

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

182. F. MARCHAND. **O zmianie poglądów w patologii.** Über den Wechsel der Anschauungen in der Pathologie. (*Stuttgart* 1882 8-o str. 24. *Cena i marka*).

Poglądy w patologii szły ciężej się zmieniają niż w innych gałęziach nauk. Pomijając średniowieczny dogmatyzm, a tém więcej potworne produkcyje błędzącego umysłu ludzkiego (*homeopatya*), starać się należy o poznanie tylko zmian w poglądach ogólnej patologii ostatnich dziesiątek lat, mianowicie poczynając od VIRCHOWA, reformatora tego przedmiotu. Już w końcu poprzedniego stulecia zaczyna się powoli praca w nowym kierunku (BICHAT, LAENNEC, HUNTER, SÖMMERING, MECKEL, MÜLLER, SCHLEIDEN, SCHWAN), której owocem jest poznanie, że choroba nie jest czemś obcém w ustroju, lecz tylko modyfikacją fizyologicznych czynności (MENDELSON 1845). LOTZE, HENLE, TRAUBE, VIRCHOW, MAGENDIE, rozwijają patologiję racjonalną—patologiczną fizylogiję.

Ostatnie ogniwo z humoralną patologiją zerwał VIRCHOW, gdy wykazał, że komórka tylko z komórki pochodzi może. Na tym gruncie wzrosła patologija komórkowa, gdzie zboczenia chorobowe odnoszą się do komórek jako istot samoistnych oddziaływających na bodźce w trzech kierunkach: czynności, odżywiania i rozradzania. W nauce VIRCHOWA najważniejszym jest pogląd na przyrodę tkanki łącznej i na tój podstawie skreślony rozdział o *zapaleniu*. Poglądy tu zawarte bardzo się różnią od dawniejszych, które odnosiły cały proces do naczyń i krwi, gdy zaś VIRCHOW za punkt wyjścia uważa

bujanie komórek tkanki łącznej. Inną drogą do tego samego twierdzenia dochodzi KNESS, który wykazuje zapalenie miejsc nie zaopatrzonych w naczynia. A dziś po pracach COHNHEIM'A znowu zmienia się pogląd na zapalenie: pierwszą rolę odgrywa zboczenie w krążeniu—udział komórek jest tylko bierny—ropienie nie pochodzi z bujania komórek, lecz z naczyń, z krwi.

Podobnie zmieniały się poglądy o *nowotworach*. Dawniej uważano je za pasorzyty, a dopiero J. MÜLLER wykazał, że one są tkaninami podobnymi do prawidłowych ale o swoistych komórkach nowotworowych. Patologija komórkowa wykazała, że one powstają z komórek prawidłowych, których rozradzanie zwiększa się skutkiem drażnienia. VIRCHOW, twórca nauki o nowotworach mniema, że z tkanki łącznej mogą się wytwarzać różnorodne komórki nowotworów, czemu zaprzecza WALDEYER, a wykazuje, że tkanki nie mogą zmieniać swego charakteru, nowotwory zaś pochodzą z resztek tkanin embryjonalnych. COHNHEIM znowu dowodzi, że wykształcone tkanki ustroju same przez się nie są w stanie przekroczyć pewnych prawidłowych granic, lecz potrzebują do tego nadmiaru materiału twórczego i ten sprawia bujanie resztek tkanin z życia embryjonalnego. W ten sposób nakreślono ściślejszą granicę między nowotworami a produktami przewłocznego zapalenia.

Zmienność poglądów patologicznych najwybitniej występuje w nauce o *gruźlicy*. I tu znowu VIRCHOW nam wskazał, że gruźlica LAENNECA, to są dwa procesy chorobowe, że gruzełek jest swoistym nowotworem, który się składa z ciałek lim-

fatycznych, a suchoty zwłaszcza płuc polegają na sprawie zapalnej. Następnie BUHL drogą experimentów dzieli gruźlicę na prawdziwą i na zwyrodnienie serowate, przyczem wykazuje, że gruźlica daje się przeszczepiać i wywołuje gruźlicę prosowatą lub zwyrodnienie serowate, a jedno i drugie polega tylko na małych ogniskach zapalnych. Patologiczne teoryje bezpośrednio wiążą się z naszymi wiadomościami fizjologii i histologii. Pojęcie o komórce zmienia się ciągle. Dziś nie jest ona pęcherzykiem wypełnionym płynem a otoczonym stałą powłoką, w środku którego znajduje się drugi pęcherzyk, jądro; ale jestto bryłka stała żyjącej istoty białkowej o pęcherzykowatém jądrze, które wielkie ma znaczenie w życiu komórki. Odkrycie kurczliwości i ruchliwości młodych komórek, i odkrycie wędrówki komórek limfatycznych niezmiernie musi wpływać na zmianę poglądów patologicznych.

Główna różnica naszych poglądów od dawnych na procesy patologiczne w tém leży, że centralizacja coraz więcej naprzód występuje: badania neuropatologiczne wykazują liczne centra układu nerwowego, które składają się z niezliczonych komórek zwojowych. To oznacza, że do wszystkich możliwych celów służące urządzenia w ciele łączą się z ośrodkowymi komórkami zwojowymi, które pobudzają do czynności, i takową regulują — co odnosi się nawet do czynności samych komórek.

Przez co i dla czego człowiek bywa chory? Patologija komórkowa uważa, że istotną tego przyczyną jest bodziec, drażnienie, które może spowodować zmniejszenie energii życiowej w różnych częściach ciała. Ten pogląd odnosi się także do chorób zakaźnych, gdzie mikroorganizmy są owym bodźcem chorobowym, z którymi o byt walczący ustroj zwykle śpiesznie podupada, nie skutkiem samego drażnienia lecz skutkiem zmniejszenia „organicznej energii.“

*Skórczewski.*

183. T. BUZZARD. **Wypadek symetrycznej rwy kulszowej u chorej na cukromocz; leczenie salicylanem sodu.** A case of symmetrical sciatica in a diabetic patient; Treatment by salicylate of soda. (*The Lancet* Nr. 8, 1882).

Kobieta 68-letnia, cierpiąca od trzech lat na cukromocz, przeziębwszy się w Grudniu, dostała silnych bólów w krzyżu i okolicy obu nerwów kulszowych, przyczem znaczna przedtém ilość moczu i męczące pragnienie nagle się zmniejszyły. Przepędziwszy noc bezsennie, skutkiem nieustających bólów, chora nazajutrz przyjęła kilkakrotnie po 10 gr. salicylanu sodu, bóle w przeciągu kilku godzin ustąpiły zupełnie, tak że chora wróciła do zwykłych swych zajęć. W pierwszych dniach Lutego, taż sama chora nagle dostała mdłości, wstępu do jedzenia i silnych boleści brzucha. Drugiego i następnych dni bóle wzmagaly się coraz bardziej, ześrodkowawszy się w dolnej części brzucha, w krzyżu i obu kończynach dolnych, głównie w łydkach i tylnej powierzchni obu bioder. Chora przepędzała noce bezsennie. Zastosowano dość znaczną ilość morfiny, która ani snu nie sprowadziła ani ulagodziła bólów. Chorą nazajutrz (5-go dnia) znów przepisano salicylan sodu: po pierwszej 15-granowej dawce bóle znacznie się zmniejszyły, po 2 następnych dawkach ustąpiły zupełnie. Chora się przyznała, że w ostatnich czasach nie bardzo przestrzegała diety, szczególnie co do potraw mącznych.

Autor powiada, że obustronne nerwobóle zdarzają się często podczas przebiegu choroby BRIGHT'A, zatrucia ołowiem, przymiotu i wiądu rdzenia; symetryczne zaś nerwobóle przy cukromoczu autor obserwuje pierwszy raz. Podobny wypadek opisał w r. 1880 WORMS. Przedtém wprowadzie już MAREY, BRAUN i inni wspominają o nerwobólach, jako częstém powikłaniu cukromoczu, a nawet ROSENSTEIN radzi we wszystkich uporczywych nerwobólach badać mocznik na cukier, je-

dnak pierwszy WORMS zwraca uwagę na główny charakter takich nerwobólów, jakim jest symetryczne zajęcie nerwów po obu stronach ciała. Oprócz tego WORMS zaznacza niezwykłą bolesność w takich razach, na co i BUZZARD zupełnie się zgadza.

B. sądzi, że ciężkie przypadłości gastryczne: bóle niezwykle żołądka i wymioty—nim natura cierpienia została określona—mogły być w istocie zaliczone do nerwobólów w obrębie nerwów błędnych. Wreszcie autor dodaje, że przypadek WORMSA zasługuje na uwagę dla tego, że pokazuje możliwość obustronnego nerwobólu w przebiegu cukromoczu; spostrzeżenie zaś autora ważnym jest z tego powodu, że wykazuje nadzwyczajną skuteczność salicylanu sodu w takich nerwobólach, gdy tymczasem w zwykłych, środek ten działa daleko słabiej.

H. Goldblum.

184. IŻEWSKI. **Kąpiele elektryczne.** (*Wracław 1882, Nr. 5.*)

Świetne wyniki, otrzymane przez PAUL'A przy stosowaniu kąpeli elektrycznych w niektórych chorobach nerwowych, skłoniły autora do bliższego zbadania tego przedmiotu. I. zajął się badaniem wpływu, jaki wywierają kąpiele elektryczne na ustrój zdrowy w porównaniu z innymi rodzajami elektryczności, a następnie leczniczym działaniem tych kąpeli na niektóre grupy cierpień nerwowych, w celu rozstrzygnięcia pytania, jakie są wskazania do ich użycia. Do swoich doświadczeń autor używa wanny drewnianej, jako nie przeprowadzającej elektryczności (można użyć także szklanej lub marmurowej, byle nie metalowej) i napełnia ją wodą 27° R.; na obu końcach wanny pogrążone są 2 elektrody, idące od cewki, połączonej z 2 elementami POGGENDORFF'A. Takim sposobem cała ilość elektryczności koncentruje się w wodzie, gdzie przechodzi przez ciało w niej pogrążone, będące lepszym przewodnikiem elektryczności niż woda. Chory pozostaje w wannie 6 do 10 minut. Przy użyciu takich ką-

pielii zauważono następujące zjawiska: Przy wejściu do wanny, jeśli prąd elektryczny był słaby, chory doznaje przyjemnego uczucia w całym ciele, przy silniejszym prądzie pojawia się uczucie przechodzenia strumienia elektrycznego, a przy dalszym powiększeniu siły prądu, pojawia się skurcz mięśniowy, niebolesny, szczególniej kończyn, znajdujących się przy biegunach. Tętno po użyciu kąpeli staje się mniejszym i powolniejszym; normalny puls spada o 4 uderzenia na minutę, przyspieszony zaś o 8—12; oddech spokojniejszy i głębszy. Czułość skóry przy badaniu za pomocą cyrkla WEBERA okazuje się powiększoną, przy badaniu zaś elektrycznością, zmniejszoną; wrażliwość mięśni na elektryczność powiększoną; siła mięśniowa zmniejsza się, lecz wkrótce postępowo się powiększa. Waga ciała zwiększa się. Oprócz doświadczeń wykonywanych na ludziach, I. robił doświadczenia na żabach i zauważył, że żaba, pogrążona w kąpeli elektrycznej, z początku kurczy wszystkie mięśnie całego ciała, przy powiększeniu zaś prądu następuje tężec ogólny. Na zasadzie tego faktu, w związku z wyżej przytoczonymi danymi, autor dochodzi do wniosku, że kąpiele elektryczne działają drażniąco *na całą powierzchnię ciała w wodzie pogrążoną*, czem się różnią od innych rodzajów elektryczności, w medycynie używanych. Przy stosowaniu kąpeli elektrycznych w niektórych chorobach, autor zauważył następujące skutki: Zaburzenia funkcjonalne układu nerwowego z powodu niedokrewności i złego odżywiania ustroju, wkrótce znikają, ból przy gościcu znacznie się łagodzi; trzęsienie z powodu mięśniowego zmęczenia w skutek jednostajnych zajęć zmniejsza się, jakkolwiek bardzo powoli; porażenie, wywołane zatruciem ołowianem prędko znika, nie powracając więcej. Jaki ma wpływ woda, która przy takim leczeniu gra bezwątpienia także pewną rolę, autor obiecuje wyjaśnić przy dalszych swoich badaniach.

L. Krause.

185. JULES SIMON. **Błonica i jej leczenie.** De la diphterie et de son traitement médical. (*Gazette des hopitaux* 25, 1882).

Autor rozróżnia trzy formy błonicy:

- 1) miejscową, 2) zakaźną (*infectieuse*) i 3) toksyczną (*toxique*).

Forma miejscowa charakteryzuje się obrzękiem migdałów, na powierzchni których występują błony wypocinowe; miejscowym zmianom zazwyczaj towarzyszy lekki stan gorączkowy i powiększenie gruczołów szyjowych. Po ośmiu lub dziesięciu dniach trwania, choroba kończy się zazwyczaj pomyślnie.

W formie zakaźnej, na powierzchni obrzękłych migdałów występują liczne grube błony wypocinowe, które się rozszerzają na gardziel, podniebienie i jamy nosowe, a czasem i krtań, gruczoły szyjowe obrzękają i stają się bolesne na ucisk. Ciężota ciała podnosi się znacznie w początku choroby, w dalszym przebiegu utrzymuje się jednostajna, a nawet niekiedy opada. Gorączce towarzyszy zwykle znaczny upadek sił.

Autor zwraca uwagę, iż przy rozszerzeniu się błonicy ku górze: na gardziel, podniebienie i jamy nosowe, rokowanie bywa o wiele gorsze, niż w przypadkach, gdzie proces chorobowy szerzy się ku dołowi, powodując dławiec.

Przy formie toksycznej zazwyczaj występuje rozpad zgorzelinowy części chorobowo zajętych, wśród silnej gorączki rozwija się znaczny upadek sił i po 2—5 dniach choroba najczęściej kończy się niepomyślnie. Błonica rozwija się najczęściej u dzieci w wieku od 3-ich do 7-miu lat.

Wilgotne zimno i błotniste niziny sprzyjają powstawaniu choroby.

Mówiąc o leczeniu, autor najprzód wymienia środki stanowczo przeciwwskazane przy błonicy: pijawki, upusty krwi, przyszczydła, środki moczopędne i narkotyki. Dalej wymienia środki zalecane przy błonicy: Siarek wapniowy, siarkan potasowy, alkalia, bromki, chloran potasowy

w znacznych dawkach, kopaiwa, kubebry, środki wymiotne i antyseptyczne. Autor przy leczeniu błonicy postępuje w następujący sposób:

Do wewnątrz używa środków pobudzających, jak: wyskok w znacznej ilości, czarną kawę, bulion i ekstrakt mięsny. Równocześnie podaje półtorachlorok żelaza rozcieńczony wodą po 2—do 3-ich kropel.

Miejscowo stosuje co dwie godziny pędzlowania sokiem cytrynowym, octem aromatycznym, roztworem półtorachloroku żelaza lub roztworem garbniku, oprócz tego kilka razy dziennie przestrykuje gardło wodą karbolową lub aromatyczną. Choremu każe przebywać w jednostajnej temperaturze 16° R., w atmosferze odwietrzanej za pomocą rozpylań wody karbolowej lub aromatycznej.

Przy objawach dławca najchętniej podaje wymiotnicę.

*Stichc.*

186. GERMAIN SÉE. **Rozpoznanie włośnicy.** Comment peut-on reconnaitre la Trichinose chez l'homme. (*L'union medicale* Nr. 29, 1882).

Autor rozróżnia cztery chorobowe formy włośnicy:

- 1) Forma żołądko-kiszkowa (*gastro-intestinale*). Chorzy uskarżają się na uczucie pełności w żołądku, nudności i wymioty, które występują natychmiast, lub w parę dni po spożyciu mięsa, zawierającego włośnię. Zaburzeniom żołądkowym najczęściej towarzyszy mniej lub więcej silne rozwolnienie. W niektórych przypadkach wymienione objawy nie dosięgają znacznego natężenia i każą przypuszczać zwyczajną niestrawność; w innych razach stan chorego stopniowo się pogorsza, lub też od początku cechuje się groźnymi objawami: Ciągłe wymioty, gwałtowne rozwolnienie, znaczny upadek sił. W stolcach tych chorych drobnowidz wykazuje włośnię. Znaczne rozplywowe poty i upadek sił, który rozwija się przed rozwolnieniem, stanowią objawy, cechujące wło-

śnicę, a w formie gwałtownej odróżniają takową od cholery.

2) Forma *reumatyczna* (*rhumatoide*). Charakteryzuje się bólami mięśniowymi, wzmagającymi się podczas ruchów. Około ósmego dnia choroby mięśnie obrzmiewają, twardnieją i stają się nadzwyczaj bolesnymi na ucisk. Z powodu iż włóśnie mogą się usadawiać we wszystkich mięśniach ustroju, spotykamy: najczęściej kontraktury kończyn, sztywność, utrudnienie przełykania, bezgłos, zez, duszność etc. Powyższym objawom chorobowym towarzyszą zwykle silne bóle w kończynach, często zaburzenia żołądkowe i ogólne osłabienie mięśniowe. Dla dokładności rozpoznania można przez głębokie wbicie trójgrańca wydstać kawałeczek mięśnia do zbadania pod drobnowidzem.

3) Forma *opuchlinowa* (*oedémateuse*), gdzie rozwija się obrzęk częściowy lub ogólny, polegający na zaburzeniach w krążeniu, wywołanych włóśniami. Najczęściej obrzmiewają powieki, czasem jedna tylko kończyna lub obie, często puchlina bywa ogólną. Brak zmian patologicznych w sercu, nerkach, jako też w całym ustroju stwierdza rozpoznanie, zwłaszcza jeżeli puchlina rozwinęła się w ciągu kilku dni u osoby przedtem zdrowiej.

4) Forma *durzycowa* (*typhoide*) odznacza się wysoką ciepłotą ciała, ogólnym osłabieniem, utrudnieniem oddychania i bólami mięśniowymi. Przy rozpoznaniu choroby należy zwrócić uwagę na następujące trzy punkta: 1) rozplywowe poty, których nie bywa przy durzycy, 2) obrzęk twarzy zdarza się w 9-ciu na 10 przypadków włóśnicy, 3) choroba rozpoczyna się nagłym podniesieniem ciepłoty.

Nakoniec autor chciałby rozróżnić jeszcze piątą formę tak zwaną *nerwową*, lecz takowa za mało posiada charakterystycznych objawów, aby można było utworzyć odrębne dla niej cechy.

*Stiche.*

187. COIGNARD. **Przyczynek do etiologii cukromoczu.** (*Journal de thérapeutique* 2, 1882).

Autor uważa kolki nerkowe przy obecności piasku z kwasu moczowego jako moment przyczynowy rozwoju cukromoczu lub białkomoczu. W jednym przypadku, po kilka lat trwających kolkach nerkowych wykryto znaczną ilość cukru w moczu (395 grm. w ciągu 24 godzin), a po paru miesięcznej kuracyi znaleziono tylko ślady takowego. U innego chorego podagryka, po długotrwałych atakach kolek nerkowych wykryto w moczu znaczną ilość białka.

Następnie autor, przytaczając krótkie historyje dwóch chorych, zwraca uwagę iż cukromocz rozwija się często u ludzi, u których przez dłuższy czas powtarzany rozbiór moczu wykazywał *nadmiar kwasu moczowego, lecz u tych rokowanie, co do wyzdrowienia i przebiegu choroby, zwykle bywa dobre.*

Porównywając obserwacje obce i swoje, autor przychodzi do wniosku iż *Diabetes melit.* tak się ma do *Glycosurii* jak np. *Febris perniciosa* do *Febris intermittens simplex*; t. j. że *Diabetes melitus* stanowi ciężką formę choroby względnie *lagodnej*.

Często się zdarza, że chory przez dłuższe lata wydziela 10—30 grm. cukru w ciągu 24 godzin i czuje się dobrze, raptownie bez żadnej przyczyny ilość cukru zwiększa się do 100 i 200 grm. na dobę, stan chorego znacznie się pogorsza a czasem nawet kończy się niepomyślnie; lub też przy odpowiedniem leczeniu ilość cukru redukuje się do minimum.

Bywa także iż człowiek przedtem zupełnie zdrow nagle dostaje silnego pragnienia, zaburzeń żołądkowych, etc.; rozbiór moczu wykazuje na dobę 400—500 grm. cukru i 95 grm. mocznika. Po paru miesięcznej kuracyi rozbiór chemiczny nie wykazuje ani śladu cukru. Według zdania autora, stała lub przypad-

kowa obecność cukru w moczu jest niezbędną podczas przebiegu każdej choroby.

*Najgorsze rokowanie stawia autor u chorych gdzie obok glycosurii istnieje azoturia, zwłaszcza przy małej ilości kwasu moczowego.* W ogóle kwas moczowy odgrywa ważną rolę w rokowaniu przy cukromoczu.

1) Nadmiar kwasu moczowego w moczu przedtém normalnym każe się obawiać wystąpienia cukru lub białka.

2) Przy obecności cukru w moczu rokowanie bywa względnie dobre przy zwiększeniu ilości kwasu moczowego, gdy ilość mocznika jest normalną.

*Stiche.*

188. DR. CATIANO. **Zaburzenia przy rozległych oparzeniach.** Ueber Störungen nach ausgedehnten Hautverbrennungen. (*Virchow's Archiv Bd. 87*).

Autor, podawszy w ogólnych zarysach szereg objawów klinicznych przy rozległych sparzeniach i obraz zmian anatomicznych, dotyczących przeważnie układu rdzenia pacierzowego, ośrodków naczynioruchowego i oddechowego, rozbiera krytycznie najgłówniejsze teorie, mające na celu wyjaśnienie tych zmian, a szczególnie przyczyny samej śmierci. We Francyi panuje zdanie, że wykluczenie z obiegu znacznej ilości naczyń w miejscu oparzenia, wywołuje silne przekrwienie wewnętrznych organów, a ztąd zapalenie ze śmiertelném zejściem — zdanie nieuzasadnione, ponieważ śmierć nie mogłaby wtedy nastąpić tak szybko.

W Niemczech jako przyczynę śmierci przyjmują wysilenie serca, spowodowane nagromadzeniem krwi i zwolnieniem krążenia w naczyniach oparzonej części skóry. Doświadczenia jednak robione na zwierzętach z otwartą klatką piersiową okazują, że działalność serca nie bywa tu upośledzoną. W nowszych czasach twierdził SONNENBURG, że śmierć następuje z powodu wywołanego drogą odruchu porażenia ośrodka naczynioruchowego.

Twierdzenie to popierał doświadczeniami na zwierzętach, u których po przecięciu mlecza śmierć nie następowała, jeżeli zaś przewodnictwo pozostawało nienaruszonym, zwierzę umierało niezwłocznie. Jednakże doświadczenia NEUMANN'A pokazały, że przy drażnieniu silnym prądem elektrycznym następuje nie tylko porażenie ośrodków naczynioruchowych, lecz i przyspieszających włókien sercowych, gdy tym czasem przy sparzeniach serce pozostaje nieporażonym. Zjawisko wymagane przez teorię S. stanowiłoby więc trudny do przypuszczenia wyjątek.

V. LESSER utrzymuje, że wysoka temperatura krwi w miejscu sparzenia, narusza związek pomiędzy hemoglobina i podścieliskiem ciałek krwi (podobnie jak przy przelewaniu krwi), a ztąd zmienia się ich czynność tak, że śmierć następuje jakoby z powodu względnej niedokrwistości albo niedostatku ciałek czerwonych (*Oligocythaemia*). Zjawiska tedy spostrzegane u oparzonych musiałyby nosić cechę zmian zależnych od braku tlenu w organizmie. Musielibyśmy oczekiwać pobudzenia ośrodków naczynioruchowych, tymczasem ciśnienie tętnicze, po chwilowém wzmożeniu znacznie spada. Wreszcie przebieg nie byłby tak gwałtowny. CATIANO stawia następną hipotezę: Wychodząc z pewnika, że oparzenie pewnej części powierzchni skóry wywołuje daleko niebezpieczniejsze zaburzenia, niż oparzenie takiej samej ilości innych tkanek, przypuszcza, że przyczyny złego szukać trzeba właśnie na powierzchni skóry, mianowicie w jej wydzielinie zmienionej pod wpływem gorąca. Świeżo wydzielony pot ma odczyn kwaśny, zależny od kwasu mrówkowego  $\text{CH}_2\text{O}_2$ , później odczyn staje się zasadowym, z powodu, że kwas łączy się z amonijakiem, znajdującym się stale w wydzielinie skóry. Tworzy się mrówczan ammonu  $\text{CHO}_2\text{NH}_4$ . Jeżeli roztwór tej soli ogrzać raptownie (do  $100^\circ\text{C}$ ), to następuje jej rozkład:  $\text{CHO}_2\text{NH}_4 = \text{CNH} + 2\text{H}_2\text{O}$ , wytwarza się woda i kwas pruski.

Jeżeli ostatni w samej rzeczy jest przyczyną śmierci przy oparzeniach, to w takim razie objawy występujące wtedy, muszą być takie same jak przy otruciu kwasem pruskim, powtóre ciało to można wykryć we krwi. Przysprawdzaniu pierwszego punktu trzeba wybierać takie wypadki otrucia, gdzie śmierć nie następuje odrazu, a wtedy rzeczywiście spostrzegano takie same objawy jak i przy oparzeniach. Zmiany pośmiertne dotyczą również przeważnie ośrodków naczynioruchowego i oddechowego, serce pozostaje nieporażone.

Co się tyczy wykrycia kwasu pruskiego we krwi, to takowe jest rzeczą bardzo trudną raz, że już b. mała ilość tego ciała zadana przez kanał pokarmowy, zdolną jest wywołać śmierć, tém bardziej wprowadzona podskórną i będąc jakby *in statu nascendi*, powtóre, że ciało to bardzo się prędko rozkłada.

Jeżeli chorzy przejdą szczęśliwie grożące im w pierwszych chwilach niebezpieczeństwo, to padają często w przeciągu 2 do 10 dni ofiarą gwałtownego zapalenia kiszek z krwawą biegunką. Przy autopsyi znajdujemy wtedy b. ostry katar cienkich kiszek i często wrzody w dwunastnicy. Autor powstawanie wrzodów stara się objaśnić działaniem soku żołądkowego na miejsca pozbawione nabłonka. Takie złuszczenia mają miejsce w cienkich kiszkiach przy wprowadzeniu do organizmu jakakolwiek drogę ammonijakalnych soli. W danym razie sole te powstają przez połączenie wessanego do krwi kwasu pruskiego z ammonijakiem krwi. Że wrzody zajmują tylko górny odcinek dwunastnicy, a w reszcie cienkich kiszek mamy tylko ostry katar, objaśnia się zobojętniającem kwas działaniem soku trzustkowego. Wyniki sekcji sądowych ludzi otrutych kwasem pruskim wykazują również katar kiszek i rozmaite procesy nekrobiotyczne w okolicy wypustu żołądka.

Próby przedsiębrane na zwierzętach w celu potwierdzenia tego przypuszcze-

nia, wypadły ujemnie. Autor objaśnia to niepowodzenie, różnicą pozostałych warunków: organizm tak osłabiony, z tak upośledzonym krążeniem, jaki przedstawia chory w parę dni po silnym oparzeniu, nie posiada takiej odporności jak zupełnie zresztą zdrowe zwierzę. Na podstawie swjej hipotezy autor stara się również objaśnić zatorowe procesy w mózgu i płucach, zdarzające się często w drugim lub trzecim tygodniu u silnych osobników, które przeszły pierwsze niebezpieczeństwo. Przez podskórne wstrzykiwanie bardzo małych dawek kwasu pruskiego (1 grm. na dzień, w trzech dawkach) można wywołać u zwierząt w przeciągu czterech dni tłuszczowe zwyrodnienie śródbłonna naczyń. Coś podobnego zauważył PONFICK przy chorobach zakaźnych. Śródbłonek odpada i może dać początek zatorowym procesom.

Kazuistyka sekcyjna nie może potwierdzić tego przypuszczenia, ponieważ w zamachach samobójczych używane bywają zwykle dawki odrazu zabijające. Co do rozwijającego się na drugi lub trzeci dzień zapalenia płuc, to przyczyną jego może być wpływ termiczny, albo też jest to tak zwana *Schluckpneumonie*, wywołana przez zatrzymywanie się wydzieliny w drogach oddechowych w czasie śpiączki.

Jako przyczynę zapalenia nerek, wklajającego często rozległe oparzenia, autor uważa także jakiś niezbadany dotąd wpływ chemiczny.

Przy leczeniu, opierając się na powyższej hipotezie, trzeba mieć na względzie dwa wskazania: 1) szybkie wydalenie trucizny z organizmu, 2) pobudzenie ośrodków naczynioruchowych, a przeważnie podtrzymywanie oddychania. Autor proponuje następujący sposób leczenia: zlewać głowę, szyję, piersi i plecy zimną wodą (5 litrów co 10 minut), potem pogrążyć chorego w kąpiel ciepłą o stałej temperaturze 35° C. Jeżeli postępowanie to pozostaje bez skutku, owija się chorego watą i podtrzymuje wszelkiemi sposobami

mi oddychanie, przyczém wskazaném jest rozcięcie tchawicy. Dalej energiczne stosowanie środków pobudzających i duże dawki eteru, zastrzykiwanie atropiny w okolicę dolka podsercowego (0,0003 grm).

Jeżeli ze strony oddychania nie zagraża niebezpieczeństwo, znów należy przystąpić do zlewania zimną wodą.

*O. Hewelke.*

189. KOHN. **Przyczynę do działania aloesu.** Beitrag zur Wirkung des Aloë. (*Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 5, 1882).

Od niejakiego już czasu, wszystkie prawie rodzaje leków mają przedstawicieli, dających się zastosować podskórnie. Jedne tylko środki rozwalniające tą drogą stosować się nie dają, a wszelkie dotychczas robione próby wypadły niepomyślnie. Wprawdzie LUTON, zastrzykawszy pod skórę 1 gram roztworu aloesowego (1:10) miał wywołać obfite wypróżnienia, autorowi jednak nie udało się otrzymać podobnego skutku, używszy nawet daleko większej dozy. Również i wstrzykiwania aloinu dały ujemne wyniki.

Doświadczenia te jednak, które autor wykonywał na zwierzętach, są pod innemi względami ciekawe. Żołądek, kiszki i nerki zwierząt, poddanych doświadczeniom, przedstawiały zmiany dosyć charakterystyczne. Ukrólików, którym KOHN zastrzyknął pod skórę aloin, znaleziono zapalenie żołądka; w kiszkach autor bardzo często znajdował obrzmienie i zaczerwienienie błony śluzowej dolnego odcinka kiszek grubych, ze świeżemi owrzodzeniami na wysokości fałd. Co się wreszcie tyczy nerek, tam zmiany polegały na tém, że nabłonek kanalików skręconych był mętny, ziarnisty, przytém kanaliki te wypełnione były ziarnistemi masami i kulkami tłuszczowemi. Mocz tych zwierząt za życia zawierał zwykle znaczną ilość białka i waleczków włóknikowych.

Autor na zasadzie swych doświadczeń dochodzi do przekonania, że preparaty aloesu użyte podskórnie, nie wywołują

wcale wypróżnień; za to, użyte w nieodpowiedniej ilości, mogą działać trująco. Już  $\frac{1}{60}$  gr. aloinu podskórnie, zabija myszy; dawka zaś trująca dla psa wynosi gr. 2 na 1 kilogram wagi. Co się tyczy otrucia człowieka aloësem, to w literaturze o tém nie ma mowy. Jeden tylko TAYLOR wspomina o otruciu kobiety po użyciu pół drachmy extr. aloëś w jednej dawce. Śmierć miała nastąpić w 12 godzin, poprzedzona częstemi i silnemi drgawkami.

*H. Goldblum.*

190. Dr. SMITH (New-York). **O wskazaniach przy leczeniu kataru nosogardzielowego.** (*The Med. Record.* 6 Aug. 1881).

Wskazania terapeutyczne przy leczeniu téj choroby można sformułować w następujący sposób: 1) Utrzymanie w czystości okolicy zajętej sprawą chorobową; oddalenie wszelkich wpływów szkodliwych mających swe źródło w rodzaju zatrudnienia, zamieszkania lub klimacie; zachowywanie przepisów higieny co do ogólnego stanu zdrowia. 2) Jeżeli istnieje przeszkoda w oddychaniu nosem, w takim razie zmniejszenie ilości wdychanego powietrza przy każdej inspiracji, może spowodować stałe zwężenie jam nosowych, przyływ krwi (*hyperaemia*) i nadmierne wydzielanie (*hypersecretio*). Ztąd wskazanie, ażeby ograniczać to nadmierne wydzielanie i zapobiedz następstwom zwężenia jam nosowych. 3) Owrzodzenia należy leczyć miejscowo za pomocą roztworów żrących, proszków lub maści, stosowanych na całą błonę śluzową lub tylko na miejsca zajęte owrzodzeniami. 4) Jeżeli istnieje umiejscowiony przerost gruczołów, może on być przyczyną nadmiernego wydzielania i zwężenia. W takim razie trzeba usunąć przerosłe gruczoły; chyba że i inne części błony śluzowej są także przeszkodą w oddychaniu nosem i wywołują hipersekrecję. 5) Jeżeli mimo wykonania wskazań powyższych, trwała ciągle hiperemija, należy wtedy *ostrożnie* stosować leki ściągające lub łagodzące



przez długi czas, ażeby zmienić stan naczyń błony śluzowej i zmniejszyć waskularyzację. Zwrócenie uwagi na stan ogólny jest w każdym razie rzeczą niezmierną wagą. 6) Nie można z góry oznaczyć czasu trwania kuracji; chociażby jednak leczenie miejscowe sprowadziło pożądaną rezultaty, należy, w celu ostatecznego wyleczenia, przez długi jeszcze czas stosować leczenie ogólne. *K. F.*

191. Prof. FÜRBRINGER. **Naftalina przeciwko świerzbie.** *Naphtalin als Antiscabiosum.* (*Berl. klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 10).

W miejsce dotychczas używanych środków przeciwko świerzbie (*Ungt-Wilkinsoni*, *Balsami peruv.*) F. zaleca naftalinę, stosowaną przez siebie od dość dawna z dobrym skutkiem. Naftalina przedstawia się w postaci krystalicznej (*Naphtalin purum cryst.*), lub też w kształcie białej podobnej do śniegu masy (*Napht. albissimum resublimatum*) z zapachem przypominającym zapach fenolu; trudno rozpuszcza się w wodzie, łatwo zaś w wyskoku, eterze i w tłuszczach. Środek ten już bardzo dawno był używany przeciwko niektórym chorobom skóry i jako przeciwparazytny zalecany. Autor używa naftaliny w kształcie 10—12% roztworu tłuszczowego, którym chory smaruje się 3—4 razy w przeciągu 24—36 godzin. Swędzenie już po kilku wcieraniach znika, podrażnienia skóry nie bywa (raz tylko F. spostrzegł białkomocz bez cylindrów, który wkrótce znikł). Z 56 chorych, takim sposobem leczonych, 23 wyzdrowiało zupełnie, u 5, po 5—20 dniach pojawił się wyprysk (*eczema*), jaki i przy innych sposobach leczenia nieraz spostrzegać się daje, u 4 nastąpiła recydywa, od 24 autor nie miał dalszych wiadomości, przypuszcza zaś że choroba ustąpiła zupełnie bezpowrotnie. Leczenie innych chorób skóry (*eczema chronicum*, *psoriasis*, *herpes tonsurans*) za pomocą naftaliny nie doprowadziło do żadnego pomyslnego rezultatu. Autor także zaleca naftalinę jako środek

przeciwgnilny i odwaniający przy owrzodzeniach, radzi jednak ostrożność przy obszernych owrzodzeniach, aby nie wywołać białkomoczu; podobne zjawisko F. zauważył u chorego z łuszczycą (*psoriasis*) po tygodniowym stosowaniu naftaliny w ilości 5—10 grm. dziennie. Naftalina jest środkiem bardzo tanim w porównaniu z innymi używanymi przeciw świerzbie; (kilo kosztuje około 1 marki).

*L. Krause.*

## II. Pediatria.

192. SOLTSMANN. **O leczeniu najważniejszych chorób żołądka i kiszek u ssawców.** *Über die Behandlung der wichtigsten Magen-Darmkrankheiten des Säuglings.* (*Tübingen* 1881, 8<sup>o</sup> str. 37. *Cena* 1 marka).

W Niemczech najważniejszą rolę w śmiertelności ssawców odgrywają choroby przewodu pokarmowego, gdyż 60%. Tém usprawiedliwia autor wybór przedmiotu swój pracy. We wstępie zastanawia się nad zapobieganiem, by się choroby nie rozwinęły, a to przez dostarczanie odpowiedniego pokarmu—mleka—początek przechodzi do leczenia następujących chorób:

1. *Ostra niestrawność* ma swą siedzibę w żołądku, jest zaburzeniem li czynnościowym, a objawia się brakiem łaknienia, nudnościami lub wymiotami i mierzyskiem. Leczenie winno być przyczynowe, mianowicie zależy ono od tego, czy choroba zawisła od anatomicznych zmian u dziecka (od zбочeń w wydzielinach), czy też od jakości lub ilości pokarmu. W tym ostatnim razie trzeba baczyć na częstość podawania piersi oraz na wpływy fizyczne i psychiczne karmicielki. Gdy dziecko używało mleka krowiego, to najlepiej przejść do mleka kobiecego, podając wpięrow przez parę dni kleiki, galaretki, rosoly z dodaniem coraz więcej mleka. U starszych ssawców można zastosować mleczne przetwory

BIEDERTA lub LIEBIGA. Z leków mogą być używane: kalomel (0.01-0.03), soda, magnezyna, rzewień, nalewka aromatyczna z makowcem; lewatywy rumiankowe, nacierania. Jeżeli w wymiotach występuje cuchnące mleko nieskrzepłe, to skutecznym bywa kw. solny, fosforowy, pepsyna (Pepsini 1,0 Acid. mur. gutt X Aquae 90,0 Glycerini 10,0: Co 3 godz. łyżeczkę).

2. *Przewłoczna niestrawność* polega na zmienionej własności soku żołądkowego (rozpuszczania i strącania), jakoteż soku trzustkowego. Stolce mocno bywają cuchnące i zmieszane ze śluzem: zjawiają się wymioty ze śluzem, brak łaknienia, atonia błony śluzowej żołądka i rozszerzenie takowego. Pierwszym w takim stanie warunkiem jest bardzo ścisła dyjeta: podawać należy często a w minimalnych ilościach (1-3 łyżek co godzinę lub pół) herbatę rossyjską, z liści orzechowych, kawę z żyta z mlekiem kozim (3:1). Można też używać bulionu (1/2 fun. mięsa na 1 flaszkę), soku z mięsa, LEUBEGO rozczyń mięsa, peptonu SANDERA, galaretki z trochę rumu, małagi lub wyciągu mięsnego. Od leków mało można się spodziewać: najlaczniej jeszcze skutkują *aromatica* i *tonica amara*. Gdy stan zaczyna się poprawiać, można przejść do mleka dolewając go do kleiku, albo też rozpocząć od podawania serwatki.

3. *Ostry nieżyt kiszek* zwykle ogranicza się do kiszek cienkich, a odznacza się morzyskiem i biegunką ze stolcami wodnistymi, brunatnymi, żółto-zielonemi lub bezbarwnymi, zwykle po jedzeniu. Gdy to ma miejsce zaraz po odłączeniu dziecka od piersi, to najlepiej jest wrócić do podawania piersi; jeżeli zaś to jest nie możebnym, wtedy trzeba wstrzymać na parę dni podawanie mleka krowiego, a żywić dziecię wodą z gumą, z białkiem i rumem, herbatą, kleikiem, a potem powoli przechodzić do doskonałego mleka krowiego. Pragnienie uspakaja się łyżeczkami wody z rumem, wystalęj wody

sodowej c. spir. aeth. Bywają też przyostre nieżyty jelit w towarzystwie gorączki, gdzie również leczenie dyjetetyczne jest bardzo ważne, gdyż tłuszcze w tych razach nie bywają wchłaniane; przeto należy wstrzymać wszelkie pożywienie mleczne, a podawać wodę z białkiem (200 wody, 1 białka i trochę soli) lub serwatkę, a następnie mleko zbierane. Z leków można próbować: kalomel, pepsynę z kw. solnym, u dzieci osłabionych *tonica amara* i żelazo, kąpiele morskie, opaski Pryszticowskie; przy morzysku nieco makowca z Tinct. Kino, Katechu, Ratania.

4. *Nieżyt przewłoczny* zwykle zajmuje cały przewód pokarmowy i śpiesznie wyniszcza dziecko. Dyjeta i tu jest najważniejszym środkiem leczniczym: podawać należy obrany pokarm często lecz w małej ilości, mianowicie mleko najlepiej kobiece albo dobre krowie lub kozie przegotowane i ostudzone z dodaniem na 3 łyżki mleka z łyżek wody i 1 łyżki wody wapiennej. Pragnienie uśmierza się winem burgundzkim. Można też podawać serwatkę alunową; zresztą żaden inny pokarm nie powinien być używany. Z leków tylko przetwory bizmutu i glinki bywają skuteczne a osobliwie *argilla depurata*.

5. *Zapalenie kiszek ostre i przewlekłe* usadawia się głównie lub wyłącznie w kiszce grubiej. Zjawia się takowe albo niespodziewanie, albo też rozwija się z niestrawności lub nieżyty; towarzyszy mu gorączka, bóleści, parcie i krwawo-śluzowa biegunka. W ostrych przypadkach leczenie dyjetetyczne jest takie, jak przy ostrym nieżycie. Najodpowiedniejszym jest mleko kobiece, dobre mleko kozie, różne mączki i ekstrakty, byle je często zmieniać. Pragnienie uśmierza się u dzieci biedniejszych kleikiem z dodaniem czystego wysokoku. Ponieważ cierpienie jest w kiszce grubiej, dla tego ważne są lewatywy (osłaniające, kojące, ściągające a nawet odżywiające), ale nie

powinny one zwiększać pobudliwości zwrotnej: nie powinny być większe nad 60 grm. a cieplejsze nad 20° R. Czasem skutecznie działają wlewania w kieszeczkę stolcową 80—100 grm. płynu z kw. salicylowym ( $\frac{1}{2}\%$ ), karbolowym ( $\frac{1}{3}\%$ ), alunem (1%), chloranem potasowym (1—2%) lub rezorcynem (1%). Przy parciu dobre bywają czopki ściągające i kojące. Z leków wewnętrznych przedewszystkiem podaje się olej rycynowy a następnie leki ściągające (olów, srebro, garbnik). Słusznie wielką cieszą się wziętością *Paulinia sorbilis* i *Lignum campechianum*.

6. *Cholera dziecięca* występuje ostro jako gwałtowna biegunka z wymiotami, pragnieniem i śpiesznym upadkiem sił. Najlepiej działają *Liquor ammonii anisatus*, *Spir. aether. aa: co*  $\frac{1}{2}$  godziny po 3—5 kropel; *Liq. ammon. succinici* 20, *Moschi* 0,3, *Syr. aeth.* 30,0: co 2 godziny po pół łyżeczki; *Flores benzoës* 0,6, *Spir. aeth. Tinct. aromat. aa* 5,0: co godzinę 3—5 kropel; w razie potrzeby wstrzykiwanie podskórne eteru, kąpiele gorczycowe (28°). Pragnienie uśmierza się łyżeczkami wystawionej wody sodowej (co 10 minut), herbatą, kawą, lodem. Za pożywienie tylko może być kleik. Jeżeli wymioty i biegunka pochodzą z *gastro-enteritis acuta*, to można podawać leki ściągające z makowcem, kreozotem, kwasem karbolowym, będzwinianem sodowym lub rezorcynem, jako lekami przeciwfermentacyjnymi. Rezorcyn bardzo bywa skuteczny (0,1—0,2, Inf. Chamomillae 60,0 Tinct. Opii gutt. jj: Co 2 godziny łyżeczkę).  
*Skórczewski.*

193. Dr. L. DUDREWICZ. **Pomiary antropologiczne dzieci warszawskich.** (Osobne odbicie ze Zbioru wiadom. do Antropol. kraj. tom VI, dział II. Kraków 1881).

Autor w pracy niniejszej zestawil rezultat spostrzeżeń antropometrycznych, dokonanych na 3138 dzieciach warszawskich, od lat dwóch do piętnastu, z których 2934 przypada na chrześcijan i 204

na żydów. Pomiary dzieci wykonywał podług szematu, przyslanego mu przez prof. BROCA, który miał na celu otrzymanie pomiarów dzieci w całej Europie dla porównania zwiększania się wzrostu w rozmaitych miejscowościach, rozwoju pojedynczych części szkieletu i t. p. Do szematu BROCA, autor dodał niektóre jeszcze wymiary, jak odległość łokcia od poziomu, wielkiego skrętacza (*trochanter major*) od poziomu, szerokość czoła i potylicy, w końcu długość i szerokość twarzy. Usunął także z szematu BROCA wagę ciała, której oznaczać nie mógł. Oznaczenie jednak wzrostu wagi ciała w rozmaitych latach wieku dziecięcego u nas—zrobiłoby niewątpliwie pracę autora daleko ważniejszą pod względem fizjologicznym i praktyczno-lekarskim.

Autor podaje najprzód tablice wzrostu długości ciała u dzieci warszawskich. Z tablic tych przekonywamy się, że długość ciała średnia, jest niższa od cyfr podanych przez QUETELET'A i ZEISING'A, i różnica wynosi w 2-im roku życia około 7, a w 15 roku około 10 centymetrów (*Spraw.*). U żydów średnie cyfry są mniejsze, jak u chrześcijan. Toż samo odnosi się do maksymów i minimów wzrostu. Do rezultatów z tych wymiarów nie można wielkiej wagi przywiązywać, gdyż jak sam autor wyznaje, ilość spostrzeżeń jest tu zbyt małą, aby można wyprowadzać z nich jakie pewniejsze wnioski. Najlepiej widać tę niepewność w tabl. II c. (str. 5), wykazującej średni przyrost długości ciała w rozmaitych latach życia. Cyfry, jakie wypadły, są tu całkiem przypadkowe i zmienne. Jako przykład, przytaczamy przyrost w 8-ym roku życia 108,5 milimetrów, w 9-ym tylko 6, w 10-ym znowu 77. W téjże tablicy średni wzrost w 10 roku życia wypadł u chłopców 1228,5 milimetrów, w 11 zaś 1227, to jest mniejszy. W dalszym ciągu autor podaje tablice wymiarów: odległości brody od poziomu, skrętacza wielkiego od po-

ziomu i największej rozwartości rąk, z której się przekonywamy, iż największa rozwartość rąk mało się różni od wysokości ciała.

W dalszym ciągu autor badał barwę skóry, oczu i włosów. Co do barwy skóry, odróżniał barwę cielistoróżową, białą i śniadawą z odcieniem żółtawym, które to barwy odpowiadają Nrom 25, 24 i 23 skali chromatycznej BROCA. Barwę skóry badał na wewnętrznej powierzchni ramienia poniżej pachy. Z badań tych wypada, iż u chrześcijan 21,7% a u żydów 54,9% posiada barwę Nr. 23; u chrz. 56,4%, u żydów 27,4%—Nr. 24 i wreszcie u chrz. 21,8%, u żydów 17,6%—Nr. 25.—Co do barwy oczu, autor odróżniał cztery główne barwy, a mianowicie, piwną, zieloną, błękitną i siwą, odróżniając jeszcze w każdej po 5 barw mieszanych podług skali chromatycznej BROCA. Największa ilość dzieci miała oczy barwy ciemno-piwniej i jasno błękitnej.—Co się tyczy włosów, to u dzieci warszawskich od lat 2—15 barwa ich jest przeważnie ciemną z odcieniem rudawym mocniejszym lub słabszym, najmniejsza liczba dzieci posiada włosy rude lub czerwonorude.

Następnie autor podaje tablice wymiarów głowy, a mianowicie największą długość głowy, największą szerokość głowy, obwód poziomy głowy, i wskaźnik głowowy (*index cephalicus*). Z tablic tych wypada, iż typ krótkogłowy (*brachycephalis*) jest u dzieci warszawskich przeważający i wynosi 51,9 na sto, zupełnie długogłowych jest tylko 0,6%, niezupełnie długogłowych 4,9%, pośredniogłowych 10,2% i niezupełnie krótkogłowych 32,3%.

Wreszcie autor podaje wymiary największej szerokości twarzy, średniej długości twarzy, jakoteż przytacza w cyfrach stosunki procentowe długości czaszki do długości twarzy i stosunki szerokości czaszki do szerokości twarzy, wreszcie kształt twarzy z poglądu oznaczony. Z porównania tablic tych widzimy, że dopiero od 13 roku życia twarze wydłużone stają się

stosunkowo pospolitszemi u dzieci, przed tym zaś rokiem szczególnie w pierwszych 5 latach okrągły kształt twarzy znacznie przeważa. Na koniec autor podaje rezultaty oznaczeń kształtu nosa, przyczem posługiwał się również wskazówkami BROCA i odróżniał 5 rodzajów nosów, to jest, nos orli, prosty, zadarty, spuszczone i garbaty. Z podanej tablicy widzimy, że u dzieci warszawskich przeważa nos prosty, spotykamy go u 43,1%, następnie idzie zadarty (31,7%), orli (13%), spuszczone (9,5%) i na koniec garbaty (2,4%).

Kończąc niniejsze sprawozdanie z pracowitej i najeżonej liczbami pracy autora, musimy zwrócić uwagę mimochodem, iż tytuł pracy należałoby może więcej uogólnić, gdyż w tekście jej znajdujemy nie tylko pomiary, ale także badania barwy skóry, oczów, włosów i badania kształtu nosa, a nadto czytelnik winien pousuwać tu i owdzie znajdujące się błędy korektorskie, które jednak przy porównywaniu cyfr i tablic stają się powodem wątpliwości, jak np. w tablicy II b. na str. 5, w trzecim nagłówku cyfr i t. d. *W. Kosmowski.*

### III. Chirurgija, Oftalmologija, Otiatria etc.

194. Dr. JULIUS WOLFF. **O operacyjach bezkrwawych.** Ueber blutloses Operiren. (*Lang. Archiv. Bd. 27 H. 2 s. 389*).

Autor zwraca przedewszystkiem uwagę czytelnika na to, że wszystkie zarzuty, czynione bezkrwawej metodzie operacyjnej, podanej przez ESMARCH'A (jako to: niebezpieczeństwo wywołania apopleksyi u starców, miejscowego zapalenia, zakrzepu, zgorzeli, paraliżu w skutek ucisku nerwu i t. d.) okazały się nieprawdziwymi, a przytrafiające się nieszczęśliwe wypadki były jedynie skutkiem niedostatecznej wprawy w nakładaniu opaski ESMARCH'A. Pomimo to jednak zaczęto coraz rzadziej zastosowywać opaskę ESMARCH'A, a to z tej przyczyny, że po zdjęciu takowej powstaje zwykle silny krwotok mięszo- wy, trudno bardzo opanować się dający,

więc cel zostaje chybionym, gdyż, w skutek tego krwotoku, chory traci tyleż a nawet czasami i więcej krwi, aniżeli wtedy, gdyby wcale opaski nie nakładano. Przyczyną tak silnego krwotoku mięszowego jest paraliż nerwów naczyńioruchowych, będący następstwem założenia opaski ESMARCH'A. Posypał się wkrótce cały szereg propozycji mających na celu usunięcie tego przykrego następstwa, znakomicie ograniczającego obszerniejsze zastoscwanie bezkrwawej metody operacyjnej; tu należą: elektryzowanie rany przed zdjęciem sznura elastycznego (RIEDINGER), ucisk głównego pnia tętniczego po zdjęciu sznura, irygacje wodą zimną, roztworem tymolu (SCHEDE), lub wodą karbolową gorącą 38° R. (WAITZ), iniekcje podskórne ergotyny (GRÜBENSCHÜTZ), ucisk rany za pomocą gąbek przez 6—10 minut po zdjęciu opaski (NICAISE), masaż kikuta (NEUBER) i t. d.; wszystkie te środki okazały się jednak niedostatecznymi.

Autor jeszcze w 1878 r. zajmując się badaniem wahań, jakie się przytrafiają w napełnieniu krwią naczyń kończyn, doszedł do następujących rezultatów: 1) Za pomocą jednego tylko pionowego wzniesienia kończyny można obniżyć temperaturę zamkniętej dłoni o całe 7 stopni. 2) Za pomocą sztucznego ogrzewania lub ochładzania kończyny można naczynia jej utrzymać w pewnym, naprzód oznaczonym stanie kurczliwości. Pokazało się mianowicie że przez ochłodzenie ręki za pomocą powietrza mającego + 12° lub wody + 15° można utrzymać naczynia jej przez dowolną ilość godzin w tak silnym skurczu, że temperatura zamkniętej dłoni przy zupełnie zwieszonym ramieniu nie przechodzi + 26° C. Te obserwacje nasunęły autorowi myśl, czy by się nie dało zastąpić opaski ESMARCH'A przez wzniesienie członka podczas wykonania operacji, lub przez jego ochłodzenie; próby wykonane w tym kierunku wykazały całą prawdziwość tego przypuszczenia. Gdy następnie autor pokombinował obie metody

i zaczął operować na kończynach poprzednio ochłodzonych i pionowo wzniesionych, do czego dołączył jeszcze ucisk palcem głównego pnia tętniczego, to chorzy, tak operowani, tracili daleko mniej krwi, aniżeli ci, u których nakładano opaskę ESMARCH'A. Wkrótce potem wystąpił KOENIG z propozycją połączenia aparatu ESMARCH'A z pionowem wzniesieniem kończyny w ten sposób, że podczas operacji np. amputacji sznur elastyczny pozostaje na miejscu; po odjęciu członka i podwiązaniu głównych pni naczyniowych sznur się zdejmuje i pozostały kikut ustawia się zupełnie pionowo, w tej też pozycji zakłada się dreny, nakłada szwy na ranę i t. d. Następnie ESMARCH wystąpił ze swoją zupełnie bezkrwawą metodą operacyjną (*ganz blutloses Operiren*) polegającą na tem, że przed zdjęciem sznura elastycznego przewiązuje się wszystkie widoczne naczynia, zaszywa ranę i nakłada uciskający antyseptyczny opatrunek podtrzymywany opaską elastyczną, dopiero potem sznur się zdejmuje. W. przyznaje obu tym ostatnim opatrunkom wyższość nad swą metodą ochładzania i wznoszenia kończyny, nie sądzi jednak aby były wolne od wszelkich zarzutów. W obecnym artykule autor występuje z propozycją nowej metody postępowania dla uchronienia się od krwotoku mięszowego, która, jak wykazały jego doświadczenia znacznie przewyższa wszystkie dotychczas stosowane. W. skraca mianowicie okres paraliżu naczyńioruchowego (*vasomotorisch*) przez pionowe wzniesienie kończyny, a podczas trwania tak skróconego okresu paraliżu wywiera ucisk na ranę za pomocą opatrunku antyseptycznego, nałożonego według wszelkich prawideł LISTERA. Ta nowa metoda jest rezultatem licznych obserwacyj autora nad zachowaniem się temperatury kończyny po zdjęciu sznura elastycznego ESMARCH'A, w poziomem i pionowem położeniu. Obserwacje te wykazały że jeśli ręka naprzykład po zdjęciu sznura znajdowała się w położeniu pozio-

mém, to już po upływie pierwszych 5-ciu minut temperatura podnosiła się o 3,5°, w następne 5 minut jeszcze o 0,5 i dopiero wtedy zaczęła opadać; przy pionowym zaś ustawieniu ręki temperatura po upływie pierwszych 5-ciu minut podniosła się tylko o 0,1°, a po następnych 5-u minutach o 0,8°, oprócz tego przekrwienie skóry występujące po zdjęciu sznura w kończyźnie pionowo podniesionej trwało wszystkiego 15 minut, gdy tymczasem w kończyźnie poziomo ułożonej jeszcze po 30 minutach widocznym było. Tak więc pionowe wzniesienie kończyny znakomicie skraca czas trwania naczynioruchowego paraliżu po zdjęciu sznura elastycznego. Jeżeli, zamiast bezużytecznie czas tracić na podwiązywaniu drobniutkich naczyń podczas paraliżu, nałożymy ligatury tylko na pnie główne, a następnie uciskający opatrunek antyseptyczny na ranę i cierpliwie przeczekamy dopóki nie zniknie paraliż naczynioruchowy, co podług doświadczeń autora ma zawsze miejsce po upływie 20 minut, to, po zdjęciu opatrunku, zobaczymy, że ani kropla krwi się nie sączy i wtedy możemy przystąpić do ostatecznego opatrzenia rany. W. przytacza 3 wypadki amputacji biodra wykonane przez prof. BARDELEBEN'A i dra HAHNA i wiele mniejszych operacji przez siebie wykonanych z zastosowaniem téj metody, w żadnym z tych wypadków nie było krwotoku następczego, a jednak liczba nałożonych ligatur była ograniczona do minimum (przy amputacjach biodra 3-4 ligatur). Sposób zastosowania metody autora jest następujący: po dokonaniu operacji i podwiązaniu głównych pni, nakłada się na członek opatrunek antyseptyczny uciskający złożony z kilku kawałków gazy LISTER'A (gładkiej i pomiętej) utrzymywanych na ranie za pomocą muslinowych opasek, zwykle W. nakłada 3 warstwy gazy z których każda utrzymana jest odpowiednio uciskającą opaską, przyczem trzeba zwracać uwagę aby płyty skórne nie były zanadto przyciśnięte do kości.

Po nałożeniu opatrunku utrzymuje się kończyznę w położeniu pionowym za pomocą pętli i sznura przymocowanego do haka umieszczonego w suficie. Po upływie 20 minut zdejmuje się opatrunek uciskający bardzo ostrożnie i powoli, jeśli się okazało po zdjęciu pierwszej warstwy, że krew przesącza się przez warstwy głębiej leżące, to trzeba nałożyć nową warstwę świeżej gazy i nową opaskę uciskającą; gdy, po upływie kilku minut, okaże się, że krew się już nie przesącza, zdejmujemy opatrunek uciskający, zszywamy płyty i nakładamy zwykły antyseptyczny opatrunek. Obawy autora, czy taki uciskający opatrunek nie będzie podtrzymywał paraliżu naczynioruchowego? czy, może okaże się niedostatecznym do powstrzymania krwotoku mięższowego w pierwszych chwilach po dokonaniu amputacji? czy krwotoki następcze nie staną się częstszymi? okazały się bezzasadnymi. Co się tycze przewagi jaką ma metoda W. nad dotychczas stosowanymi, to nad metodą KÖNIG'A ma tę przewagę, że chory traci daleko mniej krwi, że liczba nałożonych ligatur daleko jest mniejsza i że, pomimo 20-minutowego oczekiwania, oszczędza jednak wiele czasu, gdyż przy metodzie KÖNIG'A tyleż czasu a nawet i więcej zużywa się na podwiązywanie naczyń; szczególnie ważną jest ta okoliczność dla chirurga polowego, który, w czasie 20-minutowego oczekiwania, może się zająć innymi chorem. Nad metodą ESMARCH'A ma tę przewagę, że osiągając ten sam rezultat zupełnie bezkrwawego operowania, unikamy niebezpieczeństwa gangreny płątów, że metoda W. pozwala przed zaszyciem rany obejrzeć takową i naocznie się przekonać, czy krwotoku rzeczywiście nie ma, nakoniec i tu liczba nałożonych ligatur jest znacznie mniejsza i oszczędność czasu wielka. *W. H. Krajewski.*

195. Dr. ROSENBACH. **O użyciu jodoformu przy leczeniu następczym operowanego otoku ropnego.** Ueber die Anwendung des Jodoform bei der Nach-

behandlung operirter Empyeme nebst Bemerkungen über die Frage der Thoracotomie bei infectiösen Erkrankungen des Lungenparenchyms. (*Berl. Klin. Woch.* 1882 Nr. 7).

R. zaleca użycie, wychwalanego ostaniem czasu jodoformu, przy leczeniu następczém operowanego otoku ropnego w przypadkach, w których dotychczas powszechnie używane środki przeciwnilne nie dają się zastosować. O skuteczném działaniu tego środka przekonał się autor z 2-ch przez siebie spostrzeganych przypadków. Dotyczyły one kobiet, które po ciężko przebyłym porodzie zapadły na zapalenie prawej płucnej, powstałe w skutek zakaźnego zatoru płuca. Po przecięciu klatki piersiowej w 5-ém międzyżebżu, wydano płyn ropny, cuchnący, zawierający w sobie kawałki rozpadłego miąższu płuca. Przepłukiwanie jamy płucnej kwasem karbolowym przez dość długi czas nie okazało się skuteczném, a płyn przez zatokę utworzoną w płucu (i przypadek), przechodząc do oskrzeli, wywoływał dość częste napady duszności. Wtedy autor uciekł się do użycia jodoformu, wsypując 5—8 grm. wprost do jamy płucnej lub też wdmuchując takąż ilość przez sączek, poprzednio w otwór klatki piersiowej wprowadzony. Skutek był bardzo pomyślny, po kilku dniach znikł zapach cuchnący, wysięk znacznie się zmniejszył, chore prędko powróciły do zdrowia. Stosowanie jodoformu przy otoku ropnym jest bardzo korzystne już z powodu łatwości użycia. Zapobiega on rozkładowi wysięku w jamie płucnej i wywołuje twózenie się dobrej ziarniny. R. radzi stosować 3—4 grm. dziennie przez pierwsze 8 dni, później zaś 1—2 razy tygodniowo. Zatrucia w skutek wessania jodoformu autor nie zauważył.

W ogóle przy leczeniu ropnego zapalenia płucnej, będącego tylko następczém cierpieniem płuc, przy którym powietrze do jamy płucnej dostać się może, autor oświadcza się zawsze za operacyj-

ném leczeniem, gdyż takim sposobem zapobiedz można z jednej strony rozkładowi wysięku przez prędkie opróżnienie jamy, z drugiej strony przeciwnilne leczenie zastosować się jednocześnie daje do płucnej i do samego płuca. *Thoracotomia* zdaniem autora, powinna być przedsiębrana nawet wtenczas gdy wysięk jest bardzo nieznaczny lub go wcale nie ma, lecz w płucu skonstatować można ognisko ropne, które prędzej czy później zapalenie płucnej wywoła. W końcu autor dodaje, że cięcie powinno się wykonać w tylnéj części bocznej ściany klatki piersiowej w 5-ém lub 6-ém międzyżebżu, tak aby wprowadzony sączek swobodnie leżał na przeponie. Wycięcia żebra R. przy téj operacji nie wykonywa, gdyż jama płucnej dostatecznie się opróżnia przez dwa grube sączki w otwór wprowadzone.

L. Krause.

196. Dr. JAMES ISRAEL. **Otwarcie ropnia w kanale kręgosłupa z wycięciem połowy trzonu kręgowego.** Operative Eröffnung eines Abscesses im Rückgratscanal, mit Resection eines halben Wirbelkörpers. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 10).

Chory 34 letni, przybył do szpitala skarżąc się na osłabienie kończyn dolnych, które po kilku dniach przeszło w zupełny bezwład. J. po 6 tygodniach znalazł chorego gorączkującego, strasznie wyniszczonego, ze znaczném skrzywieniem kręgosłupa (*scoliosis*); przy dotykaniu na granicy kręgów piersiowych i lędźwiowych znaczna bolesność; na wysokości górnych kręgów lędźwiowych nieco na lewo od wyrostków ciernistych okazuje się zimny ropień wielkości jabłka, zmniejszający się cokolwiek przy naciskaniu. Ostatnie żebro w okolicy kręgosłupa bolesne przy dotykaniu, zupełny bezwład kończyn dolnych, odruchy zniesione, oddziaływanie na elektryczność zmniejszone, czułość zachowana. Pęcherz moczowy i kiszki wypróżniają się prawidłowo. Autor sądzi, że przyczyną cierpienia było próchnienie

kręgu, a powstały ztąd ropień sprawiał ucisk na pęczki ruchowe rdzenia, rozszerzający się aż do przednich jego rogów. Oprócz tego bolesność 12 żebra pozwalała wnosić również o istnieniu próchnienia. Na zasadzie takiego przypuszczenia J. wykonał następującą operację: przeciął ropień i wyciąwszy część 12 żebra, która w samej rzeczy okazała się spróchniałą, miał przed sobą boczną część prawego 12 kręgu, przedstawiającą zagłębienie, wypełnione zserowaciałą masą. Po wyskrobananiu takowego, wyciął część trzonu kręgu z prawą połową łuku. Po otwarciu w ten sposób kanału kręgowego od strony tylniej, wylała się z głębi gęsta ropa. Po operacji chory przestał gorączkować, rana goiła się dobrze, lecz wkrótce pojawił się kaszel, coraz większe osłabienie, brak łaknienia i 37-go dnia po operacji chory zmarł. Na bezwład kończyn operacja żadnego nie miała wpływu. Sekcja wykryła ropne zapalenie opłucnej z prawej strony, dolny płat prawego płuca zajęty gruźliczemi ogniskami; rdzeń kręgowy w miejscu wyżej opisanem spleaszczony.

Przypadek ten okazuje, że wycięcie części kręgu w celu wydalenia ropy z kanału kręgosłupa daje się wykonać bez żadnych złych następstw z powodu samej operacji. W powyższym przypadku śmierć spowodowaną była jedynie przez zapalenie ropne opłucnej. Bezskuteczny wpływ operacji na bezwład kończyn w obecnym przypadku, autor tłumaczy późnem przedsięwzięciem operacji, lecz jest zdania, że operacja w porę wykonana bez wątplenia daje rokowanie daleko lepsze.

*L. Krause.*

197. M. DESPRÉS. **Złamanie żebra spowodowane skurczem mięśniowym.** Fractures de côtes par contraction musculaire. (*Gazette des hopitaux* 1882, 25).

Autor opisuje rzadki przypadek złamania żebra, gdzie z powodu braku przyczyny anatomicznej lub urazowej, uważać

należało za główny powód nagły skurcz mięśni podczas kaszlu.

Kobieta, cierpiąca na chroniczny katar oskrzeli, podczas ataku męczącego kaszlu, raptownie doznała gwałtownego bólu po lewej stronie w okolicy 11-go żebra, ból ten zwiększał się podczas oddychania i kaszlu. Przy badaniu autor znalazł złamanie jedenastego żebra w odległości czterech palcy od chrząstki. Jako leczenie polecił obandażowanie klatki piersowej paskami przylepca. MALGAIGNE opisał ośm podobnych przypadków gdzie złamanie żeber nastąpiło podczas kaszlu i zawsze po stronie lewej. Później PAULET opublikował sześć nowych przypadków, z których dwa zdarzyło się po stronie prawej.

Nakoniec autor po zestawieniu danych dochodzi do wniosku: 1) Nigdy nie podlega złamaniu żebro 12-te. 2) Co do płci, złamania zdarzają się równie często u kobiet jak i mężczyzn, zaczawszy od 22-go do 63-go roku życia. 3) Najczęściej zostaje złamanem jedno żebro, rzadziej dwa lub trzy.

*Przypisek sprawozdawcy.* Przed paru tygodniami obserwowałem przypadek dobrowolnego złamania części mostkowej drugiego i trzeciego żebra po stronie prawej u 30-to letniego mężczyzny, pochodzącego z rodziny suchotniczkiej, z naciekiem w wierzchołku lewego płuca. Złamanie powstało podczas obracania się na łóżku, w miejscu gdzie było zapalenie okostnej obu żeber. Dodać należy iż wymieniony chory bardzo mało kaszlał i po złamaniu na ból wcale się nie uskarżał; w chwili złamania uczył trzeszczenie i od tego czasu ciągle doznawał nadzwyczaj nieprzyjemnego uczucia zachożenia żeber jedno na drugie. Chory ten na dalszą kurację udał się do Krakowa i o losie jego zapewne dowiemy się od miejscowych lekarzy.

*Stiche.*

198. Prof. JURASZ. **O leczeniu skrzywienia przegrody nosowej.** Ueber die Behandlung hochgradiger Verkrümmungen der Nasenscheidewand. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 4, 1882).

Nieznaczne skrzywienia przegrody nosowej zdarzają się bardzo często, lecz ponieważ wynikiem ich bywa nieznaczne



także zwężenie jam nosowych, nie wymagają więc chirurgicznego leczenia. Inaczej się rzecz ma ze znacznie szerszymi skrzywieniami. Zdarzają się one bardzo rzadko, prawie nigdy w części kostnej przegrody nosowej, najczęściej zaś w chrząstkowej. Zwężenie jednej z jam nosowych lub też zupełne zamknięcie, szkodliwe musi oddziaływać na funkcje nosa (powonienie, mowę, oddech i t. d.). Najczęściej napotykamy skrzywienie przegrody nosowej w środkowej i tylnej części chrząstkowej przegrody nosowej. Może ono być albo zwyczajne lub też podwójne i zależnie od tego mamy w jednej jamie nosowej wypuklenie a w drugiej zagłębienie, lub też jedno i drugie w obu jamach nosowych. Co do leczenia podobnych skrzywień, to starano się przedewszystkiem za pomocą ucisku na część wypukłą przegrody nosowej, doprowadzić ją do normalnego położenia (MICHEL). Taki sposób leczenia może być stosowanym tylko w lekkich wypadkach, w znacznie szerszych zaś skrzywieniach tylko operacja może doprowadzić do pożądanego rezultatu. W przedniej części jamy nosowej, wypukłą część przegrody z łatwością za pomocą noża można usunąć, daleko trudniej w części środkowej i tylnej, gdyż z jednej strony przystęp jest nadzwyczaj utrudniony, a z drugiej obfite krwawienie zaciemnia pole operacyjne. Jednakowoż DIEFFENBACH i ROSER zalecają tę metodę, dla wszystkich wypadków skrzywienia. Sposób operowania HEYLEN'A i CHASSAIGNAC'A także jest niewystarczającym. HEYLEN stosuje z początku ucisk na wypukłą część przegrody nosowej, a następnie w razie nieudania się przystępuje do operacji. Oddziela błonę śluzową od chrząstki skrzywionej przegrody nosowej i za pomocą noża usuwa część wypukłą. W podobny sposób operował CHASSAIGNAC, z tą tylko różnicą, że po oddzieleniu błony śluzowej zamiast jednego cięcia, robił kilka nacięć na chrząstce skrzywionej i po zeszytciu błony śluzowej wprowadzał ka-

walki waty do jamy nosowej, aby utrwalić położenie, nadane przy operacji. Najwięcej przyczynił się jednak do udoskonalenia operacji DEMARQUAY. Za pomocą cięcia w linii środkowej grzbietu nosa, oddziela on chrząstkę boczną i skrzydło nosa po stronie zwężonej jamy nosowej. Rozcina następnie błonę śluzową i usuwa część wypukłą skrzywionej przegrody nosowej. Zeszywa błonę śluzową i przyszywa napowrót skrzydło do grzbietu nosa.

Sposób operowania DEMARQUAY chociaż bardzo racjonalny, nie znalazł odpowiedniego zastosowania. Wszyscy nowsi autorowie głównie zwracają uwagę na inną metodę operowania, która polega na utworzeniu otworu w skrzywionej przegrodzie nosowej.

Przez otwór taki osiągamy wprawdzie komunikację z jedną jamą nosową do drugiej, przez co oddychanie staje się łatwiejszem, lecz nie znosimy radykalnie zwężenia. BLONDIN i RUPPRECHT używają do tej operacji oddzielnych narzędzi, podobnych do nożyczek używanych przez konduktorów na kolejach. Metoda operowania, którą proponuje prof. JURASZ zasadza się na metodzie ADAMSA. ADAMS za pomocą kleszczyków prostuje mechanicznie skrzywienie przegrody, a następnie wprowadza do jamy nosowej uciskacz (*Kompressor*) utrzymujący przegrodę w nadanym położeniu. Prof. JURASZ podaje budowę instrumentu, przez siebie wynalezionej, za pomocą którego usuwa niedogodności metody ADAMSA, t. j. oddzielne wprowadzanie kleszczyków i uciskacza. Jestto rodzaj kleszczyków, których każde ramię może być oddzielne. Końce ramion są płaskie, stanowią kompressor i mogą być za pomocą śrubki odjęte od rączek a za pomocą drugiej śruby utrzymane w stałym między sobą oddaleniu. Po wprowadzeniu instrumentu i wyprostowaniu skrzywienia, kompressor utrwała się w położeniu nadanym a rączki się usuwają. J. zostawia

kompressor na 3 dni, następnie go wyjmuję i stosuje wstrzykiwanie. J. przytacza dwa wypadki, swój i prof. CZERNEGO operowane tą metodą z bardzo pomyślnym rezultatem.

*Guranowski.*

199. WEBER-LIEL. **O działaniu preparatów chininy i kwasu salicylowego na organ słuchu u człowieka.** Zur Frage der Einwirkungsweise von Chinin und Salicylsäure—Präparaten auf das menschliche Gehörorgan (*Monatschrift für Ohrenheilkunde Nr. 1, 1882*).

Autor streszcza w następujących punktach wyniki badań dr. GUDERA nad działaniem chininy na organ słuchu u człowieka. U zdrowego człowieka (doświadczenia robione były na 12 studentach medycyny) po przyjęciu 1 Gramma *Chinini muriatici* skonstatowano: 1) Stopniowe niżanie się temperatury w zewnętrznym przewodzie słuchowym o  $0^{\circ},56C$ . w przeciągu  $2\frac{1}{4}$  godzin. W równej mierze następowała niżka temperatury ciała. 2) Przekrwienie w zewnętrznym przewodzie słuchowym i w błonie bębenkowej. Nastrzyknięcia (Injection) naczyń rękojeści młotka nie zauważono w żadnym z wypadków, nawet widoczne w 5 przypadkach nastrzyknięcie przed doświadczeniem, znikło w przeciągu powyższego czasu. 3) Chorobliwe objawy słuchu (dzwonienie, szum) występowały po 1— $1\frac{1}{2}$  godzinach i stopniowo znikły w przeciągu 12 godzin. 4) Dopiero później niż wspomniane chorobliwe objawy (po 2—3 godz.), zauważono szkodliwy wpływ chininy na słuch. Dźwięki mowy oddalonych niedokładnie były słyszane przez niektóre osoby, a słaby szum niewyraźnie lub wcale niedosłyszany. Cztery osoby po 3 godzinach słyszały bicie zegarka na odległości 1—3 cali od uszli usznej, przed doświadczeniem zaś słyszały na odległości 4—5 stóp. Zwykle osłabienie słuchu trwało nie dłużej niż szum w uszach. 5) Jednocześnie z chorobliwymi zmianami słuchu zauważono u 8 osób także objawy zawrotu głowy. W kilku wypadkach następowało zupełne odu-

zenie i chód przy zamkniętych oczach stawał się niemożliwym.

Ciekawą jest uwaga dr. GUDERA, że przy najniższej temperaturze, percepcja głosu jest najmniejszą. Dalej autor podaje wyniki doświadczeń dokonanych wspólnie z dr. LACHSEM nad działaniem kwasu salicylowego na organ słuchu. Po wewnętrznym użyciu  $4\frac{1}{2}$ —5 gramów *Natri salicylici*, temperatura spada przecięciowo o  $0^{\circ},35C$ . w przeciągu 2 do 3 godzin. Przekrwienia zewnętrznego przewodu słuchowego i nastrzyknięcia naczyń rękojeści młotka nie zauważono w przeciągu tego czasu. U czterech osób u których istniały przed doświadczeniem zmiany w naczyniach młotka, nie widziano żadnej zmiany pod wpływem kwasu salicylowego. Skonstatowano szum w uszach i t. p. objawy w przeciągu  $2\frac{1}{4}$ —4 godzin we wszystkich wypadkach, i trwały one zawsze dłużej jak po użyciu chininy. U autora znikły dopiero po 5 dniach. Najwyraźniej występowało osłabienie słuchu, które trwało przez kilka dni, niektóre osoby odzyskały słuch dopiero po 8 dniach, a jedna po pół roku (z osłabionym słuchem przed doświadczeniem). Wyraźne objawy zawrotu głowy nastąpiły u kilku osób cokolwiek później niż szum w uszach. Porównywając objawy te z objawami po użyciu chininy, daje się zauważyć małoznaczące obniżenie temperatury stosunkowo do silnego wpływu kwasu salicylowego na organ słuchu. Już przed doświadczeniem będące nastrzyknięcie naczyń rękojeści młotka nie ustępowało—jak przy użyciu chininy. W ogóle we wszystkich wypadkach zboczenia słuchu trwały dłużej i były znaczniejsze niż po użyciu chininy.

*Guranowski.*

200. MICHAEL. **Płynna błona bębenkowa i nowy sposób leczenia chronicznego uchetoku.** Ein flüssiges künstliches Trommelfell und eine neue Behandlungsweise chronischer Otorrhoeen. (*Berl. klin. Wochenschrift N. 8. 1882*).

Wiadomo, że przez włożenie t. z. sztuc-

cznych błon bębenkowych osiągnięto przy przedziurawionej błonie bębenkowej nadzwyczajne polepszenie słuchu, co zdaniem ERHARDA, pochodzi od ucisku jaki sztuczne te błony wywierają na resztki błony bębenkowej i na złuznione połączenie kosteczek usznych; mało zaś na tém zależy, z jakiego materiału te zastępcze masy są robione (z gummy, złota, waty i t. d.). Wszystkie jednak mają tę wspólną wadę, że z trudnością bywają przez dłuższy czas znoszone, gdyż po kilku już czasami minutach wywołują uczucie obcego ciała i bólu. Otóż autor postarał się w inny sposób wywołać powyższe polepszenie słuchu. Zauważył, że niektórzy chorzy z chronicznym przedziurawieniem błony bębenkowej, zaraz po przestrzykaniu, gdy jeszcze nieco płynu pozostało w uchu, mają słuch daleko lepszy, niż zwykle. Dla utrzymania tedy takiego stanu, autor postąpił w ten sposób: Choremu wlewał w ucho kroplami glicerynę, po każdej kropli próbując siły słuchu. Gdy już największa wysokość została osiągniętą, M. następnie wlał w ucho kilka kropel colloidium, utrzymując głowę chorego przechyloną w przeciwną stronę. Przekonał się, że kleina z gliceryną się nie łączy ale że pierwsza tworzy nad drugą delikatną błonkę. Skutek powyższego postępowania był nadzwyczaj zadawalniający: słuch chorego poprawił się do tego stopnia, że słyszał głos szepczący w odległości 15 stóp, gdy przedtém trzeba było krzyczeć w samo ucho, oprócz tego chód zegarka słyszał w odległości 1/2 metra. Przy pierwszej próbie kleina trzymała się 1/2 godziny, przy następnych 4 i 8 dni.

Stosując tę metodę do leczenia chronicznego uchotoku, M. zamiast czystej gliceryny używa glicerynowego roztworu alunu lub taniny i pokrywa go *colloidio ricinato*. Autor powiada, że tą drogą udało mu się wyleczyć lata całe trwające uchotoki, co prawdopodobnie zależy od możliwości dłuższego zetknięcia się błony śluzowej jamy bębenkowej z lekiem ściągającym.

O zatrzymaniu się ropy w uchu średniem nie może być przy tém postępowaniu mowy, gdyż nagromadzona w większej ilości zwykle przerywa cienką błonę kleinową i wypływa na zewnątrz. *H. Goldblum*.

201. PURICELLI. **Prosty sposób zastosowania lekarskich płynów na błonę śluzową nosa lub ucha wewnętrznego.** By uniknąć nieprzyjemności, powodowanych przestrzykiwaniem nosa irygatorem (t. z. *Nasendouche*), jakoto bólu głowy, przenikania płynu do średniego ucha i t. p. poleca autor nowy sposób a mianowicie: chory otwiera szeroko usta, wdycha dużo powietrza na raz, a potem intonuje *czyste A*, które stara się ciągnąć, póki mu powietrza starczy; podczas tego aktu miękie podniebienie przylega do tylniej ściany gardzieli i zamyka jamę nosogardzielową, a wówczas wstrzykujemy szprycą ciecz do nosa, która przez cały czas intonacji pozostaje w zetknięciu z błoną śluzową i nie spływa do gardzieli; następująca obecnie inspiracja powinna mieć miejsce przez otwarte usta, a nie przez nos. Rozumie się, że kilkakrotne wstępne powtórzenie doświadczenia jest niezbędnem dla zupełnego przyzwyczajenia pacjenta; u małych dzieci, lub idjotów, ten jakoteż następujący sposób zastosowania nie znajdują.

Jeżeli życzymy sobie, by płyn do średniego ucha przeniknął, bez użycia katektetu, to zalecamy choremu tak ułożyć język i usta, jak gdyby chciał z siłą wymówić *K*; wówczas miękie podniebienie zamyka jamę nosogardzielową od dołu, a z drugiej strony nasada języka, przylegając do miękiego podniebienia, zamyka jamę gardzielową (*cavum pharyngeum*) od góry i przodu; wówczas przechylamy głowę chorego lekko w tył, wpuszczamy kilka kropli płynu do nosa i następnie przestrzykujemy nos powietrzem (balonem POLITZER'A), a płyn przenika w obie jamy bębenkowe. Chcąc tylko na jedno ucho podziałać, przechylamy głowę pacjenta ku stronie chorego ucha.

Sposób ten lepszy od podanego przez GRUBER'A (p. Kronika Nr. 4 p. 113) już z tego powodu, że daje rezultaty pewne i zawsze użytym być może, a Gruberowski jest niepewny i nawet przez autora swego tylko tam zalecany, gdzie użycie kateteru jest trudnym. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 8).

L. Wolberg.

202. Dr. SCHOELER. **Sprawozdanie z ocznej kliniki za r. z.** (*Berlin*, 1882, str. 92).

Wszystkich chorych leczono 4,326 (starych w klinice 393); większych operacyj wykonano 339: 96 na mięśniach gałki, 74 katarakt, irydektomij 66. W sprawozdaniu zamieszczono notatkę dra UHTOFFA (asystenta) o wrodzonych i rozwojowych wadach oczów, z których najciekawsze pokrótce są opisane, a mianowicie: 2 wyp. obustronnego zmętnienia rogówek, wyp. *iridochorioiditis foetalis*, wyp. jednostronnej zaćmy warstwowej, nadzwyczaj rzadki wypadek zupełnie nieruchomych obu gałek ocznych, i wyp. obustronnego paraliżu *n. oculomotorii* (z wyjątkiem zwieracza źrenicy i akomodacyi). Poczem poświęcono kilka słów skleralnej punkcyi przy oderwaniu siatkówki; dr. S. robił takową wążkim nożykiem GRAEFEGO i uskarża się że nie widział ztąd żadnej korzyści, a to głównie w skutek zmętnień ciała szklistego. Dalej opisano treściwie kilka wypadków hemianopii, objaśnionych rycinami, przedstawiającymi zmiany w polu widzenia. W końcu dodano doświadczalne studyja d-rów S. i U. nad znaczeniem fluoresceiny w cyrkulacyi płynów gałki ocznej. Kwestyją dyfuzyi, odżywiania oka zajmowali się już LEBER, MEMORSKI, JONES, WEISS, DEUTSCHMANN i inni. Nasi autorowie użyli w tym celu dla doświadczeń fluoresceiny, pod postacią Uraninu (połączenie amoniaku z fluoresceiną), którego im dostarczył dr. EHRlich. Rozczyn uraninu (50 grm. na 250 gr.) wstrzykiwano do c. szklistego i przed. komórki, pod skórę i do worka łącznicy. Przekonano się że przednia część tęczy nie

bierze udziału w odnowieniu się cieczy wodnistej, że takowa wydziela się z naczyń ciała rzęskowego i tylnej powierzchni tęczy (Sekretionswinkel). Ztąd prąd płynu głównie przez źrenicę kieruje się do przedniej komórki (zielona fluorescencyja), skąd przez obwodową część rogówki dostaje się do łącznicy; część zaś przechodzi do soczewki i ciała szklistego. Odżywianie soczewki nie jest zależnym od c. szklistego: przy intensywnym bowiem zabarwieniu tego ostatniego, soczewka pozostaje niezabarwioną, jeśli tylko ciecz wodna była bezbarwną; płyn z c. szklistego nie przechodzi wcale do komórki przedniej. *Punctio, sclerotomy, irydektomia*, znacznie zmieniają ilość i rodzaj wydzielania płynu z wydzielniczego kąta oka (Sekretionswinkel). Oddzielenie c. wodnej zależy wiele od nerwów: po przecięciu n. sympat. szyi lub wycięciu *gangl. c. supr.* bardzo nie prędko zabarwia się płyn oka, a więc iniekcycja fluoresceiny może służyć do rozpoznawania troficznnej neurozy oka. Jeszcze więcej osłabia się sekrecyja oka po przecięciu n. trójdzielnego wewnątrz czaszki.

Dr. J. Talko.

203. Dr. REICH z Tyflisu. **Ostrość wzroku u młodzieży w szkołach rosyjskich.** (*Wraczebnija Wiedomosti* Nr. 44, 1881).

Kol. R. zwraca uwagę na ostrość wzroku u uczącej się młodzieży, u której badacze głównie uwzględniali dotąd stan refrakcyi oczu. Już w 145 szkołach Europy i Ameryki zbadano oczy u uczniów, w tej liczbie 30 w Rossyi, a mianowicie u 8,500 uczniów i uczennic. Początek do opracowania w Rossyi okulistycko-szkolnej kwestyi dał dr. ERISMAN. Wskazawszy dla czego u ostatniego nie zanotowano ani jednego ucznia z  $V > 1$  (stawił badanych w odległ. 20' przed tablicą SNELLENA, na której nie było druku mniejszego od Nr. XX) i dla czego u dra IWANOWA z Kostromy bardzo nie wielu miało prawidłową, a głównie (73%) obniżoną ostrość wzroku

(oznaczano bowiem  $V$  bez korekcji ametropii), dr. R. wyprowadza wniosek, że znaczny  $\%$  uczącej się młodzieży posiada  $V$  nie  $= 1$  ale  $V > 1$  ( $64\%$ ). I kiedy u żołnierzy *średnia*  $V$  nie niższą jest od  $1\frac{1}{2}$  (REICH, RUMSZEWICZ, TALKO), u uczącej się młodzieży będzie bliską  $V = 1\frac{1}{3}$ .

Przecięciowo  $V < 1$  częściej się zdarza na żeńskich pensjach, niżli na męzkich; bywa to przy astygmatyzmie, ambliopii i krótkowzroczności. Kiedy w niższych klasach znajdujemy z  $V < 1$  od  $10-18\%$ , w wyższych bywa nie mniej jak u  $20\%$ , a w niektórych szkołach nawet do  $45\%$ ! co idzie w parze z wzmagającą się u starszych uczni krótkowzrocznością.

W Królestwie — o ile wiemy — badał wzrok u uczni radomskiego gimnazjum dr. SULIGOWSKI (*Medycyna* Nr. 7, 1882). Ażeby jednak te wyniki miały doniosłość ściśle naukową, prócz  $V$ , którą oznaczano bez korekcji, koniecznie potrzeba oznaczać stan i stopień refrakcji oczu badanych, takich jak Wład. K. (z  $V \frac{5}{20}$ ) wziernikować, pomijając to że badania odbywały się przy świetle wieczorném!

Nie podzielając zdania ADAMIUKA, że krótkowzroczność, z postępem cywilizacji, stanie się z czasem powszechną refrakcją, dr. R. słusznie twierdzi, że chociażby w szkołach zastosowano wszelkie higieniczne warunki optyczne, obecnie, pomimo to, rozwijać się będzie pewny  $\%$  krótkowzroczności z jej następstwami, nie mówiąc już o następczo-wrodzonym usposobieniu do takowej. Na potwierdzenie tego służy fakt iż już w najniższych klasach znajdujemy  $V < 1$  u  $10$  do  $18\%$  — młodzież szkół przeważnie rekrutuje się z dzieci miejskich. Przeciwnie w armii, rekrutującej się głównie z ludzi wiejskich,  $V < 1$  nie przewyższa  $8\%$  (i to nawet bez korekcji).

Badacz powinien pamiętać, że  $M$ . znacznie obniża ostrość wzroku; dowiódł tego GIRAUD-TEULON, badając 898 krótkowzrocznych. Normalna  $V$  przy  $M$ . słabszej niżli  $\frac{1}{12}$  bywa tylko  $29\%$ , przy  $M$ .

od  $\frac{1}{12}$  do  $\frac{1}{6}$  już  $34\%$   $V$  mniejszą staje się o połowę.  
Dr. J. Talko.

### Medycyna publiczna i sądowa.

204. CESARE LOMBROSO. **Wpływ zepsutej kukurydzy na powstawanie rumienia lombardzkiego.** Le poison du maïs et la pellagre. (*Revue scientifique de la France et de l'étranger*. Nr. 4 1882).

Autor, na podstawie dokładnych poszukiwań chemicznych i fizjologicznych stara się dowieść, że w zepsutych ziarnach kukurydzy wytwarzają się pewne materje trujące, które wywołują objawy choroby zwanéj *rumieniem lombardzkim* czyli *pellagrą* (patrz *Kron. Lek.* 1881 str. 547).

Doświadczenia swoje rozpoczął autor od żywienia szczurów, królików i kur, zepsutém ziarnem kukurydzy, w którém prof. GIBELLI znalazł tylko *penicillium glaucum*; po kilku miesiącach takiej karmy, wszystkie zwierzęta chudły, traciły na wadze i zdychały. Wśród tego zauważył następujące objawy, podobne do objawów pellagry: Kurcz mięśni kończyn tylnych u jednego szczura, u 3-ch kur wypadanie piór po 5 miesiącach, a u reszty napady porażenia, podczas których, ptaki te upadały na bok.

Te doświadczenia go niezadowolniły, rozpoczął zatem podawać nalewkę (*tinctura*) przez siebie przygotowaną ludziom; jakoż podając robotnikom po 6 gramm., p. d. otrzymał następujące wyniki:

Najprzód występowały zaburzenia w przewodzie pokarmowym: niesmak, wstręt do jadła, rozwolnienie, kurcze kiszki (*enteralgiae*); następnie cierpienia skóry, jak: swędzenie, kłócie, palenie, łuszczenie się skóry, epiteloidy (objawy najcharakterystyczniejsze pellagry), następnie objawy nerwowe: rozszerzenie źrenicy, opadnięcie powiek, senność, zawroty głowy. Oprócz tego bicie serca, przyśpieszenie a później zwolnienie tętna, omdlenie; powiększenie ciężaru gatunko-

wego i czerwone zabarwienie moczu dowodzi działania trucizny na nerki. Słowem, objawy zaburzenia w układzie nerwowym zwojowym, bardzo podobne do objawów *pellagry* czyli *rumienia lombardzkiego*.

Przy sekcji osób zmarłych na pella-grę, autor spotykał zanik brunatny serca, stwardnienie (*sclerosis*) i złojuwacenie (*steatosis*) nerek, nacieczenie (*infiltratio*) komórek zwojowych. Zmiany te, tłomaczy działaniem pierwiastku chorobowego (resp. zatruciem) na serce, nerki i układ naczynio-ruchowy.

*Penicillium glaucum* rozwijające się na ziarnach kukurydzy niesprowadza otrucia; po zastrzyknięciu podskórnym *penicillium*, nie spostrzegł autor innych objawów prócz zgagi.

Działanie trucizny ginie, gdy się jeden kilogram kukurydzy wypraży w 120° R. z 20 gramm. wapna przez dwie godziny, a potem wypieczę w piecu, samo zaś upieczczenia w piecu piekarskim, lub gotowanie w wodzie albo wysokoku, przy 100° R., nie niszczy trującego pierwiastku.

Autor opierając się na poprzednich swych poszukiwaniach dowodzi, że nalewka z kukurydzy trującej różni się od nalewki otrzymanej z kukurydzy zdrowej; że z pierwszej *otrzytać można olejek żywiczny, smaku gorzkiego*. Olejek ten sprowadza u kogutów płasawiczne ruchy głowy. Oprócz olejku otrzymał przez destylację, *istotę czerwoną, rozpuszczalną w po-tażu, nierozpuszczalną w eterze*. Istota ta zabija bardzo prędko żaby, przy objawach drgawek klonicznych i tonicznych. Zmieniwszy sposób przygotowywania nalewki, mianowicie otrzymując ją z kukurydzy fermentującej i prażąc aż do utraty 75% wagi, otrzymywał olejek jeszcze gwałtowniej działający, sprowadzający u żab drgawki podobnie jak strychnina, tylko w nieco dłuższym czasie, bo w 4 do 6 godzin.

Nareszcie, otrzymał z owiej nalewki materję wyciągową, którą nazwał *pela-*

*grozeiną*; jest to istota działająca podobnie jak ergotyna. Jest gorzka, rozpuszcza się w wodzie we wszystkich stosunkach i w rozcieńczonym wysokoku.

Prof. BRUGNATELLI otrzymał znowu z owiej nalewki inną jeszcze istotę *azotową*, bardzo gorzką, która zachowuje się jak alkaloid. Fizjologiczne jej własności, są zupełnie takie same jak strychniny.

Siła działania pelagrozeiny powiększała się jeśli ją otrzymywano podczas sierpniowych upałów; co więcej, doświadczenia przekonały, że kiedykolwiek przygotowana pelagrozeina, działa silniej na zwierzęta podczas upałów.

Ptaki, a jeszcze bardziej szczury, mniej są wrażliwe na jej działanie od innych zwierząt, daleko trudniej dostaje się do ustroju przez kanał pokarmowy niż przez wstrzykiwanie podskórne, duże dawki spożyte przez zwierzęta, nie okazały żadnego działania. Krew zwierząt zabitych przez pelagrozeinę, wstrzyknięta pod skórę żab, zabijała te ostatnie przy objawach tężca.

Ze względu na podobieństwo w działaniu pelagrozeiny i strychniny, autor wnosi, że duże ilości wina byłyby pomocne przy leczeniu rumieńca, tak jak wyskok wstrzymuje działanie strychniny.

Własności trujące pelagrozeiny, tłumaczają nam drgawki tężcowe i w ogóle objawy pobudzenia układu nerwowego; pozostają jeszcze do wytłumaczenia objawy depresji i odurzenia (śpiączka, ogłupienie, drżenie, porażenie kończyn), objawy ze strony kanału pokarmowego, oraz objawy skórne. Kukurydza nie zupełnie jeszcze zepsuta, nie wywołuje objawów gwałtownego podrażnienia, ale objawy narkotyzacji i inne dopiero co wspomniane. Podobne objawy wywołuje również wyciąg wyskokowy z mocno zepsutej kukurydzy, przygotowywany w porze zimowej. Autor poszedł w swych poszukiwaniach jeszcze dalej i pozostałość z kukurydzy, po otrzymaniu z niej nalewki wyskokowej, wytrawiał wodą. Otrzymał z tego *inną istotę, z barwy, zapachu i sma-*

ku podobną do ergotyny. Istota ta zastrzyknięta pod skórę zwierzętom, wywoływała dopiero co opisane objawy pellagry, podobne także do objawów, po wstrzyknięciu nikotyny, cykutyny i t. p. truziczn.

Oparty na tych doświadczeniach, podaje autor *przepisy zapobiegawcze*, mające ochronić ludność od pellagry. Do tych zalicza: Zabronienie użycia gatunków kukurydzy zwanęj *quarantain* i *soixantain*. Zabronienie bezwarunkowe mielenia tych gatunków, bardzo łatwo podlegających psuciu się, zwłaszcza w górach, a za to zalecenie i ułatwienie pielęgnowania gatunków: *Zea Mays ellittica, aurea* i *pumilla*.

Zbudowanie szop przewiewnych, pokrytych dachem, dla suszenia kukurydzy. Nareszcie zmianę sposobu przechowywania kukurydzy, a do suszenia użycie przyrządu VALERY'EGO, który w sześć godzin wysusza ziarno bardzo mokre i zabezpiecza je od szczurów i ptaków. Tak wysuszone ziarno, można przechowywać przez 2 lata, bez zepsucia.

*Leczenie.* Autor przeczy, aby samo dobre pożywienie, stanowczo leczyło rumień lombardzki, przeciwnie, chociaż można otrzymać w ten sposób znaczne polepszenie, nie zniesie się jednak skłonności do powrotów choroby. Gdyby wieśniacy włoscy, *zawsze* żywili się dobrze, wpłynąć by to mogło bezwątpienia na zniesienie *usposobienia* do choroby, czasowe tylko poprawienie pożywienia, niewystarczy do uleczenia.

Autor zatem zajął się wyszukaniem środka leczniczego. Indywidualizując chorych, dla jednych znalazł odpowiedniejszym makowiec, dla innych chininę. Przy rozwolnieniach pelagrycznych, najlepszym się okazał kalomel, enemy z azotanem bizmutu, natryski zimne; większość jednak przypadków opierała się leczeniu. Kąpiele zimne poprawiały objawy bezwładu, ale czasowo. Arsen w dawkach  $\frac{1}{4}$  do  $\frac{2}{3}$  miligramma dziennie, okazał się skutecznym u starszych osób i przy objawach

otępienia; u młodych i w okresie podrażnienia, był nieodpowiedni. U dzieci, otrzymał autor dobre wyniki z nacierań wodą z solą kuchenną. Przy zawrotach upartych, skutkował *Coculus orientalis*. Chodziło o rozstrzygnięcie stanowczo pytania, czy sama poprawa warunków higienicznych i odżywiania, podczas pobytu w szpitalu, nie wpłynęła na usunięcie pellagry? w tym celu autor zniósłszy się z lekarzami z Wenecyi, Brescia, Placencji, Treviso, Werony, przekonał się, że bez środków leczniczych nieotrzymuje się wyleczenia. Najskuteczniejszym okazał się arsen i chlorek sodu, otrzymano 121 uleczeń temi środkami.

Ostatecznie autor dochodzi do przekonania, że rumień lombardzki (*pellagra*) jest chronicznym zatruciem układu nerwowego.

*Dr. Dobieszewski.*

205. H. VOGEL. **Badanie plam nasiennych.** (*Vierteljahr. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen Bd. XXXVI str. 159*).

Wiadomo, że plamy nasienne na koszuli, płótnie i t. d. zabarwiają się amoniakalnym roztworem karminu na czerwono. Zabarwienie to w roztworze sody znika zaledwie po 12 godzinach, podczas kiedy inne plamy np. od białka już po 6 godz. się odbarwiają. V. jednak znalazł, że i plamy pochodzące z białych upławów, śluzu i t. p. zachowują się podobnie jak nasienie. Kryształy nasienne, jak okazał FÜRBRINGER, pochodzą nie z pęcherzyków nasiennych, ale z gruczołu krokowego (ob. *Kron. Lek. r. 1882 str. 69*), nie mogą więc również stanowić dowodu istnienia plamy nasiennęj, pozostaje jedynie jako dowód wykazanie obecności ciałek nasiennych. Zabarwienie tych ostatnich roztworem amoniakalnym karminu nie następuje jednakże łatwo, owszem jeszcze po 54 godzinach barwią się tylko inne składniki nasienia (komórki, śluz i t. d.), podczas kiedy same ciałka nasienne pozostają niezabarwione. Autor badając zachowanie się tych ostatnich, pod wpły-

wem najrozmaitszych barwników, znalazł, że zabarwienie występuje najlepiej przy użyciu stężonego kwasu siarczanego i jodiny. Zmoczywszy płamę wodą, zbiera się ją ostrożnie nożem i na szkiełku mikroskopowym dodaje kroplę kwasu, a po dwóch minutach 1—2 kropli jodiny. Jod wydziela się w drobnych ziarenkach i doskonale barwi całkowicie ciałka nasienne. Zabarwienie to nie jest jednakże trwałe, już po 24 godz. zwykle znika.

*Jul. Kramsztyk.*

## MISCELLANEA.

206. **Przemiany fizycznych cech rasy angielskiej w Ameryce Północnej.** W trzecim pokoleniu angielskich kolonistów dają się już spostrzegać wedle QUATREFOGAS'A cechy indyjskiego typu. Następnie system gruczołów redukuje się do minimum swego normalnego rozwoju; skóra staje się suchą jak rzemień; żywość kolorów na policzkach znika a miejsce jej zastępuje u mężczyzn cera gliniasta, a u kobiet żółtawa bladeść. Głowa staje się mniejsza, okrągła a nawet szpiczasta, kości policzkowe wydane, oczy osadzone głęboko i blisko siebie. Kości długie przedłużają się szczególnie w kończynach górnych. Miednica żeńska zbliża się do męskiej. Jakkolwiek Karol Vogt zaprzecza faktowi zmniejszenia się głowy, to jednak pewnym jest, że Ameryka zmienia typ anglo-saksoński i z rasy angielskiej tworzy inną białą rasę, którą można nazwać rasą Yankeesów. Profesor GERLAND wyraża ten proces w następujących słowach: „U ludności amerykańskiej spostrzegać się dają w charakterze i budowie cieleśnej pewne podobieństwa, które w Yankeesach wzrastają, w Indyjanach zaś przeciwnie: w skutek przyjmowania cywilizacji tracą coraz bardziej swą ostrość.“ To znaczy, mówi HELFWALD, że „obie rasy coraz bardziej zbliżają się do siebie.“ Kobiety amerykańskie stają się coraz bledsze, delikatniejsze, chudsze, eteryczniejsze a przez to coraz mniej uzdolnione do swego najwyższego przeznaczenia: wydawania na świat dzieci zdrowych i karmienia. W charakterze Yankeesów, w całym ich obęjściu jest jakiś pośpiech i gorączkowość tak różne od powagi ich pobratymców Anglików. Ta amerykańska nerwowość w ostatnich pięćdziesięciu latach przybrała takie rozmiary, że budzi obawy lekarzy. Do symptomatów tej podniesionej nerwowości dr. GEORGE M. BEARD w New-Yorku zalicza: newralgię, gwałtowny ból głowy, nerwową dyspepsyję a głównie *neurasthenię* czyli wyczerpanie nerwowe w najrozmaitszych formach.

*Wacław Noskowski.*

207. **BRETTNER. Ipecacuanha Idiosyncrasie.** (*Berlin. klin. Wochenschrift* Nr. 11, 1882).

Autor w swej pracy zastanawia się pokrótce nad jedenastoma dotychczas opisanymi przypadkami *idiosyncrazji* do *wymiotnicy*, i opisuje swoją obserwację, tyczącą się posługacza szpitalnego, lat 32-letniego, silnie zbudowanego, cieszącego się najlepszym zdrowiem. Posługacz ten przechodził przez pokój, w którym aptekarz wysypywał do naczyń proszek *wymiotnicy*; zaledwie przestąpił próg pokoju, doznał uczucia ściskania w krtani i suchości w jamie ustnej. Twarz była zaczerwieniona, spojówki nastrożone, klatka piersiowa w położeniu wydechowym, mowa i kaszel niemożliwe. Chory co prędzej wybiegł na świeże powietrze, gdzie po głębokim wdechu, nastąpił suchy kaszel. Po pięciu minutach zmniejszyło się zaczerwienienie twarzy, lecz wystąpił ból głowy, chrypka i uczucie zranienia w gardzieli. Błona śluzowa podniebienia i gardzieli silnie nastrożona i usiana drobnymi wyznaczynionkami. Nad obu płucami słyszalny oddech szorstko-pęcherzykowy, pokryty licznymi rżeniami. Chory odpluwa umiarkowaną ilość cytrynowo-żółtej lepkiej płwociny, zawierającej ślady krwi, nudności niema, tętno—112; ciepłota normalna. Po pięciu dniach trwania silnego nieżyty oskrzeli, przy znacznym osłabieniu, stan chorego zaczął się stopniowo polepszać, a po czternastu dniach wrócił do zupełnego zdrowia.

Dodać należy, iż wymieniony posługacz już przedtem dwukrotnie zapadał na podobnego rodzaju napady, wywołane proszkiem *wymiotnicy*; raz zaś podczas przebiegu durzycy po użyciu łyżki stołowej naparu *wymiotnicy* dostał silnego kaszlu tak że musiał zaprzestać dalszego użycia takowej. Po rozebraniu wszystkich znanych przypadków, autor kończy swoją pracę następującymi uwagami:

1) *Idiosyncrazja* do *wymiotnicy* rzadziej się objawia w organie wzroku (nerw trójdzielny), częściej w narządzie oddechowym (nerw błędny).

2) Nasilenie nieżyty błony śluzowej dróg oddechowych może być tak znaczne, iż powoduje pojawienie się krwi w płwocinie.

3) *Idiosyncrazja* do *wymiotnicy* powoduje cierpienia odruchowe nerwów: okoruchowego, wzrokowego i błędnego, które się objawiają jako nagłe upośledzenie siły wzroku, lub też jako napady dusznicowe.

*Stiche.*

208. **Jaka ilość wysokości powinna się znajdować we krwi aby spowodować śmierć zwierzęcia?** GRÉHANT przekonał się, iż we krwi upojonego wyskokiem znajduje się tego ostatniego  $\frac{1}{107}$  część, we krwi zaś zwierzęcia, które zostało otrute przez stopniowe wprowadzanie wysokości do żołądka znajdował  $\frac{1}{100}$ — $\frac{1}{110}$  część wysokości. *rn.*

*Wydawca: Redaktor odpowiedzialny:*

Dr. Bauerertz Adam.

Dr. Kazimierz Filipowicz.