnięcia się. 2) Ząb wyrżyna się w kierunku nieprawidłowym (ku gałęzi wstępującej żuchwy, ku tylnej powierzchni

drugiego zęba trzonowego, na zewnątrz do policzka, lub na wewnątrz do jamy ust). 3) Ząb mądrości jest zbyt wielki. 4) W końcu przeszkody innej natury mogą zależeć od samej szczęki, lub też jej gałęzi wstępującej. W pierwszym razie alveola jest zamknięta kostną blaszką przez zlanie się obu jej brzegów. W drugim gałęzi wstępująca żuchwy zamiast tworzyć z nią kąt prosty lub rozwarty, tworzy przeciwnie kąt ostry i w ten sposób przeszkadza wyrastaniu zęba.

Co się tyczy częstości zaburzeń, to podług statystyki D-ra DAVID'A, na 100 studentów medycyny przez niego przytaczanych, u 75 zdarzyły się zaburzenia mniej lub więcej ciężkie. Co się tyczy stosunku pomiędzy zaburzeniami zdarzającymi się przy wyrzynaniu zębów mądrości w szczęce górnej i dolnej, to na 75 wypadków zaburzeń, tylko 2 dotyczyły szczęki górnej, co łatwo się tłumaczy tём, że w górnej szczęce nie może być mowy o braku miejsca dla pojawiającego się zęba. Zaburzenia w tym okresie dzielą się na 1) zapalne, 2) nerwowe: newralgije, zaburzenia w organach zmysłów i zjawiska odruchowe, 3) zaburzenia organiczne: torbiele torbkowate, odontomy i nowotwory. Zaburzenia zapalne na błonie śluzowej zdarzają się bardzo często, mogą być albo ograniczone, albo rozlane i rozmaitego stopnia natężenia. W zwykłych okolicznościach błona śluzowa jest nieco obrzmiała i bolesna (*gingivitis subacuta*), ząb wyrżyna się prędko, rozrywając bł. śluzową pod postacią płatków, które przylegając do powierzchni zęba, tworzą rodzaj woreczków, w których mogą się zatrzymywać przeżute pokarmy, osady ze śliny i stać się przyczyną *caries* zęba. Z tego powodu zęby mądrości ulegają wczesnemu zepsuciu. W wyższym stopniu zapalenie dziąseł staje się ropnym, przyczem części sąsiednie mogą też być zajęte. I w tym okresie zdarzyć się może forma wrzodziejąca. Autor utrzymuje, że prawdziwą przyczyną *stomatitis*



*ulcerosae* u subiektów w latach 18—25, jest wyłącznie wyrzynanie się zębów mądrości. Z innych powikłań autor wspomina o zapaleniach ślinianek, gruczołów limfatycznych szyi i t. d. Zaburzenia w tkance kostnej zdarzają się albo jako następstwa zaburzeń na błonie śluzowej, albo samodzielnie. W pierwszym razie bywa *osteoperiostitis*, w drugim proces rozpoczyna się jako *ostitis*, do którego przyłącza się i *periostitis*. Ostatnia ta forma zwykle ma przebieg powolny i nie wywołuje tworzenia się ropnia. W innych razach występuje *osteoperiostitis acuta*, dochodząca do ropienia, ognisko ropne tworzy się w kącie żuchwy i ropa opuszcza się ku dołowi, przytém może się zdarzyć, że ropa wylewa się do jamy ustnej i wskutek polykania ropy, wytwarza się stan nazwany przez CHASSAIGNAC'A „*cachexie buccale*“, lub też ropa toruje sobie drogę na zewnątrz. Proces pozostaje zwykle miejscowym, niekiedy jednak rozszerza się znacznie i może być przyczyną zgorzeli kości szczękowej na pewnej przestrzeni. Niekiedy stanom tylko co opisanym towarzyszą jeszcze objawy wtórne. Najważniejszym z nich jest szczykościsk (*trismus*), który podług M. zależy od zapalenia mięśni żwaczy. Zaburzenia nerwowe dzielą się na dwie kategorie: neuralgije i zaburzenia w organach zmysłów. Co do pierwszych, bywają one różnego natężenia i zajmują przestrzeń mniej lub więcej wielką, nie przechodzą jednak poza górną okolicę tułowia. Mogą niekiedy przedstawiać jedyny objaw zaburzeń przy wyrzynaniu się zębów mądrości; należy baczną zwracać uwagę na przyczynę neuralgij u osób w wieku lat 18—25. Co się tyczy zaburzeń w organach zmysłów, to opisują autorowie niedoślep (*ambliopia*), zaburzenia słuchu i t. p. PORTAL opisywał drgawki epileptyczne i histeryczne. ESQUIROL opisał wyleczenie obłąkania nacięciem bł. śluzowej nad wyrzynającym się zębem mądrości. Wreszcie co się tyczy zaburzeń organicznych, to zdarzają

się torbiele torebkowate, odontomy i różne nowotwory. Leczenie zaburzeń przy wyrzynaniu się zębów mądrości, aby było skuteczne, powinno być skierowane przeciwko przyczynie, leczenie bowiem objawowe nie ma najmniejszego znaczenia. M. radzi wykonywać w wypadkach lżejszych nacięcie lub wycięcie błony śluzowej, nadmienając, że pierwszy z tych rękoczynów rzadko bywa wystarczającym. Jeśli występują powikłania ze strony okostnej lub kości i części sąsiednich, należy wyrwać ząb mądrości.

W. Mączewski.

## MISCELLANEA.

181. **Chinolina**, będąca częścią składową oleju dziegiowego, jako też oleju zwierzęcego DIPPEL'A, może być także otrzymana przez destylację chininy, cynchoniny i innych statych alkaloidów, a także i na drodze syntetycznej. Jój fizjologiczne działanie badał Dr. DONAT i znalazł, że działa tak samo jak chinina. W praktyce środka tego używał Dr. SAKOWSKI w Petersburgu i Dr. LOEWY (*W. med. Presse*, 1881, Nr. 39, 40, 41 i 42) w wielkiej liczbie wypadków i obaj ci lekarze stwierdzili dobre i skuteczne jego działanie przy zakażeniu zimniczem. Korzyści jakie przedstawia są: 1) cena 5 razy niższa od ceny chininy, 2) żadnych nieprzyjemnych ubocznych skutków nie wywołuje (szum w uszach, zawrót etc.), 3) smak nie jest gorzki. Najdogodniejszy w użyciu jest winian chinoliny (*chinolinum tartaricum*), w dawkach 10—20 gran *pro dosi*, 2 razy dziennie dla dorosłych; połowa tój dawki dla dzieci. Przy zimnicy najlepiej podawać 20 gran na trzy godziny przed napadem, w dwóch lub trzech dawkach.

Na jednym z ostatnich posiedzeń berlińskiego towarzystwa medycyny wewnętrznej, DDr. BRIGGER i HULLER zakomunikowali, że w obu klinikach terapeutycznych berlińskich czyniono próby nad działaniem chinoliny, które nie doprowadziły do pożądaných rezultatów. Chinolina z trudnością rozpuszcza się w wodzie (1:100 aq.), przytém posiada nieprzyjemny zapach i bardzo przykry smak (jak sok tytoniowy), wywołuje zwykle nudności i skłonność do wymiotów. Przy wewnętrznym użyciu, w połowie wypadków występowały womity; w ławatywach lek ten był w ogóle dobrze znoszony, jednak ten sposób użycia jest trudny, albowiem w skutek oziębienia, chinolina strąca się z łatwością z roztworu. W klinice propedeutycznej prof. LEYDEN'A używano *chinolin. tartaric.* prawie we wszystkich chorobach



gorączkowych, mianowicie przy suchotach płucnych, tyfusie brzuszny, zapaleniu płuc i reumatyzmie stawowym. W małych dawkach (0,5 grm. 3—4 razy dziennie) nie spostrzeżono żadnego wyraźnego wpływu na temperaturę; przy tyfusie brzuszny, po użyciu 1,5 do 2,0 grm. (jeżeli chory nie zwomitował) spostrzegano niekiedy obniżenie kilkogodzinne temperatury o 0,5° do 0,8° C. Przy użyciu chinoliny w ławatywach, prawie zawsze zauważono obniżenie temperatury, jeżeli udało się wprowadzić pełną dawkę (2,0 grm.). Przy ostrym reumatyzmie stawowym, gdzie systematycznie zadawano lek powyższy, nie można było próby doprowadzić do końca, albowiem chorzy nie dali się nakłonić do dłuższego

przyjmowania tak wstrętnego lekarstwa. W niewielu przypadkach, w których środek ten znoszony był przez 3—4 dni, nie stwierdzono żadnego wyraźnego wpływu na gorączkę i cierpienie stawów. Po takich niefortunnych doświadczeniach, zarzucono w zupełności użycie tego leku na klinice LEYDENA. Te same rezultaty osiągnięto przy użyciu chinoliny na klinice prof. FRERICHSA; środek ten jako *antipyreticum* okazał się zupełnie bezskuteczny, a nadto bardzo szkodliwy dla przewodu pokarmowego. Tak więc chinolina podzieli niezawodnie los innych nowomodnych środków, które czas jakiś podtrzymywane zręczną reklamą fabrykantów, wkrótce giną w otchłani zapomnienia. K. F.

W dniu 23 Lutego r. b. liczne grono kolegów i przyjaciół ostatnią oddało usługę ś. p. **Leonowi Lande**, zmarłemu w dniu 18 t. m. w Wiedniu.

Ś. p. Leon urodził się w 1849 roku. Po skończeniu gimnazjum ówczesnego I w Warszawie, wstąpił w 1868 roku na wydział lekarski Szkoły Głównej, a w 1873 skończył uniwersytet. W tymże roku, z powodu silnie grasującej cholery, wysłany został do Tarczyna i na tém polu młody lekarz z takim poświęceniem i tak gorliwie pełnił ciężkie swe obowiązki, że zwrócił na siebie uwagę władzy, która zaofiarowała mu wakującą posadę pomocnika lekarza powiatu Warszawskiego. Na tem stanowisku, z tą samą cechującą go gorliwością i punktualnością, oddał się nowym obowiązkom: zajął się studjami nad medycyną sądową i policją lekarską. Po wprowadzeniu do kraju naszego nowej procedury karniej z jawnym śledztwem sądowym, często wzywany był do sądu w charakterze eksperta—a przez swoje bystre i na pewnikach naukowych oparte ekspertyzy, zjednał sobie pochwały specjalistów lekarzy i prawników. Równocześnie, aby nie zaniedbać ogólnego swego wykształcenia lekarskiego, pełnił obowiązki lekarza-asystenta w oddziale chorób wewnętrznych szpitala Dzieciątka Jezus i opuścił tę posadę dopiero wtedy, gdy przez władzę powołany został do objęcia obowiązków ordynatora w szpitalu Czasowego Oddziału Głównego Domu Poprawy w Warszawie.

Ciężka praca fizyczna, kilkogodzinny pobyt w dusznych salach szpitalnych i ciągłe rozjazdy po powierzonych mu części powiatu, szkodliwie oddziaływać zaczęły na zdrowie ś. p. Leona. Rozwiniął się u niego katar chroniczny w szczytach płuc, a przed dwoma laty wystąpiły dość ostre zajęcia krtani z utworzeniem owrzodzeń charakteru gruźliczego. Pomimo że koledzy nie taili przed nim groźnego stanu zdrowia jego i pomimo namów, nalegań i prośb, nie chciał porzucić tak szkodliwych dla niego zajęć służbowych. Gdy w roku zeszłym po kilkatygodniowym pobycie w Meranie wrócił do Warszawy ze znakomitą poprawą, rzucił się nanowo do swych zajęć i prac i dopiero przy początku zimy, gdy stan płuc i krtani coraz bardziej się pogorszał, gwałtem prawie nakłoniono go do wyjazdu do cieplejszego klimatu—do Bordighera. Fatalny proces nie dał się jednakże wstrzymać. Ś. p. Leon czując zbliżający się zgon, gwałtownie domagał się powrotu do kraju, chcąc umrzeć wśród swoich. Konającego prawie wywieziono go z Bordighera — w Wiedniu śmierć go zaskoczyła.

Ś. p. Leon z powodu ciągłych zajęć służbowych nie mógł się oddać pracy literackiej. Oprócz streszczeń do „Kroniki Lekarskiej“ z działu medycyny publicznej i sądowej, umieścił jeszcze pracę obszerniejszą w Nr. 47 „Medycyny“ z roku 1880 p. t.: „Kilka uwag o przypadku sądowo-lekarskim: zgwałcenie kobiety dorosłej, obrażenie części płciowych, śmierć.“

Zmarłego cechowały jeszcze dobroć serca, koleżeńska życzliwość i uprzejmość, gorące przywiązanie do nauki i zawodu swojego. Z niezbyt wielkiego majątku testamentem przekazał dla kasy wsparcia przy Towarzystwie Lekarskiem 2000 rubli, a dla kasy imienia Mianowskiego 500 rubli. Liczne grono kolegów obecne na pogrzebie dowodem było jak ceniliśmy wysoko te jego przymioty ducha i serca.

Niechże mu ziemia rodzinna, w której spocząć ostatniem jego było pragnieniem, lekką będzie!

M. H.







# OGŁOSZENIA.

nie zmieniały tego stanu, albowiem nietylko odmawiała przyjęcia pokarmów, lecz nie znosiła nawet płynów i zrzucała wodę gazową lub ocukrzoną, słowem, żołądek nic nie znosił. Pani G. znacznie wychudła; w sześć miesięcy po ostatnim napadzie osłabienie było nadzwyczajne. W takich okolicznościach, sądziłem, że pepton płynny w lewatywach mógłby zostać wchłonięty i podtrzymać siły chorąg: nadzieja pomyslnego skutku była bardzo słaba; z jednej strony, stan chorąg był bardzo groźny, z drugiej, nie śmiałem wierzyć w działanie wzmacniające i w łatwość asymilowania peptonu; opierałem się raczej na rozumowaniu, niż na faktach stwierdzonych. Od 22 Września 1880 roku dawano chorąg 3 razy dziennie lewatywę złożoną z 20 grm. *peptonu Defresne'a*, zmieszanego z 60 grm. gotowanego mleka; to ostatnie zastępowano często zwyczajnym rosółem. Po 20 dniach, siły chorąg wzmogły się nieco. Żołądek znosił już wodę i nawet mleko, choć tylko w małych dawkach i w długich przestankach. W końcu zadawano chorąg 20 grm. peptonu, trzy razy dziennie, w małej ilości tapioki. 12 Listopada, t. j. po 50 dniach takiego leczenia, pani G., choć zawsze sparaliżowana, nietylko powróciła do stanu pierwotnego, ale nawet zaczęła tyć; nie zaprzestając użycia *peptonu Defresne'a*, spożywała i znosiła małe ilości pokarmów, jak: chleb, zupy i wyciąg mięsny. W miesiącu Styczniu 1881 roku odzyskała zupełnie siły; zaprzestała używać peptonu i żywiła się różnymi pokarmami, które spożywała niekiedy obficie, aż do 24 Marca, w którym to dniu zmarła w skutek nowego ataku apoplektycznego.

*Druga obserwacja. Szpital Św. Mikołaja.* Rendon, dziecko 9-cio-miesięczne, słabe i delikatnej budowy, urodziło się o miesiąc przed czasem: w skutek zmartwień jakich doznawała matka po chorobie i śmierci pierwszego dziecka. W pierwszych miesiącach karmienia dziecko nic nie zyskiwało, matka bowiem i tak już słaba, martwiła się jeszcze, widząc że dziecko niknie z braku pożywienia, a nadto wzbrania się upornie przyjmowania cudzej piersi i jakiegokolwiek innego pokarmu.

Przy pojawieniu się pierwszego zęba wystąpiły objawy zapalne ze strony przewodu pokarmowego i wyniszczenie robiło szybkie postępy, do tego przyłączyły się afy w jamie ustnej przeszkadzające ssaniu; dziecię, pozbawione tym sposobem wszelkiego pokarmu i wyniszczone zupełnie, zdawało się być skazane na nieuniknioną śmierć. Wtedy to uciekłem się do *peptonu Defresna*. Zaleciłem co 4 godziny lewatywę złożoną z 20 grm. mleka i 10 grm. peptonu. Niekiedy dodawałem jedną lub dwie krople landanum; tym sposobem dziecko żywione było około dwóch miesięcy i stopniowo stan jego się poprawił; poczem można już było zadawać do wewnątrz po kilka dawek 10 kropli peptonu Defresna w mleku matki lub z tapioką i wyleczenie było zupełne. Objawy charłactwa znikły, dziecię nabrało sił i dzisiaj znajduje się w bardzo pomyslnym stanie zdrowia, żyjąc przez 5 miesięcy wyłącznie tylko peptonem Defresna.

*Trzecia obserwacja. Szpital Św. Mikołaja.* Filip Roche, lat 9, dość dobrze zbudowany, temperamentu limfatycznego i nerwowego; przebywał odrę, szkarlatynę, jakoteż lekkie napady zimnicy, a nakoniec gorączkę tyfoidalną. W końcu roku 1880 przedstawiał wszystkie cechy anemii; bladeść, bicie serca, bóle głowy, gruczoły na szyi, wyrosła kostne na grzebieniu kości goleniowej.

Odżywiał się jednak dobrze: używał wina bordowskiego i kolejno traktowany był preparatami żelaznymi, tranem, syropem chrzanowo-jodowym, syropem mlekofosforanem wapna. Oprócz tego stosowano gimnastykę, hydroterapię i t. p. Pomimo tego stan chorego nie poprawiał się, owszem cały rok 1880 utrzymywał się w jednakowej mierze.

Wtedy to, w miesiącu Styczniu 1881 roku, zaczęto podawać choremu *wino z peptonem Defresna*, po jednej łyżeczce dziennie, którą to dawkę stopniowo podniesiono do dwóch łyżeczek; w ciągu kilku dni obrzmienia na goleniach poczęły znikać, gruczoły zmniejszyły się, chory odzyskał siły, nabrał rumieńców, poruszał się swobodnie, apetyt powrócił, bóle głowy znikły, jakoteż bicie serca; stan ogólny w oczach się poprawił. Dziecko nie przestało używać *wina peptonowego* i obecnie jest zupełnie wyleczone, zaledwie pozostały ślady gruczołów.

Wstrzymuję się, szanowni koledzy, od wyciągania jakichkolwiek wniosków z powyższych przypadków: wymagają one nowych badań, któreby pozwoliły ocenić działanie odżywcze i wzmacniające peptonów. Lecz obowiązkiem moim jest zwrócić uwagę Akademii na dwa następujące punkty:

1) Pani Antonia G. i młody Rendon żywili się z korzyścią przez długi przeciąg czasu wyłącznie peptonem. 2) Pokarm ten wprowadzali tylko przez kiszki, albowiem oboje długi czas nie mogli wcale nic absorbować przez żołądek, a pomimo to powrócili do zdrowia i sił pierwotnych. Fakty te nie mogą być łądzące i dla spożytkowania ich mam jeszcze w kuracyi innych chorych, których wyzdrowienia oczekuję. Proszę mych uczonych kolegów, ażeby zechcieli robić próby i rozszerzając tym sposobem pole doświadczenia, będą mogli, mając lepsze i dokładniejsze dane, potwierdzić lub sprostować fakty podane przeze mnie.

*Sebastyan Labastide.*



**APTEKA**  
**MARJANA BARCZ**  
ulica Marszałkowska Nr. 18.

Na zasadzie pozwolenia p. Ministra Spraw Wewnętrznych i po odbytej rewizji przez Urząd Lekarski miasta Warszawy, otworzyłem dnia 17 Sierpnia r. z. **Aptekę** i zaopatrzyłem takową we wszystkie **wody mineralne naturalne świeżego czerpania**, jak również **w lekarstwa specjalne francuzkie, angielskie i tran lekarski**.

Korzystając z nabytego doświadczenia podczas 10-letniego zarządzania **Apteką SS-ów D-ra T. Heinricha**, szczącą się od tak dawna najlepszą opinią i uznaniem, dołożę wszelkich starań, aby nowootworzoną przezemnie **Aptekę** postawić tak pod względem urządzenia jak i prowadzenia jej na stopie **pierwszorzędnej**.

Stosunki moje z Aptekami i domami handlowymi głównych miast Europy, pozwalają mi wszelkim żądaniom pp. Doktorów i Szanownej Publiczności zadosyć uczynić i zaopatrywać aptekę moją we wszystkie używane lub nowo wprowadzone do medycyny środki lekarskie, których cenę postaram się uczynić jaknajdostępniejszą.

MARJAN BARCZ.

Assesor Farmacyi miasta Warszawy.

12—10

**FABRYKA**  
**NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH**  
**I BANDAŻY**  
**ALFONSA MANN**  
przy ulicy Tłomackie Nr. 3.

Poleca w znacznym wyborze wszelkiego rodzaju narzędzia i przyrządy chirurgiczne a mianowicie:

Narzędzia podręczne w pugilaresach. — Wszelkiego rodzaju narzędzia do wrywania zębów. — Narzędzia amputacyjne, resekcyjne, anatomiczne i sekcyjne. — Narzędzia do operacyj ocznych, w usznych, gardle i traheotomii. — Katetery i świeczki metolowe i elastyczne angielskie i francuskie. — Narzędzia chirurgiczne i do operacyj ginekologicznych, wieńce i unośniki maciczne. — Stetoskopy, Plessimetry i młoteczki. — Irrygatory najnowszych systemów, klizopompy, seregi i strzykawki. — Apparaty indukcyjne przenośne różnych systemów. — Pończochy elastyczne, passy brzuszne, paski przepuklinowe i suspensoryja. — Wszelkie przyrządy opatrunkowe.

Będąc w stosunkach handlowych z pierwszorzędniemi fabrykankami zagranicznymi, posiadam wszelkie najnowsze wynalazki dotyczące chirurgii.



**Cennik na żądanie przesyłam franco.**

