

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Patologija, Terapija i Klinika
Lekarska.

241. Dr. JEHN. **Przyczynk do etologii padaczki w wieku dziecięcym.** (*Neurologisches Centralblatt* 1882. Nr. 3. *Original-Mitth.*).

Poglądy BROWN-SEQUARD'A, WESTPHAL'A, NOTHNAGEL'A i innych co do związku kurczów epileptycznych z wstrząśnieniami w skutek uderzenia lub upadnięcia na głowę, zyskały kliniczne potwierdzenie w spostrzeżeniu opublikowanym przez NEFFEL'A. Wypadek ten dotyczył pewnego studenta, który otrzymał kilka silnych uderzeń w głowę pokrytą kapeluszem słomkowym, oraz grubym pokładem włosów. Gdy w stanie komatycznym niebezpieczeństwo ustania oddychania minęło, wystąpiły silne kurcze epileptyczne, które wywoływane być mogły przez mechaniczne podrażnienie okolicy padaczko-twórczej (*epileptogene Zone*), odpowiadającej miejscu najsilniejszego uderzenia (lewy guz czołowy). Wypadek ten stwierdza więc poglądy WESTPHAL'A zdobyte drogą doświadczeń na zwierzętach, różni się jedynie innym umiejscowieniem okolicy padaczko-twórczej, która u zwierząt zajmuje boczne części twarzy pod okiem po stronie obrażenia.

Poniższy wypadek zasługuje na uwagę jakkolwiek okolica padaczkotwórcza nie została w nim stwierdzoną, ze względu, iż pokazuje zgubne skutki zwykłego „policzkowania,” które wszak mniej silnym bywa aniżeli uderzenia kijem. Chory, liczący 12 lat wieku, nie przedstawia dziedzicznego usposobienia neuro lub psychopatycznego. W lecie 1880 r. uderzonym został

ręką nauczyciela pomiędzy szyją i tyłogłowiem. Chłopiec niezastudzoną tą karą rozgniewany, pobiegł bezzwłocznie do domu, gdzie popadł w silne konwulsyje. Napady z początku powtarzały się niezbyt często, po upływie kilku miesięcy występowały one codziennie, wreszcie po kilkakroć jednego dnia. Jednocześnie z wiosną 1881 r. zauważono wzmagające się pobudzenie oraz pomieszanie umysłu. Chłopiec prześladował owego nauczyciela, rzucał na niego kamieniami i t. p. 26-go Lipca 1881 r. pomieszczonym został w zakładzie dla obłąkanych w Merzig. Chłopiec dobrego wzrostu, dobrze odżywiany; czaszka prawidłowa. Na czole na granicy włosów widać nieco stwardniałą bliznę wielkości ziarna żytniego, pod którą kość przedstawia nieznaczne wklęsnięcie. Blizna ta pochodzi z 7 r. życia i była dotąd niebolesną. Przed rokiem z niewiadomego powodu blizna ta była raz jeszcze otwartą. Źrenice średniej wielkości, oddziałują prawidłowo, wargi i język nie posiadają blizn. Okolicy padaczkotwórczej stwierdzić niepodobna, gdyż mechaniczne podrażnienia, nawet czoła i okolicy blizny nie są w stanie wywołać utraty świadomości ani kurczów. Blizna jednakże jest obecnie bolesną, zarówno też lewa okolica czoła ponad okiem. Prócz tego chory skarży się na bolesne uczucie mrówienia, niekiedy łechtania w owiej okolicy blizny i lewej połowy czoła; po napadach uczucie owo dosięga tyłogłowia. Obok tego skarży się na uczucie ucisku w szyjowej części kręgosłupa; wyrostki cierniste 4-go i 5-go kręgu szyjowego okazują się bolesnemi. Podczas pobytu chorego w Merzig zauważono z początku codziennie po kilka napadów epileptycznych, które po

zastosowaniu 4 grm. *Kalii bromati pro die* zmniejszyły się do jednego napadu, a od 15-go Sierpnia napady w zupełności ustały. Zaburzeń psychicznych nie zauważono u chorego żadnych; chory zajmował się robotą ogrodniczą, odżywianie ciała poprawiło się znacznie i w Listopadzie jako uleczoney wypisanym został.

W powyższym wypadku związek owe go uderzenia z następczemi napadami epileptycznymi nie ulega wątpliwości, gdyż napady te wystąpiły bezpośrednio po obrażeniu. Blizna na czole będąca tu od dawna, nie może być uważaną za miejsce padaczkotwórcze, gdyż ucisk jęj nie wywoływał napadów kurczowych; okolica nadczułości nie jest ograniczoną do samej blizny lecz leży w jęj sąsiedztwie. Wstrząśnienie więc spowodowane uderzeniem w policzek może być wystarczającym do wywołania napadów epileptycznych.

Drugi przypadek nagłego wystąpienia kurczów padaczkowych nie polegał na wstrząśnieniu mózgu lecz spowodowanym był przestraszeniem. Chłopiec siedmioletni, żywego temperamentu, bez dziedzicznego usposobienia. Chłopczyk spał w pokoju służącej. W nocy zeszłego lata przebudził go nagle szmer pod oknem i przestraszyła go postać kochanka służącej stukającego w okno. Wydawszy okrzyk, dziecko popadło bezzwłocznie w silne kurcze padaczkowe, które według zdania przywołanego lekarza, zdawały się zagrażać życiu dziecięcia. Napady powtórzyły się dopiero po upływie miesiąca, ustały znowu na pewien czas, aby znów z większą siłą wielokrotnie się powtórzyć. W Październiku J. widział chorego po raz pierwszy. Obwodowej przyczyny cierpienia ani okolicy padaczkotwórczej znaleźć niepodobna. Przy zastosowaniu zimnych wycierań oraz bromku potasu samego a potem wraz z jodkiem potasu, stan na tyle się poprawił, iż napady nie powtórzyły się więcej, zauważono tylko płasawiczą niepewność ruchów, jakiej dawniej nie spostrzegano.

Zdaniem autora, w literaturze nieznane są wypadki, w których w bezpośrednim związku ze strachem lub wstrząśnieniem psychicznym występowałyby napady padaczkowe, z wyjątkiem wypadków t. zw. psychicznego shok, który sprowadzał natychmiastową śmierć. *A. Rosenthal.*

242. Dr. RAYMOND. **Obłęd występujący podczas chronicznego zapalenia nerek.** Sur certains délires (simulant la folie) survenus dans le cours de néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie. (*Arch. génér. de Médecine Mars. 1882*).

Oprócz objawów mocznicy, zwykle przy chronicznym cierpieniu nerek występujących, spostrzegać się dają nieraz symptomata obłędu, bredzenia z halucynacjami wzroku i słuchu. Objawy te, występujące jednocześnie lub naprzemian z objawami mocznicy, nasuwają pytanie, czy są one takiego samego pochodzenia co i mocznica, czy też cierpienie innego organu równie ważnego jak nerki, może być przyczyną cierpienia umysłowego, w skutek zaburzeń w krążeniu krwi lub jęj składzie. Prof. LASÈGUE, który spostrzegał przypadek cierpienia nerek z objawami obłędu ostrego, zwraca uwagę, że takowy nie zawsze zależy od zatrucia mocznikiem, ale może zależeć i od innych przyczyn (zatrucie wyskokowe i t. p.). Oprócz tego w literaturze znajdujemy już kilka przypadków podobnego cierpienia przez różnych autorów opisanych (HAGEN, JOLLY i inni). R. szczegółowo opisuje 4 przypadki chronicznego cierpienia nerek, skomplikowane zaburzeniami umysłowemi. Dotyczą one 2 kobiet i 2 mężczyzn różnego wieku. Objawy samego zapalenia nerek we wszystkich przypadkach w niczem się nie różniły od zwykle spostrzegać się dających: obrzęk twarzy i kończyn, duszność, serce powiększone, w moczu obecność białka. W kilka dni potem wystąpiły zaburzenia umysłowe, od zwykłego cichego bredzenia do obłędu różnego rodzaju. W jednym przypadku pojawił się

nazajutrz po przybyciu choréj obłęd miłośny. Chora bezwarunkowo chciała spółkować ze swoim mężem, gdyż czuła pale nie w macicy, bezustannie wsuwała palce w pochwę, a gdy siostra miłosierdzia wstrzykiwała jéj zimną wodę, chora z wykształceniem i dobrém wychowaniem zmyślała ją w sposób bardzo nieprzyzwoity. Wkrótce u téj saméj choréj wystąpił znów obłęd religijny. U innego chorego po kilku dniach wystąpiły halucynacje wzroku. Chory widzi przez okno pułk żołnierzy, odbywających poruszenia, i z przyjemnością przypatruje się temu widowisku. Bywają także dnie, kiedy chory przytomnie odpowiada na pytania. Zejście we wszystkich czterech przypadkach było śmiertelne. Przy sekcji znaleziono: lewa komórka sercowa rozszerzona (*endocarditis* w przypadku 3), w płucach *emphysema* i *bronchopneumonia*, nerki przedstawiają wszystkie zmiany, cechujące chroniczne zapalenie, mózg bledy, lekkie rozmiękczenie, *zawoje* mózgowie jakby spleaszczone. Trudno orzec, czy w tych przypadkach obłęd powinien być uważany jako powikłanie, czy też jako obłąkanie samoistne, pierwotne. W 3-ch przypadkach żadnej dziedziczności dowieść nie było można, objawów obłąkania nigdy nie było, a pojawiły się dopiero wraz z cierpieniem nerek. Jedna wprawdzie chora poprzednio już podczas ciąży zapadła na obłęd, który trwał 6 tygodni, lecz trudno powiedzieć, czy wówczas spostrzegany białkomocz był przyczyną cierpienia nerek, czy też zjawiskiem często podczas ciąży się zdarzającym. Zważywszy przytém, że w przypadkach prawdziwego obłąkania chory w ogóle czuje się dobrze, a cierpi tylko umysł jegó, że często obłęd jest częściowy i nie zajmuje w jednakowym stopniu wszystkich władz umysłowych, autor dochodzi do wniosku, że miał do czynienia z obłędem symptomatycznym pomimo długotrwałości objawów. Zostaje on, zdaniem autora, w związku z chroniczném cierpieniem nerek i wy-

wolany jest zatruciem mocznicowém, a nie jakimkolwiek bądź inném. Choroby serca, które w ogóle mogą wywierać wpływ jakiś na mózg i wywołać groźne z jego strony objawy, nie mogą jednak być uważane jako przyczyny zaburzeń umysłowych w przytoczonych wypadkach, gdyż nie występowały jako cierpienie samoistne, lecz jako powikłanie cierpienia nerek.

L. Krause.

243. D'ESPINE. *Essai de cardiographie clinique pour servir à l'étude des modifications du premier bruit et des chocs multiples.* (*Rev. de Méd. Janv. et Mars, 1882.*)

Praca ta, przedstawiona na sekcji lekarskiej kongresu międzynarodowego w Londynie, oparta jest na znacznej liczbie kardiograficznych rysunków zdjętych z chorych, jakoteż na doświadczeniach wykonanych na koniu w laboratorium dr. CHAUVEAU i na psie w laboratorium SCHIFFA. Dla otrzymania krzywizn kardiograficznych autor używał wielkiego poligrafu, zbudowanego wedle modelu MAREYA; do pracy dołączył jeszcze 16 spostrzeżeń klinicznych.

Autor najprzód bada fizyologiczne zdwojenie pierwszego tonu sercowego i wykazuje że systola komórek nie jest jednym skurczem mięśniowym, lecz składa się z kolejnych częściowych skurczów, między którymi odróżnia *pulsacyję mitralną*, która zamyka zastawki ujścia żylnego i wypędza krew do aorty i *pulsacyję aortyczną* wypychającą krew aż do ostatecznych rozgałęzień tętniczych. Pulsacyja mitralna bywa już to pojedyncza, już podwójna. Pojedynczej odpowiada zawsze jeden pierwszy ton sercowy; im bardziej zaś dwie pulsacje mitralne są oddalone i im są wyraźniejsze, tém wyraźniejsze jest zdwojenie pierwszego tonu i zbliża się tém więcej do prawdziwego szmeru cwałowego (*bruit de galop*). Pierwszy ton nigdy nie bywa rozszczepiony, albowiem systola jest zawsze jednoczesna w obu polowach serca; autor tym sposobem nieprzyjmuje

teoryj które usiłują tłómaczyć szmer cwałowy przez niejednoczesne kurczenie się (*asynchronizm*) obu komórek serca. Przeciwnie, rozszczepienie drugiego tonu może istnieć, albowiem zastawki półksiężycowe w aorcie i tętnicy płucnej mogą się zamykać niejednocześnie.

Następnie przechodzi autor do podwójnych uderzeń diastolicznych, które wyraźnie występują tylko przy niedomykalności zastawek aorty, z następczém znaczném rozszerzeniem serca i przy niedomykalności i jednoczesném zwężeniu lewego ujścia żylnego; potem bada szmery cwałowe; rozróżnia szmer cwałowy lewostronny spowodowany podwójnym uderzeniem zastawki dwudzielnej, pod wpływem nadmiernego ciśnienia w aorcie, głównie zdarzającego się w przebiegu chorób nerek, jakoteż szmer cwałowy prawostronny, wywołany podwójnym uderzeniem zastawki trójdzielnej, w pewnych przypadkach nadmiernego ciśnienia w tętnicy płucnej (zastoje w płucach, pneumotyfus etc.). Mechanizm podwójnego uderzenia zastawek nie jest jeszcze zbadany, zdaje się, że koniecznym warunkiem jest zwiększenie ciśnienia tętniczego.

Ostatni rozdział poświęcony jest chorobom serca którym nie towarzyszy szmer cwałowy; pierwszy szmer sercowy jest zawsze pojedynczy przy zwężeniu aorty czystém lub połączoném z niedomykalnością (jeżeli tylko serce prawie nie jest dotknięte), przy czystej niepowiklanej niedomykalności zastawek aorty, przy niedomykalności zastawki dwudzielnej skompensowanej, przy anemii i chorobie BASEDOWA.

K. F.

244. Pr. LECORCHÉ. Zapalenie śródsierdzia jako powikłanie cukromoczu. De l'endocardite diabétique. (*Archives générales de médecine. Avril 1882*).

Już dawniej spostrzegano przy cukromoczu zmiany w układzie krążenia, mianowicie w ścianach małych tętnic, i na tój podstawie objaśniano tak częste u diabetyków wylewy krwawe w siatkówce i

przypadki suchej zgorzeli. Według autora, nierzadko w ciągu tój choroby zjawia się zapalenie śródsierdzia, jako powikłanie ciężkie, dobijające chorego.

Proces najczęściej bywa umiejscowiony na dwudzielnej zastawce, czasem zajmuje ujście aorty i ściany tętnic. Powikłanie to spostrzegano w podostrawej, najczęściej w przewlekłej postaci cukromoczu. Autor widział 14 przypadków, dziesięć razy u kobiet, w wieku od 27 do 78 lat, cztery razy u mężczyzn w wieku od lat 31 do 53; chorzy ci nie przechodzili nigdy gośca, u kilku z nich można było spostrzegać rozwój procesu od samego początku.

Zmiany na śródsierdziu rozwijają się dopiero po dłuższém trwaniu cukromoczu: w trzecim roku choroby, w piątym, nawet w dwunastym, w jednym tylko razie widziano je już w piątym miesiącu.

U wszystkich chorych cukromocz był rozpoznany na pewno, natężenie jego bywało bardzo rozmaite, ilość cukru wahała się od 50—100 grm. do 480 na dobę. Ilość moczu nie była bardzo znaczna, przecięciowo pięć litrów. W jednym przypadku ilość dochodziła do 10,12 litrów, później, po rozwinięciu się zmian w sercu spadła do 2 1/2 na dobę. Zapalenie śródsierdzia zdaje się wpływać na zmniejszenie ilości moczu, zapewne zmniejszając działalność serca. Czasem jednocześnie zmniejsza się i ilość cukru, zjawisko to jest jednak tylko przypadkowe, gdyż u jednego z chorych, pomimo bardzo wyraźnych zmian na śródsierdziu, ilość cukru była ogromną i dochodziła 415 grm. na dobę.

W żadnym z opisanych przypadków nie widziano białkomoczu, ani też jakichkolwiek zmian w nerkach.

Zmiany na śródsierdziu bywają zwykle rozpoznawane przypadkiem: czasem zdradzają je bóle w okolicy serca, uczucie ciężaru, mocne bicie serca, dopiero po upływie dłuższego czasu zjawia się obrzęk dolnych kończyn. Wtedy, badając serce, można wysłuchać przy wierzchołku szmer

dmuchający przy pierwszym tonie, najwyraźniejszy przy jego końcu. Raz tylko oprócz tego słychać było przy podstawie szmer również podmuchowy, przy pierwszym tonie rozszerzający się wzdłuż aorty. Czasem widziano w ścianach tętnic zmiany charakteru zwyrodnienia kaszkowatego.

W niektórych razach nie było słychać szmeru, a zmian na śródserdziu można było się domyślać ze względu na nieprawidłowość tętna, obrzęk nóg, dla objaśnienia którego nie było żadnej innej przyczyny. Obrzęk ten nieznaczny z początku, powoli przybiera coraz większe rozmiary, a w końcu staje się ogólnym. Zapalenie śródserdzia zadaje zwykle ostateczny cios choremu. Na 14 opisanych przypadków, 9 chorych zmarło z jego przyczyny i to w dość prędkim czasie, u pozostałych chorych, żyjących dotąd, zmiany w sercu są b. mało rozwinięte.

Biorąc pod uwagę stan wysokiego wycieńczenia i niedokrwistości chorych można by przypuścić, że szmer w sercu jest po prostu tak zwanym szmerem anemicznym, jednak umiejscowienie jego, sposób rozszerzania się-- stanowczo temu przeczą. Objasnianiu zaś zjawisk obrzękowych przez osłabienie czynności serca z powodu zwyrodnienia mięśnia sercowego nie odpowiada widziana stale w początku silna działalność serca, wzmagająca się niekiedy do bicia serca (*palpitatio*). Można, zdaje się na pewno przypuścić, że mamy do czynienia z zapaleniem śródserdzia zależnym od cukromoczu, a to na podstawie dość stałego związku tych zjawisk, w którym trudno upatrywać prostego tylko przypadku i powtóre: udaje się niekiedy zauważyć rozwój tego powikłania, już po dłuższym trwaniu cukromoczu, u osób, które nigdy przed tem nie przechodziły goścca.

Autor wyklucza także możliwy wpływ nadużyć wysokowych. Zdaje się więc, że pomiędzy cukromoczem i zapaleniem śródserdzia istnieje związek przyczynowy. Za-

pewne zwiększona znacznie ilość cukru we krwi tych chorych wywołuje przez dłuższy przeciąg czasu pewne zmiany odżywcze w śródserdziu, rozwijające się bardzo wolno, bez poruszeń gorączkowych.

Podobny szkodliwy wpływ cukru widział autor i w innych narządach. Tak na przykład opisał przypadek marskości wątroby, zależny zdaje się jedynie od tegoż czynnika. Cztery razy autor obserwował także zapalenie wątroby, objawiające się żółtaczkowym zabarwieniem skóry, bolesnością w prawym podżebrzu, gorączką i właściwą zmianą moczu, w którym jednocześnie ilość cukru znacznie się zmniejszała. Samo podwyższenie ciepłoty nie wywiera wpływu na ilość cukru, gdyż przy gorączce od innej przyczyny zależnej, ilość cukru nie zmieniała się bynajmniej. Zjawisko powyższe autor uważa za jeden z dowodów więcej dla przypuszczenia, że wątroba jest właściwym źródłem cukromoczu.

Nawet nerki nie zachowują się tu obojętnie i chociaż nie można zauważyć w nich śladów zapalenia, to jednak ich czynność zdaje się zmieniać, mianowicie zdolność wydzielania cukru.

Nieraz bowiem zmniejszała się ilość cukru w moczu, czego nie można było przypisać ani leczeniu ani jakimkolwiek powikłaniom; równocześnie występowały objawy ogólnego zakażenia krwi, tak zwana *acetonaemia*. Może być że niewydzielany więcej przez nerki cukier nagromadza się we krwi w ogromnej ilości i wywołuje wyżej wspomniane objawy.

O. Hewelke.

245. Prof. E. LEYDEN. **Gorączka przepuszczająca i zapalenie wśierdzia.** (*Ztschr. f. klin. Med. Bd. IV, Hft. III*).

Gorączka przepuszczająca w przebiegu zapalenia wśierdzia, a zwłaszcza dreszcze wstrząsające, są to objawy powszechnie znane, znaczenie ich niedosyć jednakże zostało zbadanem. Oprócz TRAUBEGO i FRÄNKLA, którzy takie dreszcze w zapaleniu płuc i reumatyzmie, po-

wikłanych z zapaleniem wsierdza, spozstrzegali, ROSENSTEIN odróżnia: typ tyfoidalny i typ ropnicowy tej choroby. Pierwszy bywa bardzo podobnym do tyfusu, drugi cechuje się przerzutami. LITTEN mówi o gorączce z dreszczami tylko przy zapaleniu wsierdza wrzodziejącym, przy t. zw. zaś reumatycznym ich nie spozstrzegali.

Autor, ze względu na pewne odrębne cechy tych dreszczy, dzieli je na 4 grupy: 1. Do pierwszej zalicza te przypadki, w których zapalenie wsierdza łączy się ze sprawami ropnicowymi i posocznicowymi. Głównie należy tu gorączka połogowa, zwłaszcza w późniejszych okresach połogu; dalej posocznica pooperacyjna, zapalenie żył, a nawet ropień wątroby. 2. Drugą grupę stanowią przypadki, gdzie zapalenie wsierdza poprzedza silna, lecz nietypowa gorączka.

W trzeciej i czwartej grupie przebieg gorączki odpowiada mniej więcej typowi przepuszczającemu (*intermittens*), najczęściej codziennie lub co drugi dzień. Tu znów rozróżnić należy: a) gorączkę przepuszczającą bez wady sercowej, którą stwierdzić niekiedy można dopiero w końcu choroby — i b) także gorączka powstaje u chorego ze zrównoważoną wadą zastawkową, która przed dłuższy czas wszelako żadnych zaburzeń czynnościowych nie powodowała.

Pod lit. a wyrażona gorączka bywa nader trudną do rozpoznania; obrzmienie śledziony nasuwa przypuszczenie zimnicy, lecz chinina nie działa tu wcale, a chorzy po krótkim czasie umierają z wyniszczenia.

W ostatniej, najciekawszej grupie, wada sercowa istnieje oddawna, lecz nie zwraca na się uwagi chorego, z powodu bardzo niewyraźnych objawów. Nieznaczną przyczyną jest w stanie wywołać gorączkę przepuszczającą, którą i chory i lekarz poczytują za zimnicę. Autor spozstrzegali 4 tego rodzaju przypadki; w jednym była niedomykalność zastawek aor-

ty, w drugim zastawki dwudzielnej. Po kilkakrotnym bezskutecznym używaniu chininy chorzy szybko poczęli chudnąć i wreszcie jeden z nich umarł przy objawach zgorzeli palców (skutkiem zatoru) i zapalenia osierdza. Z pozostałych dwóch przypadków, zakończonych także śmiercią, jeden chory miał wadę zastawkową w następstwie rzeźączkowego zapalenia stawów, drugi w skutek zimnicy.

Wszyscy wzmiankowani chorzy z tej przyczyny na uwagę zasługują, iż do dawnego, pomyślnie zakończonego, zapalenia wsierdza przyłączyła się bardzo złośliwie przebiegająca gorączka przepuszczająca. Oględziny wykazały wszędzie grzybkowe zapalenie wsierdza. Tak nagłe występowanie groźnych objawów objaśnić można tylko przenikaniem do ustroju pierwiastków zakaźnych, które osiadają na zastawkach, już poprzednio chorobowo zmienionych i przeto skłonnych do dalszych zmian patologicznych. Zagojenie się wrzodów na zastawkach serca jest bardzo utrudnionem z powodu osiadania na nich mass włóknikowych. W dalszym ciągu rozwija się następnie zapalenie mięśnia sercowego, które w połączeniu z niszczącą gorączką powoduje osłabienie czynności serca, wychudnienie, niedokrwiistość i śmierć.

W końcu stawia autor pytanie, czy przytoczone przypadki należy zawsze uważać za bezwarunkowo śmiertelne? Sądzi on, iż przy łagodniejszym przebiegu cierpienia może jeszcze nastąpić zarośnięcie owrzodzeń za pomocą zwapnienia narośli. Przed niedawnym czasem autor obserwował pewną chorą z przerostem prawej komórki i szmerem skurczowym u wierzchołka, która 3 lata temu przechodziła zimnicę, gdy mieszkała w wilgotnym, świeżo zbudowanym domu; peryjodyczne dreszcze ustąpiły dopiero po dwóch latach, t. j. z chwilą opuszczenia dotychczasowego mieszkania, pozostały jednakże objawy niedomykalności zastawki dwudzielnej.

Pacanowski.

246. Prof E. LEYDEN. **Cierpienia serca przy błonicy.** (*Ztschr. f. klin. Med. Bd. IV. Heft. III. p. 334*).

Śmiertelne zejście błonicy gardzieli przy objawach zapaści (*collapsus*) BRETONNEAU przypisywał tworzeniu się błon wrzekomych w krtani i tchawicy. Lecz już TROUSSEAU, SMITH, THOMPSON często nie znajdowali przy sekcji podobnych tworów w drogach oddechowych, a z drugiej strony choroby po tracheotomii umierali z oznakami zapaści serca. Śmierć podług autorów powyższych następuje w skutek bezwładu serca, a to mianowicie przez tworzenie się skrzepów w jamach komórek (THOMPSON, WERNER, WINKLER, RICHARDSON etc). Z autorów francuzkich BEVERLEY poszukuje przyczyny tworzenia się skrzepów w porażeniu nerwu błędnego; LABADIE-LAGRAVE uważa skrzepy za następstwo zapalenia wsierdza, zwłaszcza w okolicy zastawek żylnych; wsierdzie bywa w tych miejscach zaczerwienionem i pokrytém drobnymi skrzepami włóknika (*excrescences miliaires*). Natomiast CALANDREAU-DUFRESNE, BEAUVERDENY oraz niektórzy z niemieckich autorów są przeciwnego zdania i poczytują skrzepy w sercu za zjawisko pośmierne, będące raczój skutkiem, nie zaś przyczyną osłabienia serca.

Z powodu takiej niezgodności poglądów zwrócono głównie uwagę na badania drobnowidzowe. Większa część badaczy znalazła wynaczynienia w substancji serca wraz ze zwyrodnieniem tłuszczowém włókienek mięsnych tegoż, ROSENBACH zaś także zwyrodnienie woskowate; tkanka łączna pomiędzy włóknami napęczniała i gdziegdzie z drobnokomórkowém nacieczeniem.

Zestawiając wszystkie powyższe teoryje i porównyując je z trzema własnymi spostrzeżeniami, autor przychodzi do wniosku, że przy dyfterycie występuje ostre typowe zapalenie mięśnia sercowego, cechujące się bujaniem jąder w tkance łącznej międzymięśniowej z następczém wy-

tworzeniem ognisk zanikowych, napelnionych masami barwnikowemi. Zapaleniu temu towarzyszy przeistoczenie tłuszczowe, wszelako w niewielkim stopniu i głównie w pierwszym gorączkowym okresie choroby. Natomiast w ścisłym związku z zapaleniem mięśnia sercowego są wynaczynienia, rozszerzenie komórek serca, zakrąglenie wierzchołka, co wszystko powoduje ostatecznie bezwład serca; zatem nerw błędny na ten ostatni żadnego nie wywiera wpływu.

Zapalenie powstaje skutkiem zakażenia (*infectiöse Myocarditis*), podobnie jak to ma miejsce z takimże zapaleniem nerek. W lżejszych przypadkach nastąpić może wyzdrowienie; serce powraca do stanu normalnego lub pozostają drobne ogniska zapalne, nie będące w stanie tamować czynności serca.

Objawy ze strony serca przy dyfterycie występują zarówno na szczycie natężenia sprawy chorobowej, jakoteż w okresie zdrowienia. Ostatni rodzaj jest praktycznie daleko ważniejszym i dla tego przez długi jeszcze czas wymaga troskliwego nadzoru lekarskiego. Przy cierpieniu serca podczas przebiegu dyfterytu bywa: duszność, niepokój, twarz blada, rysy zapadłe, zimne kończyny oraz drobne, niemal nitkowate tętno; stan bezgorączkowy; przytomność do końca prawie zachowana (RICHARDSON, LABADIE-LAGRAVE, OERTEL). Objawy sercowe w okresie zdrowienia po dyfteryci mniej dokładnie są zbadane. DUBISAY, który przedmiot ten szczegółowiej opracował, zaznacza, iż czynność serca bywa nieprawidłową, zwolnioną, albo też istnieją napady duszniczy z ogólnem osłabieniem ciała, co wszystko badacz ten czyni zależnym od wessania swoistego jadu dyfterycznego.

Na objawy powyższe zazwyczaj mało się zwraca uwagi, przypisując takowe wycieńczeniu skutkiem ciężkiej choroby zakaźnej. Najważniejszymi są: napady bicia serca, duszności, zawrotów, szczególniej po każdym żwawszém poruszeniu; tę-

tno małe, łatwo ucisnąć się dające, nieco przyspieszone. Tony sercowe są czyste, stłumienie serca niezmienione. Niekiedy można zauważyć rytm cwałowy, który autor poczytuje za najlepszą cechę rozszerzenia lewej komórki wraz z niejednostajnym jej kurczeniem się. Wymioty są także bardzo ważnym objawem, wzniesają bowiem obawę zagrażającego bezwładu serca. Ich powstawanie objaśnić można irradycyją ze strony nerwu błędnego.

Leczenie objawów sercowych przy błonicy powinno być głównie podniecające, nie zaś ograniczać się do środków miejscowych tylko. Należy również unikać leków, powodujących osłabienie czynności serca, jako to: większe dawki kwasu salicylowego, pilokarpina, wymiotne etc. W rekonwalescencji po dyfterycie zaleca się choremu przedewszystkiem spokój pod każdym względem oraz dyjetę pokrzepiającą, ale nie podniecającą. Przy dobrym stanie żołądka przetwory żelaza, chinę, małe dawki strychniny. W razie rozszerzenia lewej komórki sercowej umiarkowane dawki naporstnicy.

Pozostaje jeszcze rozstrzygnąć pytanie, czy podobne objawy ze strony serca, jak po błonicy, nie bywają następstwem innych także chorób zakaźnych. Bacząc na wiele wspólnych cech i podobieństwo objawów pomiędzy rozmaitemi chorobami zakaźnymi, jakoteż na częste powikłania takowych cierpieniem nerek, układu nerwowego i t. p., można z góry przyjąć, iż to samo odnosi się i do serca; STOLL zauważył np. przyspieszenie tętna przez długi przeciąg czasu po chorobach gorączkowych. Najwięcej znane są zmiany w sercu przy reumatyzmie stawowym, nietylko w postaci zapalenia osierdzia lub wsierdzia, lecz i mięśnia sercowego wraz z rozszerzeniem lewej komórki, nawet bez występowania wady zastawkowej (TRAUBE).

Wiele podobieństwa z błonicą ma pod względem objawów sercowych tyfus; wcale nie rzadkie są przypadki zejścia śmier-

telnego skutkiem osłabienia czynności serca, kończące się bezwładem. Zmiany anatomiczne serca bywają przytém nieznaczne i występują niekiedy pod postacią nacieżeń drobnokomórkowych pośród włókien mięsnych. Pacanowski.

246. WILLIAM ROBERTS. **Fermenty trawienne. Przygotowywanie i stosowanie pokarmów sztucznie przetrawionych.** (Les ferments digestifs. La preparation et l'emploi des aliments artificiellement digérés. Paris, 1882 str. 126).

Sprawa trawienia u zwierząt jest według autora aktem czysto chemicznym. Operacje fizyczne i mechaniczne wykonywane w ustach i w żołądku stanowią tylko wstęp, przygotowanie pokarmów do zmian chemicznych, jakim one pod wpływem fermentów w kanale pokarmowym ulegają. Działanie fermentów jest bardzo skomplikowane. Pokarmy krochmalowe przechodząc przez kanał pokarmowy są atakowane w dwóch punktach przez dwa fermenty identyczne. Pokarmy białkowe są również atakowane przez dwa fermenty, różne co do zachowania się, ale prawie jednakowe co do działania. Nadto w soku żołądkowym i trzustkowym znajduje się ferment ścinający mleko, a w soku kiszkowym ferment zmieniający cukier trzcinowy. Wszystkie te fermenty są rozpuszczalne czyli nieorganizowane Są one produktem komórek, produktem białkowym, obdarzonym szczególną siłą działania na pokarmy. Ta siła, różna w rozmaitych fermentach stanowi właśnie ich najcharakterystyczniejszą cechę. Materjalnie rzeczy biorąc przekonywamy się, iż wszystkie te fermenty pod względem fizycznym i chemicznym są prawie jednorodne, zbliżają się najbardziej do materji proteinowej, zawierają węgiel, tlen, wodór i azot w tym samym stosunku co ta ostatnia. Wszystkie one są rozpuszczalne w wodzie i przechodzą, jakkolwiek z trudnością przez błony zwierzęce. Strącają się z roztworów wodnych przez czysty wyskok, lecz zebrany osad znowu

się w wodzie rozpuszcza i odzyskuje swą siłę pierwotną (czem różni się od ciał białkowatych z wyjątkiem peptonu). W cieplocie wyższej nad 71° C. fermenty w mowie będące krzepną i tracą na zawsze swą charakterystyczną siłę.

Zmiany powstałe w pokarmach w skutek działania fermentów nie są zbyt głębokie. Są to w ogóle sprawy rozszczepiania i hydratacyi, których to spraw ostatecznym wynikiem jest większa rozpuszczalność i znaczniejsza własność dyfuzyjna pokarmów. Zmiany te można również wywołać za pomocą innych czynników np. wysokiej ciepłoty lub długiego gotowania. Fermenty więc wywołują łatwo i prędko te zmiany w pokarmach, dla sprowadzenia których w laboratorjach trzeba używać działania gwałtownego lub bardzo długo trwającego.

Przygotowywanie sztucznych soków trawiennych. Ponieważ wyciągi wodne gruczołów wchodzących w skład narządu trawienia bardzo prędko ulegają gniciu, przeto rozmaici autorowie starali się o zastąpienie wody innym jakimś płynem, mającym przeciwgnilne własności (gliceryna, roztwór soli kuchennej i t. p.). R. w tym celu zaleca następujące płyny: 1) roztwór kwasu bornego i boraksu, zawierający 3-4% mieszaniny złożonej z $\frac{2}{3}$ kwasu bornego i $\frac{1}{3}$ boraksu; 2) wyskok rozcieńczony, zawierający 12-15% czystego wyskoku; 3) roztwór 0,5% chloroformu. Autor najczęściej używa roztworu wyskoko-wego.

Fermenty dyjastazyjne. Trawienie krochmalu. Na ziarna krochmalowe niepełnięte dyjastaza wywiera wpływ bardzo nieznaczny. Pokarmy krochmalowe podajemy właśnie gotowaniu, aby ziarna popękały i aby krochmal pod wpływem wody przyjął postać klajstrowatą. W tym tylko stanie pokarmy krochmalowe mogą być przez soki przewodu pokarmowego strawione. Najpierw taki klajster (kasza, ciasto i t. p.), mniej lub więcej gęsty, pod wpływem śliny lub soku trzustkowego

ulega zupełnemu rozpuszczeniu, tworzy się płyn wodnisty. Następuje to bardzo prędko, we 2 — 3 minut. Bezpośrednio potem następuje zamiana krochmalu na cukier. Za pomocą jodu możemy śledzić stopniowe przemiany krochmalu. Skoro tylko ten ostatni uległ rozpuszczeniu, możemy już za pomocą roztworu FEHLINGA wykryć ślady cukru, przyczem jod wywołuje wyraźną niebieską barwę. Następnie reakcja na cukier stopniowo się zwiększa, a jod zamiast niebieskiej wywołuje barwę ciemno-fioletową, co okazuje że część krochmalu przeszła w erytrodekstrynę. Dalej za pomocą jodu otrzymujemy barwę brązno-czerwoną będącą dowodem, że prawie cały krochmal zamienił się na erytrodekstrynę. Barwa brązno-czerwona, przy dalszym postępie sprawy zamienia się na barwę brązno-żółtawą, zależną od wytworzenia się innego gatunku erytrodekstryny. Jednocześnie ilość cukru coraz bardziej się zwiększa, a jod wywołując barwy coraz słabsze, zupełnie przestaje barwić, poczem jednak sprawa scukrzenia trwa jeszcze przez pewien czas. Nakoniec i ta ustaje, ilość cukru przestaje się zwiększać. Te stopniowe zmiany krochmalu pod wpływem śliny zostały objaśnione przez badania MUSCULUS'A i O'SULLIVAN'A. Autorowie ci wykazali, że dla tego pod koniec sprawy jod nie barwi roztworu, chociaż się cukier ciągle wytwarza, iż z gatunków dekstryny przez jod się barwiącej tworzy się przejściowo cała seryja gatunków dekstryny, które się przez jod nie zabarwiają. Te ostatnie gatunki dekstryny nazwano achroodekstryną. Powyżsi autorowie również wykazali, że wytworzony z krochmalu cukier nie jest cukrem gronowym (*dextrosa*) lecz maltozą. Ta ostatnia należy do klasy cukru trzcinowego (*saccharosa*); ma o jeden atom mniej wody niż cukier gronowy. Siła zwracania światła wynosi + 150, podczas gdy ta sama siła cukru gronowego wynosi + 58. Siła redukcyjna maltozy ma się do si-

Iy redukcyjnej cukru gronowego jak 6:100. Maltoza może być zamieniona na cukier gronowy przez długie gotowanie w rozcieńczonych kwasach. ROBERTS się przekonał że *zupełnie tak samo jak ślina, działa ferment dyjastazyjny kiszek cienkich i ferment soku trzustkowego.*

Ostatecznym więc produktem trawienia krochmalu jest maltoza. Jednakże nie cała ilość achroodekstryny przechodzi w maltozę, pozostaje zawsze pewna jej część, która dalszym przemianom nie ulega. Stosunek pomiędzy wytworzoną maltozą a pozostałą achroodekstryną wyrażają cyfry 8:2.

Zmiany krochmalu pod wpływem fermentów dyjastazyjnych przychodzą do skutku za pomocą rozszczepiania się i hydratacyi rozszczepionych cząstek krochmalu. Pierwotna cząstka $n[10(C_{12}H_{20}O_{10})]$ przy rozpuszczaniu się krochmalu, w skutek działania fermentu, rozpada się na cząstki mniejsze $10(C_{12}H_{20}O_{10})$. Od tej mniejszej, jednak jeszcze złożonej cząstki, w dalszym przebiegu sprawy oddzielają się stopniowo cząstki pojedyncze $C_{12}H_{20}O_{10}$, które przez przyjęcie jednej cząstki wody stają się maltozą $C_{12}H_{22}O_{11}$, a pozostałe złożone lecz coraz mniejsze cząstki stanowią z początku (będąc większymi) erytrodekstrynę, a w następstwie (stając się coraz mniejszymi) rozmaite gatunki achroodekstryny.

Wpływ śliny na pokarmy krochmalowe jest nadzwyczaj ważny dla całej sprawy trawienia. Gdyby nasze pokarmy kłajstrowate i ciastowate (kasza, kluski i t. p.) nie rozpuszczały się pod wpływem śliny, to dostawszy się do żołądka nie mogłyby się dokładnie napoić sokiem żołądkowym i stanowiłyby ważną przeszkodę dla sprawy trawienia. Działanie śliny w żołądku trwa dopóty, dopóki zawartość żołądkowa nie stanie się bardziej kwaśną. Ostatecznymi produktami które z krochmalu pod wpływem trawienia powstają są, jakżeśmy widzieli maltoza i achroodekstryna. Ta ostatnia dyfunduje z równą

łatwością jak i pierwsza. ROBERTS utrzymuje, że achroodekstryna, tak samo jak maltoza, zostaje z kanału pokarmowego przez soki ustrojowe wchłonięta i że *stanowi ona źródło substancji bardzo zbliżonej do krochmalu rozpuszczalnego, wytwarzającej się w wątrobie t. j. glikogenu* (który jak wiadomo pod wpływem dyjastazy zamienia się też na cukier i dekstrynę). Według autora prawdopodobniejszém jest, że achroodekstryna a nie maltoza przeistacza się napowrót w tę substancję krochmalową (*glikogen*).

Trawienie cukru trzcinowego. Ferment inwersyjny. Pierwszy CLAUDE BERNARD przekonał się, że cukier trzcinowy przechodzi w kiskach cienkich w dekstrozę (cukier gronowy) i lewulozę, pod wpływem fermentu nazwanego przezeń fermentem inwersyjnym. ROBERTS przekonał się że ten ferment nie jest rozpuszczalny, że przez papier filtrowy nie przechodzi i że sprawa modyfikacyi cukru trzcinowego w kiskach odbywa się bardzo powoli. Wszystkie te okoliczności przemawiają według autora za tém, że ferment inwersyjny jest fermentem organizowanym (*ferment figuré*).

Pepsyna i trypsyna. Trawienie ciał proteinowych. Pokarmy białkowe są atakowane w dwóch punktach przewodu pokarmowego mianowicie w żołądku i w kiskach. Pepsyna działa tylko przy reakcyi kwaśnej, jaką prawidłową zawartość żołądka przedstawia. Trypsyna (jeden z fermentów soku trzustkowego) zaś działa przy reakcyi alkalicznej. Produktem działania pepsyny lub trypsyny na ciała białkowe jest pepton. Według doświadczeń autora pepton bez porównania łatwiej dyfunduje niż ciała białkowe. Różnica pomiędzy działaniem pepsyny i trypsyny (w doświadczeniach na zewnątrz organizmu) jest ta, iż przy działaniu ostatniej obok peptonu tworzy się więcej leucyny i tyrozyny, niż przy działaniu pierwszej. Nadto mleko łatwiej się trawi za pomocą trypsyny, a białko jaj prędzej się

peptonizuje za pomocą pepsyny. Ze względu praktycznych bardzo ważnym jest pytanie: czy sok żołądkowy niszczy własności trypsyny czy też nie? DEFRESNE w końcu 1879 r. wykonał doświadczenia na zasadzie których przyszedł do wniosku, że trypsyna zachowuje swe trawiące własności w obec soku żołądkowego. R. dowodzi, iż wnioski DEFRESNE'A są fałszywe, że zarówno rozcieńczone kwasy jak i naturalny sok żołądkowy niszczą trawiące własności trypsyny, że w celach leczniczych możemy zadawać trypsynę resp. sok trzustkowy tylko w samych początkach trawienia żołądkowego t. j. wówczas gdy jeszcze zawartość żołądkowa nie dosięgła prawidłowego stopnia kwasności, w dalszym zaś przebiegu trawienia żołądkowego na działanie trypsyny zupełnie liczyć nie możemy.

Ferment ścinający mleko. Sok żołądkowy, jak wiadomo, ścina mleko. Sprawa ta zależy w części od kwasu i w części od właściwego fermentu, który za pomocą pewnych manipulacji można otrzymać w stanie odosobnionym. Autor badając działanie soku trzustkowego zrobił odkrycie, że i ten sok zawiera ferment ścinający mleko. Sok żołądkowy zobojętniony zarówno jak i sok trzustkowy ogrzane do 70° C. tracą własność ścinania mleka, co jest dowodem, że własność ta zależy rzeczywiście od fermentu, a nie od jakiegoś ciała nieorganicznego. Ferment ścinający mleko zachowuje się w obec wysoku jak i inne rozpuszczalne fermenty t. j. osadza się, lecz osad nie traci swych własności i w wodzie z łatwością może być rozpuszczony. W soku trzustkowym będący w mowie ferment istnieje niezależnie od trypsyny, gdyż po dodaniu kwasu i następnym zobojętnieniu, sok trzustkowy nie działa na ciała białkowe, lecz ścina, jak i poprzednio, mleko. Niezależność ta objawia się i przy dyfuzji: ferment ścinający mleko przechodzi do płynu zewnętrznego, a trypsyna pozostaje w pierwotnym roztworze.

Ścinanie się mleka w żołądku przychodzi do skutku pod wpływem dwóch czynników, kwasu i fermentu, kwas jednak działa daleko szybciej niż fermenty.

Ferment emulsyjny. Trawienie tłuszczów. Sprawa trawienia tłuszczów, odbywająca się w kiskach, polega prawie wyłącznie na wytwarzaniu emulsji; nieznaczna tylko część tłuszczu ulega rozkładowi, powstają kwasy tłuszczowe, które łącząc się z zasadami wchodzącymi w skład żółci i soku trzustkowego tworzą mydła. CL. BERNARD w ostatniem swem dziele utrzymuje, iż te sprawy przychodzą do skutku za pośrednictwem fermentu emulsyjnego, zawartego w soku trzustkowym. R. przekonał się, że wyciągi trzustkowe, w najrozmaitszy sposób przygotowane wcale obojętnych tłuszczów nie emulsjonują. Fakt ten przemawia przeciwko istnieniu w soku trzustkowym fermentu emulsyjnego, gdyż jeżeliby takowy istniał to by do wyciągów przechodził. R. również się przekonał, że ani wyciągi trzustki ani sama jej tkanina nie są zdolne rozszczepić tłuszczu na glicerynę i kwas tłuszczowy. Z drugiej jednak strony autor rzuca nowe światło na sprawę trawienia tłuszczów. Wiadomo, iż tłuszcz zawierający chociażby nadwyzczaj małą ilość kwasu tłuszczowego z łatwością tworzy emulsję w roztworze dwuwęglanu sodowego. Ponieważ zaś zwykle przez nas używane i mające jak najlepszy smak tłuszcze zawierają prawie zawsze nieznaczną ilość kwasów tłuszczowych, przeto zamiast ich na emulsję z łatwością przychodzi do skutku skoro tylko dostaną się do alkalicznej zawartości dwunastnicy. Niektóre fakty, mianowicie przechodzenie tłuszczów z żołądka do dwunastnicy dopiero pod koniec trawienia żołądkowego i powstające w tym czasie odbijania przypominające kwasy tłuszczowe, pozwalają autorowi przypuścić: że trawienie tłuszczów zaczyna się już w żołądku przez odszczepienie małej ilości kwasów tłuszczowych. Hypoteza powyższa jest tém prawdopodob-

bniejsza, iż rozpad tłuszczów na zewnątrz ustroju przychodzi do skutku pod wpływem bakteryi, a w śluzie żołądkowym można prawie zawsze te ostatnie napotkać.

O pokarmach sztucznie przetrawionych.

Dla przygotowywania pokarmów sztucznie przetrawionych autor wyłącznie używa wyciągów trzustkowych. Sztuczny sok żołądkowy daleko mniej się do tego celu nadaje, gdyż pokarmy białkowe pod jego wpływem tracą swój smak i zapach. Podczas trawienia ciał białkowych za pomocą soku żołądkowego wytwarza się prócz peptonu, cała grupa produktów pobocznych, z których szczególnie jeden odznacza się bardzo przykrym gorzkim smakiem. Pokarmy zaś poddane trawieniu za pomocą wyciągu trzustkowego zupełnie nie tracą ani smaku ani zapachu. Nadto sok żołądkowy działa tylko na ciała białkowe, wyciąg zaś trzustkowy działa jednocześnie jeszcze na krochmal, służyć więc może nie tylko do przetrawiania pokarmów wyłącznie białkowych, ale, co jeszcze ważniejsze, do przygotowywania sztucznie przetrawionych pokarmów z produktów świata roślinnego.

Mleko sztucznie przetrawione. Mleko zawiera wszystkie pierwiastki potrzebne do odżywiania ustroju. Tłuszcz i cukier są wysane przez przyrząd chłonny przewodu pokarmowego, bez żadnej prawie poprzedniej przeróbki, sernik zaś, aby być wessanym musi uleść peptonizacji w żołądku i w kanale kiszkowym. R. peptonizuje w mleku sernik na zewnątrz ustroju i w ten sposób znakomicie ułatwia trawienie mleka osobom dotkniętym rozmaitemi cierpieniami przewodu pokarmowego. Takie sztucznie przetrawione mleko R. przygotowuje w sposób następujący: pół litra mleka miesza ze 125 ct. k. wody i ogrzewa do $+ 60^{\circ}$ C., następnie dodaje 2—3 łyżeczek od kawy wyciągu trzustkowego i 10—20 grm. dwuwęglanu sodu. Całą tę mieszaninę pozostawia przez 1—1½ godz. w ciepłym miejscu pod nakry-

ciem, poczem gotuje ją przez 2—3 minut. Gotowanie to ma na celu zniszczenie fermentu trzustkowego, aby zapobiedz dalszym przemianom, któreby mogły zepsuć smak w ten sposób przyrządzonego pokarmu. W celach leczniczych R. używa mleka w zupełności lnb na wpół przetrawionego.

Kleik sztucznie przetrawiony (z mąki owsianej, sago, mąki grochowej i t. p.). Do przygotowanego w zwykły sposób bardzo gęstego i do $+ 60^{\circ}$ C. ostudzonego kleiku R. dodaje łyżkę stołową dobrego wyciągu trzustkowego i pozostawia go w ciepłym miejscu pod nakryciem. Po upływie kilku godzin, w ten sposób przyrządzony pokarm gotuje i cedzi. Sok trzustkowy działając na kleik zamienia go przedewszystkiem na płyn wodnisty, co przychodzi do skutku z powodu przeistoczenia się krochmalu nierozpuszczalnego w krochmal rozpuszczalny a następnie w cukier. Jednocześnie peptonizują się ciała białkowe. Kleiki sztucznie przetrawione odznaczają się bardzo przyjemnym smakiem.

Kleik na mleku sztucznie przetrawiony przygotowuje się w ten sposób: do gotującego się gęstego kleiku dodaje się równą objętość zimnego mleka, przez co mieszanina przyjmuje ciepłotę $+ 52^{\circ}$ C.; następnie na każde pół litra roztworu dodaje się 2—3 łyżeczek wyciągu trzustkowego i 20 grm. dwuwęglanu sodowego i pozostawia się w ciepłym miejscu na kilka godzin. Po upływie tego czasu mieszanina się gotuje i cedzi. Pokarm w ten sposób przyrządzony ma smak bardzo przyjemny i bywa bardzo dobrze przez chorych znoszony. Sztucznie przetrawionego kleiku można używać do przygotowywania wielu bardzo potraw. Tak np. można na kościach i na mięsie ugotować z niego bardzo smaczny i dobrze przez chorych znoszony rosół, albo też można do niego na gorąco dodać jakiejś galarety, przez co nabiera jeszcze lepszego smaku i większej pożywności.

Rosół sztucznie przetrawiony przyrządza się w sposób następujący: na $\frac{1}{2}$ funta chudego drobno-posiekanego mięsa nalewa się $\frac{1}{2}$ litra wody, w której rozpuszczono 2 drachmy dwuwęglanu sodu, i gotuje się na lekkim ogniu. Po ostudzeniu do $+ 60^{\circ}$ C. dodaje się łyżkę stołową wyciągu trzustkowego, stawia się w ciepłe miejsce i miesza od czasu do czasu. Po jakimś czasie zlewa się część płynną i gotuje się ją przez 5 minut. Rosół w ten sposób przyrządzony zawiera 4,5% części organicznych, z których $\frac{2}{3}$ stanowi pepton. Rosół więc taki pod względem zawartości części proteinowych wyrównywa mleku.

W celu dowiedzenia się czy *pokarmy sztucznie przetrawione* równie dobrze służą do odżywiania ustroju jak *pokarmy naturalne*, R. karmił młode koty z jednej strony mlekiem naturalnym a z drugiej mlekiem sztucznie przetrawionem. Po upływie 20 dni można się było przekonać, że i jednym i drugim kotom przybyło dość dużo na wadze i że koty karmione sztucznie przetrawionem mlekiem bardzo dobrze jały i nic na humorze nie straciły.

Kliniczne obserwacje przekonały autora, że chorzy bardzo dobrze znoszą i z apetytem jedzą pokarmy sztucznie przetrawione. Szczególniej kleik na mleku w opisany powyżej sposób przyrządzony jest znakomitym środkiem dyjetetycznym, którym chorzy mogą się wyłącznie karmić przez wiele tygodni. R. otrzymał znakomite wyniki polecając ten kleik jako wyłączny pokarm chorym na katar żołądka, na wrzód okrągły tego organu (jeden z chorych na wrzód okrągły żołądka przez 6 tygodni żywił się wyłącznie kleikiem na uleku sztucznie przetrawionym, przyjmując dziennie po 1— $\frac{1}{2}$ litra, przez cały czas leczenia czuł się bardzo dobrze, a po 6-ciu tygodniach w zupełności wyzdrowiał, nabrał sił i ciała), zarówno jest on bardzo dobrym pokarmem dla osób dotkniętych zaburzeniami w trawieniu w skutek chorób serca, nerek i wątroby. Autor pro-

ponuje karmić dzieci chore na wymioty i biegunki sztucznie przetrawionem mlekiem, gdyż w kilku wypadkach widział jak najlepsze z takiego karmienia skutki. Dla przetrawienia pokarmów (kleiku, mleka, rosółu z kaszką, bulką i t. p.) wprzód nim one się do żołądka dostaną, autor zaleca niekiedy chorym dodawać do tych pokarmów, na 15 — 20 minut przed jedzeniem, 1 — 2 łyżeczek wyciągu trzustkowego. Przetrawienie (przy ciepłocie $+ 61^{\circ}$ C.) szybko następuje, a sok trzustkowy działa nie tylko na talerzu, lecz i w żołądku, mianowicie tak długo dopóki nie zacznie się wydzielać kwaśny sok żołądkowy.

Wyciągu trzustkowego R. również używa do ławatyw odżywczych. W tym celu do rosółu, mleka, kleiku lub mieszaniny tych pokarmów, przed wstrzyknięciem ich do odbytnicy dodaje 1—2 łyżeczek wyciągu.

M. Rejchman.

248. LANDAU. **Nerka wędrująca u kobiet.** (*Die Wanderniere der Frauen.* Berlin. 1881. 8^o, pag. 104. Cena 2.40 marek).

Po gruntownym przeglądzie literatury (67 autorów) określa autor pojęcie nerki wędrującej, zastanawia się nad anatomiją topograficzną, opisuje położenie nerki i jej związek z sąsiednimi narządami, oraz sposoby jej przyczepienia, poczem przechodzi do statystyki. Ta nie jest znaczną, gdyż zaledwie zdołał z literatury zgromadzić 173 przypadków, z których 152 było nerek *prawych*, 12 *lewych*, a 9 *obu*; gdy inne zestawienie wykazuje 114 nerek *prawych*, 24 *lewych* a 19 *obu*. Na 97 przypadków dostrzeżono nerki wędrujące 87 u *kobiet* a 10 u *mężczyzn*. Z anatomii patologicznej dowiadujemy się, że na 6,000 sekcij znalazł VIRCHOW tylko 4 przypadki nerki wędrującej. Autor *in extenso* opisuje z literatury zgromadzone 17 przypadków oględzin pośmiertnych.

Przyczyny i sposób powstawania nerki wędrującej według różnych autorów bywają rozmaite. Jednym z najważniejszych

i najczęstszych czynników jest *zamknięcie tłuszczu w pochewce tłuszczowej i zwiótczenie otrzewnej zwłaszcza, jeśli się to śpiesznie dzieje, gdyż wtedy tkaniny nie mogą się zaakomodować: jak to ma miejsce po chorobach ostrych. Najwybitniejszą rolę w genezie nerki wędrującej u kobiet odgrywają zбочenia w powłokach brzusznych a mianowicie *brzuch obwisły*, do czego usposabiają porody (wszystkie przypadki autora).*

Na związek między *chorobami narządu rodowego a puchliną nerki* (hydronephrosis) zwracał uwagę już MORGAGNI, WALTER, VIRCHOW, SÄXINGER i inni, którzy spotykali takową częściej u kobiet, i wyprowadzali ją z ucisku moczowodów macicą ciężarną, zgiętą lub obniżoną albo też z ucisku nowotworami, wypocinami lub bliznami po zapaleniu około macicy.

Fizyczną przyczyną usunięcia się nerki jest albo *ciśnienie od góry* albo *ciągnięcie z dołu*. Wielu podaje, że *uraz* bywa przyczyną nerki wędrującej, w podobny sposób działają wysilające a częste *porody*, uporczywe a silne *kaszle*, zwłaszcza przy ogólném wyniszczeniu, szkodliwém też bywa *dźwiganie* ciężarów i *parcie* na stolec. CRUVEILHIER obwinia gorset, iż gniotąc wątrobę wyciska z pod niej nerkę—na co autor się nie zgadza. Prawa nerka wędrująca ma być częstsza niż lewa, według jednych dlatego, iż prawa nerka jest cięższą, ale temu zaprzeczono, według GUÉNEAUA dlatego, iż istnieje większa skłonność do nachylania się macicy w czasie ciąży w stronę prawą, lecz bliższego związku nie rozjaśnia. LANCEREAUX upatruje przyczynę w związku między prawym splotem jajnikowym a nerkowym. ROLLET i inni obwiniają sam ucisk wątrobą jako cięższym narządem od śledziony, zaś LANDAU wszystkim tym czynnikom małą przypisuje wagę, a szuka przyczyny w *położeniu jelita grubego*.

Na *objawy* nerki wędrującej różni autorowie różnie się zapatrują: gdy jedni uważają to cierpienie za mało znaczące, to

KEPPLER uważa je za bardzo groźne. Tylko wyjątkowo, osoby względnie zdrowe, niedoznają większych dolegliwości, zwykle zaś nerka ugnięta i nacięga pnie nerwowe, naczynia i trzewia, przez co sprawia liczne zбочenia funkcjonalne, fizycznie i psychicznie gnębi chorego. *Zaburzenia nerwowe* bywają bardzo częste, jak *hysterja*, *nerwobóle*. Mogą też być uciśnięte naczynia zwłaszcza *żyła wrotna* z całym szeregiem następstw. *W przewodzie pokarmowym* liczne spotyka się zбочenia, *żółtaczka* bywa częstą. Zjawiska „*uwięzienia nerki*“ rozmaicie tłumaczono. Autor omawia zapatrywanie DIETLA, GILEWSKIEGO i in., poczem przedstawia, że przyczyna tych zjawisk zależy od zбочeń w krążeniu nerki skutkiem skręcenia lub zagięcia naczyń nerkowych zwłaszcza żyły.

Rozpoznanie nerki wędrującej jest łatwém, gdy ją można wymacać, zwłaszcza jej wnękę, w przeciwnym razie trudności nasuwają się liczne i snadnie można się pomylić: już to nie rozpoznaje się takowej, już też inne cierpienie uważa się za nerkę wędrującą. *Rokowanie* quoad vitam jest pomyślne, lubo przy puchlinie nerki i przy ropniach okołonerkowych niebezpieczeństwo jest znaczne, ale daje się zwalczyć leczeniem.

Sama nerka wędrująca zwykle nie wymaga *leczenia*, lecz takowe ma być skierowaném już to do przyczyny, która takową wywołała, już też do skutków. Utrzymanie nerki w jej naturalném położeniu jest bardzo trudne, a wszelkie przyrządy do tego celu służące mające, zwykle jeszcze pogorszą sprawę i dla tego usiłowano drogą operacyi jużto wgajać nerkę w okolicę lędźwiową, już też usunąć ją zupełnie. Przy zdrowych nerkach wędrujących i jedno i drugie jest nieusprawiedliwioném.

Skórczewski.

249. SKÓRCZEWSKI. **Spostrzeżenia nad nerką wędrującą.** (*Przegląd Lekarski* 1882. Nr. 1, 2).

Praca LANDAUA skłoniła autora do na-

kreślenia swych spostrzeżeń a to raz dla tego, że pod wielu względami doszedł do odmiennych wniosków, a powtóre dla tego, że materiały statystyczny w ogóle jest mały (173 przypadki), przeto 35 przypadków jakie obserwował, uważać należy za ilość bardzo znaczną. Zestawiwszy w odpowiednie grupy swe spostrzeżenia porównywa je ze spostrzeżeniami w dziełku LANDAUA, z czego okazują się następujące różnice:

Co do częstości występowania nerki wędrującej najwyższy odsetek podany przez ROLLETA wynosi 0.4% ogólnej ilości chorych, gdy z zestawienia S. wypada 2.4%. LANDAU znalazł stosunek pojawiania się nerki wędrującej *u kobiet i u mężczyzn* 89:9, gdy S. podaje 31:8. LANDAU i inni mniemają, że nerka wędrująca występuje jeżeli nie wyłącznie to przeważnie u osób z niższych *warstw społecznych*, tymczasem omawiane 34 przypadki odnoszą się do osób z wyższych warstw. W końcu stosunek osuwania się nerki *prawej a lewej* nie jest zgodny u obu autorów, LANDAU podaje go na 88:12, gdy S. na 60:40. W ogóle ani jednym ani drugim liczbom nie należy przypisywać bezwzględnej wartości, są one zbyt małe, aby upoważniały do stanowczych wniosków,—na co autor zwraca uwagę,—należy je jednak skrzętnie gromadzić.

Brzucha obwisłego w żadnym z tych 35 przypadków nie było, a więc w genezie cierpienia nie może on odgrywać téj roli jaką mu LANDAU przypisuje; podobnie nie należy upatrywać ściślejszego związku *porodów* z osuwaniem się nerki, gdyż w śledzonych przypadkach 16 kobiet nie rodziło a 19 rodziło. Za to często dostrzega się związek między *zimniczemi obrzękami śledziony* i wątroby a nerką wędrującą: tylko 3 przypadki lewej nerki wędrującej były bez obrzęku śledziony, a 13 takowy towarzyszył.

Zboczenia w przewodzie pokarmowym przy nerce wędrującej często występują bo 80%. Równie częste bywają *zboczenia*

nerwowe, ale *hysterja* nie bywa tak częstą jak LANCERAUX podaje (100%) lub CHROBAK (42%), bo zaledwie 14%. Czy istnieje jaki bliższy związek między *chorobami narządu rodneg* a nerką wędrującą o tém można powątpiewać, dopóki nie zgromadzi się odpowiedni materiał statystyczny, który jak do dzisiaj jest bardzo skąpy a co gorsza stroniczy. *Skórczewski.*

250. HAMPEL. 14 przypadków włośnicy. (*St.-Petersb. Medicin. Wochenschr.* 1882. Nr. 11).

H. miał sposobność obserwować całą rodzinę, składającą się z 14 osób (8 dorosłych, 6 dzieci) zapadłą na włośnicę z powodu spożycia surowej szynki. U 8 już po tygodniu wystąpiły objawy, cechujące ową chorobę: znaczne osłabienie, niechęć do pracy (u 4 tylko wymioty i rozwolnienie), a po 14 dniach lekkie obrzmienie powiek, następnie twarzy, ból mięśniowy w ramionach i kończynach dolnych, bezsenność. U 6 pozostałych objawy te wystąpiły dopiero po 3 tygodniach. Rozpoznanie i bez tego nieprzedstawiające żadnych trudności, potwierdziła obecność włośni w resztkach mięsa, badanego pod drobnowidzem, jak również w mięśniach zmarłej kucharki. Po zastosowaniu środków rozwalniających, następnie gliceryny i kwasu karbolowego (6 gran dziennie) wszystkie przypadki prócz jednego zakończyły się wyzdrowieniem. Autor zwraca uwagę, że objawy wystąpiły *najwcześniej po 8 dniach od spożycia szynki*, gdyż zarodki włośni dopiero po 7 dniach pojawiać się mogą i swój wpływ na ustrój wywierać. Zaburzenia kanału pokarmowego, występujące zaraz lub w krótkim czasie po spożyciu szynki nie mogą być uważane jako objawy włośnicy, lecz jako pochodzące z innych szkodliwych przyczyn. Przypadek, który się zakończył śmiercią, dotyczył 20-letniej kucharki, u której objawy zupełnie były podobne do tyfusowych: brzuch cokolwiek wzdęty, niebolesny, śledziona powiększona, język su-

chy, rozwolnienie, ciepłota podniesiona, tętno przyspieszone, ból w mięśniach, obrzęk powiek i twarzy. Wkrótce dołączyły się objawy mózgowie, upadek sił i chora zmarła. Przy sekcji znaleziono: przekrwienie mózgu i jego opon, wątroby, śledziony i nerek, płuca i serce normalne, również kanał pokarmowy, w przeponie obecność włośni.—(Ob. *Kron. Lek.* 1882. Nr. 7, str. 290). *L. Krause.*

II. Gyniekologija i PEDIATRYJA.

251. Dr. GROEDEL. **Poród bliźniętami przy wzajemném zahaczeniu się dwóch podbródków.** (*St.-Petersburger Medicin. Wochenschr.* Nr. 11—1882).

Autor wezwany do 43 letniej kobiety w Październiku 1881 r., która 8 razy już rodziła, raz miała bliźnięta, a porody siłami przyrody były skuteczzone, znalazł ją w 8 miesiącu ciąży cierpiącą od 8 dni na dosyć silny krwotok maciczny, który usunięty został spokojném zachowaniem się i tamponowaniem pochwy watą salicylową. W miesiąc potem wezwany do téjże kobiety, znalazł u niej dziecko urodzone po ramiona, a dalej poród od paru godzin nie postępował. Wtedy jako przyczynę tego wykrył, że przy główce nawpół urodzonego dziecka leżała druga główka, za podbródek której zaczepiony był podbródek pierwszego. Obie główki były w jamie miednicy ze szwem strzałkowym w poprzecznym wymiarze—bicia serca drugiego płodu nie było słycać. Natychmiast przystąpił autor do czynnej pomocy i poleciwszy trzymać tułów silnie uniesiony do góry i na bok, założył kleszcze na główkę drugiego płodu i bardzo łatwo ją wydobyl. Wkrótce potem wyszła główka pierwszego płodu a następnie tułów drugiego i ten drugi urodził się także nieżywy. Połóg przebiegał prawidłowo. Autor wraz z KLEINWÄCHTEREM podaje jako warunki podobnego ustawienia: małe główki pło-

dów, szerokie miednice, mocne bóle porodowe i podatne części miękie.

KLEINWÄCHTER zebrał w całej literaturze 40 wypadków równoczesnego pojawienia się dwóch płodów w wyjściu miednicy, z których 29 dadzą się tutaj odnieść, jako zaczepiające się podbródkami, 8 wypadków równoczesnego zjawienia się dwóch główek, a równoczesnego wystąpienia dwóch pośladek K. liczy tylko 3 wypadki. Według BRAUNA jeden poród bliźniętami zaczepionymi podbródkami wypada na 90,000 porodów.

Najlepiej uwydatniają się sposoby rozwiązywania podobnych wypadków w zestawieniu K., gdzie wypada 8 razy dobrowolny poród, w 6 z tych główka drugiego urodziła się przed główką pierwszego a w 2 wypadkach obie główki równocześnie wyszły. Z 21 ukończonych sztuką, w 9 wydobyto kleszczami główkę drugiego, za którą główka pierwszego sama wyszła; a w 11 wypadkach po wydobyciu główki drugiego trzeba było wydobyć i główkę pierwszego. W 3 wypadkach zrobiono *decapitatio* pierwszej, a druga kleszczami wydobyta, w jednym wypadku *decapitatio* drugiej główki a pierwsza wyszła dobrowolnie, w dwóch wypadkach zrobiono perforację drugiej główki i pierwsza wydobyta, druga wyszła dobrowolnie, w jednym wypadku przez mocne pociąganie pierwszego płodu obie główki urodziły się razem. Raz udało się drugą główkę odepchnąć i pierwszy płód posunął się, tak że oba bez użycia instrumentów urodziły się.

Co się tyczy rokowania dla płodów, to daleko gorsze jest ono dla pierwszego, tak że przy sztucznej pomocy wszystkie pierwsze dzieci umarły. GROEDEL radzi w wypadkach zmuszających użycia pomocy sztucznej, próbować najprzód kleszczy, a w razach trudnych kephalotryptora na główkę pierwszego, lub wymóżdzenie, zaś odjęcie główki porzucili prawie wszyscy. (BARNES w swoich operacjach akusze-

ryjnych radzi w trudnych wypadkach odjęcie główki a w lżejszych zepchnięcie zahaczonych główek. *Przyp. sprawozd.*

Rogoziński.

252. DANILLO. **Kliniczne badania nad częstością chorób organów płciowych u kobiet umysłowo chorych.** (*Wracz Nr. 10, 1882 r.*)

Autor przytacza różnych autorów, wykazujących różny procent chorych tu odnoszących się, świadczący o zależności i oddziaływaniu na siebie tych dwóch sfer, to jest płciowej i umysłowej. I tak gdy TUHE podaje 10⁰/₀, VERGA 6,93⁰/₀, HERGT 66⁰/₀, LANDUZY 50⁰/₀, autor z badań dopełnionych na oddziale profes. MIERZEJEWSKIEGO w Petersburgu i prof. MAGNANA w Paryżu znalazł daleko większy procent bo około 80⁰/₀; z tych przed okresem klimakterycznym 84⁰/₀ a w okresie klimakterycznym tylko 28⁰/₀.

Co się tyczy formy chorób organów płciowych, to najczęściej zdarzają się: *Metrītis chronica* ciała lub szyjki macicy, *ulcera colli uteri*, i zaburzenia w miesiączkowaniu. Następnie idą nieprawidłowości położenia macicy, ostre i chroniczne cierpienia jajników i otaczających tkanek — rzadko zdarzają się kataru pochwy, włókniki macicy.

Rogoziński.

253. Richard FROMMEL. **Wypadek kobiecego spodzieńca (epispadiasis).** (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. Band XII. Heft 2*).

Epispadiasis u kobiet jest wielką rzadkością — w literaturze są znane 4 wypadki: MÖRIKE, ROSERA, GOSSELINA i KLEINWÄCHTERA. Chora opisana przez autora była to kobieta dobrze zbudowana, 26-0 letnia, od 8 lat regularnie miesiączkująca. Przybyła do kliniki prof. SCHRÖDERA 17 Listopada 1880 roku z wypadnięciem pochwy po porodzie 7 miesięcznego płodu odbytym przed 2 laty. Przy oględzinach organów płciowych zauważa się wypadanie przedniej ściany pochwy, szczegół-

niej przy każdym napięciu tłoczni brzusznej; w pośrodku spojenia łonowego przebiega nieckowata brózdka od wzgórka łonowego do cewki moczowej. Zupełnie prawidłowo rozwinięte większe i małe wargi nie schodzą się w skutek tego z sobą; lechtaczka przez tę brózdę podzielona na 2 równe części, które były osadzone na górnych wewnętrznych brzegach warg większych. Przybliżone ku sobie, zupełnie przystawały i tworzył się wtedy zupełnie prawidłowy układ tych części. Cewka moczowa rozdzielona w szparze sromnej tak, że brakuje $\frac{3}{4}$ ctm. przedniej ściany, a zamiast tylnej widoczna jest obrzmiałość błony śluzowej co wygląda, jakby tylna ściana cewki wypadła — długość cewki wynosi $\frac{3}{4}$ ctm. i prosty nacisk kateterem na tylną ścianę cewki powoduje wypływ moczu.

Miednica prawidłowo zbudowana.

Chora może zatrzymać mocz tylko 10 minut, a przy każdym napięciu tłoczni brzusznej, przy podnoszeniu ciężarów, kaszlu lub kichaniu, stale wypływał mocz.

W Listopadzie 1880 r. prof. SCHRÖDER dla usunięcia wypadnięcia przedniej ściany pochwy wykonał operację przez owalne wycięcie błony śluzowej i zeszytanie brzegów rany. Po zagojeniu się tej rany 12 Grudnia przystąpił do drugiej operacji usunięcia epispadiasis. Cała okrwawiona powierzchnia miała formę trójkąta, którego wierzchołek był na wzgórku łonowym na początku nieckowatej brózdki, boki szły po brzegach tej brózdki, po wewnętrznych powierzchniach obu części lechtaczki i kończyły się na bocznym tylnym brzegu cewki. Ze skóry tego trójkąta utworzono przedłużenie cewki na $1\frac{1}{2}$ ctm., a następnie brzegi okrwawione połączono, poczem obie części lechtaczki zostały złączone i brózdka nieckowata zupełnie znikła. Po tej operacji pacjentka mogła 3 godziny mocz zatrzymywać.

Rogoziński.

254. MÖRIKE. **Extirpatio 1) fibromyomae corporis uteri et 2) fibromae retroperitonealis.** (*Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäk. B. VII. Heft 2.*)

Kobieta 35 letnia przybyła do kliniki prof. SCHRÖDERA 7 Grudnia 1880 r. Chora dobrej budowy, dotychczas była zawsze zdrową, w 19 r. dostała pierwszy raz regularności—przed 11 laty urodziła dziewczynkę. Od roku ma regularność w krótszych przestankach czasu i bardzo obfitą, czemu towarzyszą bóle, upławy i zaparcie stolca. Przy badaniu okazuje się guz w jamie brzusznej, sięgający na kilka centymetrów nad spojenie łonowe, umiarkowanie twardy, sprężysty, część pochwowa macicy stwardniała, zgrubiała, usta maciczne otwarte, tak że palec łatwo wchodzi. Sklepienie tylne pochwy skrócone przez twardy, wielkości jabłka, w wygięciu kości krzyżowej leżący guz, nieruchomy i ściśle związany z szyjką.

Ciało macicy powiększone, jej wielkość odpowiada 4 miesiącowi ciąży. Przednia ściana ciała macicy elastyczna, wypukłona, a palec włożony w jamę macicy wyczuwa w przedniej jej ścianie guz. Długość macicy 13 ctm.

Djagnosa: *Fibromyoma interstitialis* ściany przedniej macicy i *fibroid cervicis subserosum*. Najprzód wstrzykiwano podskórnice co trzeci dzień polecaną przez HILDEBRANDA ergotynę i zrobiono 40 iniekcji, co usunęło krwotoki maciczne ale na krótki czas. Dnia 25 Lutego wy-skrobano błonę śluzową ciała macicy zgrubiałą i obrzmiałą, lecz i to nie pomogło; gdy zaś krwotoki stawały się coraz niebezpieczniejsze przystąpiono do radykalnej operacji wycięcia guza. Wybrano sposób MARTINA.

Przy zachowaniu przepisów antyseptycznych wykonano cięcie ścian brzusznych na lin. *alba* od *symphysis* do pęcherza. W ranie pokazała się macica, wydobyto ją lepiej i zrobiono cięcie na przedniej jej ścianie 7—8 ctm. Krwawiące naczy-

nia uchwycono szczypczykami, guz wielkości pięści wyłuszczone z podścieliska palcami, uchwycono go kleszczykami MUSEUX'A i łatwo odłączono. Błonę śluzową macicy w dalszym ciągu pola operacyjnego przecięto, przez otwór ten wprowadzono dren i wyciągnięto jeden koniec przez pochwę. Następnie brzegi rany zeszyto licznymi jeden przy drugim leżącymi szwami, ranę brzuszną zeszyto Operacyjna trwała $\frac{3}{4}$ godziny, krwawienie było minimalne.

Już od pierwszego dnia pokazała się gorączka z remitującym charakterem, 10 dnia znacznie się podniosła temper., wystąpiły nudności, w lewej podbrzusznnej okolicy dał się wykazać wysięk; zastosowano pęcherz z lodem na brzuch i opium wewnątrz. Wydzielina z drenu już 19-go dnia przestała wychodzić, dla tego go wydobyto. 46-go dnia wyszła z pochwy znaczna ilość ropy cuchnącej, temper. spadła i 25 Czerwca chora opuściła łóżko. Niestety po pewnym czasie znów podniosła się temper. i wycieńczona chora 111-go dnia po operacji skończyła. Przy autopsji z jamy brzusznej wyszło około 200 cub. ctm. żółtej surowicy, otrzewna matowa zgrubiała, miejscami pokryta skrzepami włóknika—w więzadach szerokich 2 abscesy po obu stronach. Na przedniej ścianie macicy blizna 4 ctm. długości, błękitnego koloru, a na bliźnie błyszcząły nitki jedwabne; w miejscu odpowiedniem na błonie śluzowej macicy także blizna promienista. W tylnej ścianie szyjki znajdował się mięsak (*myoma*) wielkości jabłka—długość macicy $8\frac{1}{2}$ ctm.—*Parametritis* więc było początkiem *peritonit. chron.* Inwolucja macicy prawie zupełna. Na zakończenie dodaje autor bardzo ważną uwagę, że niebezpieczeństwo cięcia cesarskiego spoczywa i w tém, że nitki użyte do zeszywania albo się rozpuszczają, albo przecinają włókna, więc autor dla udania się szwu radzi kłaść szew przy szwie, a zamiast katgutów brać karbolizowany jedwab.

2. Kobieta 24 letnia, od 14 lat mająca regularność, 2 razy rodząca, ostatni raz 8 miesięcy przed wejściem do kliniki, weszła do szpitala dnia 13 Marca 1881 r. z guzem w brzuchu, zauważonym po urodzeniu ostatniego dziecka.

Guz rośnie wolno, ruchomy, wielkości głowy, łatwo wyczuwalny przez ściany brzucha, okrągły. Przy badaniu macica niezmieniona w położeniu, prawy jajnik wielkości kurzego jajka, lewy normalny. Guz zdaje się nie być w związku z macicą i jej dodatkami.

Ponieważ daje się zepchnąć w lewe podbrzusze, czy to więc nie nerka wędrująca? Lecz nerka lewa daje się wyczuć przez ściany brzuszne, w prawe podbrzusze guz nie porusza się. Przy opuszczeniu macicy ku dołowi za pomocą kleszczyków MUZEX'A, i podniesieniu guza przez ściany brzuszne do góry, przez kiszki oddechową czuć, że prawy wiąz szeroki znacznie się napręża i zdaje się przechodzić na guz. Z tych danych rozpoznano: *Cysta ovarii dextri* z długą szypułą. Dnia 5 Maja przystąpiono do operacji. Cięcie brzuszne na lin. *alba* od *symphysis* do pępka niżej na 3 palce. W ranie pokazuje się okrągły guz, podzielony na 2 części bruzdą, w której leży pętla kiszki cienkiej. *Mesenterium* tej części kiszki, między listkami którego rozwinął się guz, obleka go zupełnie i tworzy ku tyłowi stosunkowo b. cienką szypułę. Kiszki od guza odpreparowano. Z lewej strony i z góry udało się to łatwo, ale z prawej i z dołu trudniej w skutek zrostów. Błonę surowiczą z obu stron kiszki odcięto i na kilka ctm. oddalono i razem z kizką od guza odpreparowano. Na zakończenie podwiązano szypułę i guz odcięto. Podobnie po wstrzymaniu krwotoku na kiszce założono podwójną ligaturę na powiększony prawy jajnik i wycięto go, poczem zaszyto jamę brzuszną.

Chora przez dwa dni nie dostała żadnego pokarmu, tylko pigułki lodowe

i opium. Od 3 dnia mleko i bulion, nieco wina. Po lewatywie pierwszy stolec był d. 11, lekkie wahania gorączkowe były do d. 28, dnia 33 po operacji opuściła łóżko i dnia 16 Czerwca wypisana jako zdrowa.

Guz okazał komórowatą budowę, waga 1150 grm., silnie unaczyniony. Jajnik stanowił dermoidalny guz. Błąd w djaгноzie był spowodowany tém, że szypułę kiszki wzięto za szypułę jajnika.

Autor zastanawia się nad niebezpieczeństwem oddzielania kiszki od krezki. Przy doświadczeniach MADELUNGA kiszka cała przechodziła wtedy w zgorzel. Lecz z drugiej strony jama brzuszna ma własność otorbiana i następnej rezorbeyi kawalków tkanek, a nawet całych organizmów włożonych tamże, t. j. jama brzuszna niejako ma tendencyję zrobienia tych ciał obcych nieszkodliwemi. Następnie autor mówi, że niebezpieczeństwo przy laparotomii nie zależy od zaziębnienia (WEGNER), ani wyparowywania z jamy brzusznej (MAAS), ale od bodźców na jakie wystawione są otrzewna i kiszki, ponieważ drażnienie ich działa odruchowo, paraliżująco na ośrodek oddychania i serca, co także COHNHEIM uważa za przyczynę śmierci przy *peritonitis*.

COHNHEIM i LITTEN pokazali doświadczeniami, że po odcięciu 8—10 ctm. kiszki od krezki, w godzinę już na tém miejscu naczynia w kiszce napęniają się i pętla kiszki się odżywia, a nadto kiszka zraniona wkrótce zrasta się z otaczającymi organami, tak jak guzy jajnika w skutek zakręcenia szypuły często obumierają, a przez naczynia zrostów bywają odżywiane.

Jest to pierwszy przypadek w którym na przestrzeni 30 ctm. kiszka oddzielona była od krezki i odprowadzona do jamy brzusznej.

Rogosiński.

255. MALINOWSKI A. **Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci.** (*Gaz. Lek.* Nr. 13, 14, 1882 r.).

W czasie panującej w zeszłym roku

epidemii ostrych wysypek u dzieci, autor miał sposobność spostrzeżać następujące powikłania:

I. Chory 3 letni po kilku dniach gorączki dostał guziczkożytą wysypki d. 27 Sierpnia, która następnie przekształciła się w pęcherze i pryszczę (rozpoznano ospę). D. 11 Września w okresie łuszczenia ospy przyłączyła się szkarlatyna z zapaleniem gardła niedyfterycznym, zaś dnia 2 Października pokazała się w gardle błonica, która rozszerzając się do krtani przez dwa dni następne, przyprawiła o zgon chorego.

II. Chory lat 8, ospę miał szczepioną i przyjętą. Dnia 26 Sierpnia dostał gorączki i zapalenia gardła, d. 27 punktikowata czerwoność—rozpoznano szkarlatynę—dnia 11 Września powieki nieco obrzmiały, nieznaczna ilość białka w moczu i gorączka; następnego dnia okazały się guziczki na twarzy i tułowiu (rozpoznano ospę)—chory wyzdrowiał.

III. Chora lat 10—widziana pierwszy raz d. 15 Sierpnia przedstawiała objawy, z których rozpoznano tyfus brzuszny; od 26 Sierpnia stan był bezgorączkowy,—d. 16 Września przy objawach gorączkowych dostała zapalenia gardła i wysypki, którą rozpoznano, jako szkarlatynę. Gdy była na wyzdrowieniu dn. 7 Października dostała znów gorączki, nieżyty nosa i łącznic, a następnego dnia gęsta wysypka plamista na twarzy, szyi, piersiach i powierzchniach grzbietowych rąk, którą rozpoznano jako odrę. Chora zupełnie wyzdrowiała.

IV. Chora lat 3 dostała dn. 31 Października, 4 dnia choroby przy nieżycie nosa, łącznic i oskrzeli, wysypki plamistej nieco wzniesionej nad poziom skóry, którą rozpoznano jako odrę; d. 18 Listopada gorączka z wymiotami, a dnia 20 Listopada pokazały się guziczki, które rozpoznano jako ospę (szczepioną nie była). Dn. 24 Listopada przy objawach pryszczę napełnionych ropą i krwią na

skórze, upadku sił i obrzęku płuc, chora skończyła życie.

V. Chory 3½ lat—skrofuliczny—dn. 16 Czerwca 1881 r. przy objawach gorączkowych i nieżytowych zachorował na odrę, po przebyciu której zapadł na różę twarzy i głowy trwającą od dn. 7—16 Lipca. Dn. 19 Września dostał gorączki z objawami nieżytowemi, a dn. 21 t. m. drobną wysypkę plamistą dosyć bladą na twarzy, szyi, piersiach i kończynach górnych.

Dnia 22 t. m. wysypka plamista nie staje się wyraźniejszą, a jednocześnie na plecach, brzuchu i w okolicy stawu łokciowego prawego widać punktikowatą drobniotką zlewającą się wysypkę na skórze cokolwiek obrzmiałej; przy ucisku palcem czerwoność znika. Wysypka ta następnego dnia znikła, a za to pojawiła się na całym ciele wysypka plamista b. wyraźna. W tym wypadku rozpoznano odrę, której *stad. eruptionis* powikłane zostało wysypką płonicową, która po 12 godzinach znikła i wtedy wysypka odry wystąpiła na całym ciele.

Dnia 7 Października chory ten (nie szczepiony) zachorował na ospę; guziczki b. nieliczne, a pryszczę z nich powstałe napełniały się ropą i krwią, poczem przyłączyły się krwotoki wewnętrzne i chory 22 Paźdz. umarł.

VI. Chora lat 8, pierwszy raz widziana dn. 5 Września z objawami chronicznego zapalenia opon na podstawie mózgu, dn. 16 t. m. dostała błonicowego zapalenia gardła i wysypki na tułowiu i kończynach górnych którą rozpoznano jako szkarlatynę. Podczaskwitnienia takowej objawy zależne od zapalenia opon znikły, bowiem wróciła przytomność, ustąpił zéz zbieżny, nieregularne oddychanie i ogólna nadczułość skóry, poczem też same objawy wróciły i chora dnia 19 Paźdz. przy objawach ucisku mózgu umarła.

VII. Chora 8 letnia—ospę ochronną ma szczepioną. Dn. 26 Lutego r. b. przy objawach nieżytowych i gorączkowych

zauważono gęstą plamistą wysypkę, wzniesioną nad poziom skóry; na tle tej wysypki dnia 27 Lut. zauważono wysypkę guziczkową, niezbyt gęstą, a niektóre guziczki zaczęły się przemieniać w pęcherzyki i pryszcze. Rozpoznano odrę powikłaną z ospą.

D. 1 Marca wieczorem chora dostała wymiotów i gorączki 40° C.; dn. 2 t. m. zapalenia gardzieli, a na szyi i klatce piersiowej od przodu, gęstej punktikowatej wysypki; na przedramionach blade-czerwone podłużne plamy; dn. 3 t. m. wysypka rozszerzyła się na inne części ciała, dnia 4 t. m. przyłączył się wysięk błonicowy w gardle na migdałach, który w następnych dniach rozszerzył się na jamę nosową i krtań i dn. 10 Marca chora przy objawach zaduszenia i obrzęku płuc umarła. Z tego widzimy, że w czasie przebiegu odry i ospy przyłączyła się szkarlatyna z dyfterytem i stała się zabójczą.

Z tego autor wnosi, że każdy rodzaj wysypki powstaje w skutek specyficznego oddzielnego zarazka, chociaż może być i pewien związek między niemi.

Rogoziński.

III. Chirurgija i Oftalmologija.

256. KÖNIG. Die giftigen Wirkungen des Jodoform als Folge der Anwendung desselben an Wunden.

HOEFTMANN. Jodoformintoxication.

MOSETIG-MOORHOF. Zur Frage der Jodoformvergiftung.

GÖRGES. Zur Jodoformbehandlung. (*Centr. f. Chirurgie* Nr. 7, 8, 10, 11, 1882 r.).

Kwestyja opatrywania ran jodoformem jest obecnie na porządku dziennym, szczególnie u chirurgów niemieckich; okres bezwzględniego zachwalania, jaki każdy nowy środek przejść musi, dla jodoformu już przeminął, rzucono się w drugą ostateczność; nastąpił teraz okres paniki jodoformowej (*Jodoformpanik*) jak go MOSETIG-MOORHOF nazywa, posypały się obserwacje dowodzące że jodoform wy-

wiera wpływ szkodliwy na cały organizm, a nadmierne jego użycie śmierć spowodować może. W poprzednich numerach „Kroniki Lekarskiej“ r. b. pomieściliśmy referaty z prac zachwalających użycie tego środka, jako też wystawiających niebezpieczeństwa, na które narażamy chorego przy opatrywaniu jodoformem; prac w tym klerunku pojawia się obecnie coraz więcej, pomimo to jednak pytanie, czy niebezpieczeństwo otrucia jodoformem, jeśli takowe istnieje, jest tak wielkie że użycie tego środka powinno być zupełnie zaniechane, jest dotąd nierozwiązane, gromadzi się jednak obfity materiał, który prawdopodobnie w niedalekiej przyszłości pozwoli stworzyć sobie jasne pojęcie o działaniu jodoformu i da nam trwałe wskazówki dla zastosowania go w praktyce. Taki właśnie materiał do rozwiązania choć w części powyższego pytania przedstawiają nam 4 prace, których nagłówki wyżej przytoczyliśmy. KÖNIG, jak to już czytelnikom z poprzednich referatów wiadomo, zwrócił się do wszystkich chirurgów stosujących jodoform do opatrywania ran, z prośbą o dostarczenie mu historii chorych zatrutych jodoformem, tym sposobem zebrał wraz ze swemi spostrzeżeniami 32 wypadki, na których oparł swe wnioski. Są one następujące:

1) Jodoform w większości wypadków nie spowoduje żadnych ogólnych objawów, miejscowo zaś wywołuje szybkie antyseptyczne gojenie się rany, u pewnej jednak liczby osobników, opatrywanych tym środkiem powstają ciężkie zaburzenia w sferze działalności serca i mózgu, prowadzące niekiedy do śmierci. Zaburzenia w działalności serca poprzedzają zwykle zaburzenia czynności mózgowych. Zaburzenia te występują w dwojakić formie: a) po nagłym osłabieniu i przyspieszeniu pulsu, występuje bezsenność, niepokój, bredzenie, hallucynacje, maligna, nastrój melancholijny, wzbranianie się od pokarmów; przytém chorzy często się pocą, w niektórych wypadkach ilość wydziel-

nej uryny jest nadzwyczaj małą, a czasami zawiera ona białko; podniesienie temperatury bywa ale nie zawsze. Objawy te mogą ustać bardzo szybko, lub trwać całe tygodnie i przejść w wyzdrowienie, lub zakończyć się śmiercią w skutek paraliżu serca i płuc; b) po krótkim trwaniu okresu podrażnienia występują objawy ogólnego porażenia pod postacią ciężkiej formy *Meningoencephalitis* (bezprzytomność, śpiączka, choroby oddają kał i mocz pod siebie etc.), tu śmierć jest nieuniknioną. W obu formach przy sekcji znajdowano tłuszczowe zwyrodnienie serca, wątroby i nerek; w mózgu zaś albo żadnych zmian nie było albo obrzęk *piae matris*. Pierwszej formie podlegają częściej dorośli, drugiej dzieci.

2) Niebezpieczeństwo zatrucia wzrasta z wiekiem, najmniejsze niebezpieczeństwo jest u dzieci, u starców częściej się pojawiają ciężkie formy; prawie wszystkie wypadki śmierci z zatrucia zdarzały się w późnym wieku (11 wypadków zatrucia po 60-tym roku życia).

3) Dotąd nie można jeszcze dokładnie określić dozy jodoformu, któraby mogła być używana bezkarnie, ponieważ zdarzały się przemijające napady maligny po zastosowaniu 1-go gramma jodoformu, gdy z drugiej strony nieraz używano bezkarnie 50 do 60 grm. tego środka. Zdaje się że pewne indywidua podlegają idiosynkrazyi do jodoformu. W ogóle jednak trzeba pamiętać, że w większości wypadków występowanie ciężkich objawów otrucia, jest w stosunku prostym do ilości zużytego środka, niżej 10-ciu gram. rzadko powstają cięższe objawy. Zwracając się do pytania czy niebezpieczeństwo zatrucia jodoformem powinno nas skłonić do zaniechania jego użycia, K. twierdzi, że chociaż niebezpieczeństwo to zmusi nas do niezastosowywania jodoformu tam, gdzie innemi środkami będziemy mogli sprowadzić zagojenie, to jednak przy gruźlicy kości i stawów stanowczo się bez niego obejść nie możemy, chyba wtedy

gdy się pojawi nowy środek równie skutecznie działający, a mniej niebezpieczny jak jodoform. Dalej będziemy musieli stosować jodoform i tam, gdzie tylko za jego pomocą metoda antyseptyczna zachować się daje np. przy operacjach plastycznych na twarzy, w jamie ustnej lub pochwie.

HOEFTMANN podaje opis 2-ch wypadków otrucia jodoformem w chirurgicznej klinice w Gdańsku, w obu wystąpił silny niepokój a potem bredzenie, w obu było znaczne podniesienie ciepłoty i zatrzymanie moczu. H. wypowiada przypuszczenie czy miało sproszkowany jodoform nie sprowadza częściej zatrucia niż proszek krystaliczny, gdyż w wypadku w którym nastąpiło zatrucie używał takiego miążkiego proszku, gdy tymczasem poprzednio ciągle używał proszku krystalicznego i zatrucia nie było. Oprócz tego H. twierdzi, że z wprowadzeniem opatrunku jodoformowego róża przyrana prawie zupełnie znikła.

MOSETIG - MOORHOF, który pierwszy wprowadził w użycie jodoform zabiera też swój głos w kwestyi zatrucia tym środkiem. Przyznaje że otrucie takie może mieć miejsce, jednak nie spotkał się z niem ani razu w praktyce, pomimo że w ciągu lat 4 opatrywał jodoformem 3000 chorych stałych, i 4000 przychodnych a szpital w którym M. pracuje nie odznacza się wcale nazbyt dobrimi warunkami higienicznymi. Dla czegoż więc w jego praktyce nie zdarzył się ani jeden wypadek otrucia? Na to pytanie M. odpowiada jak następuje: 1) dla tego że nigdy nie zastosowywał wielkich ilości jodoformu; 2) że nigdy jodoformu wsypanego do rany nie poddawał silnemu uciskowi; 3) dla tego że opatrunek odnawiano nadzwyczaj rzadko; 4) że nigdy nie splukiwał rany przy zmianie opatrunku aby ją zasypać nowym jodoformem; 5) nakoniec dla tego że zwykle używa czysty jodoform i nie kombinuje go z innymi środkami przeciwnymi. M. jest szcze-

gólniej przeciwny jednoczesnemu zastosowaniu na ranę jodoformu i kwasu karbolowego, twierdzi on mianowicie że kwas karbolowy sprowadza podrażnienie nerek i w ten sposób utrudnia wydzielanie się jodu przez nerki co wywołuje zatrucie. Ponieważ większość autorów przy użyciu jodoformu nie uważała się upoważnioną do zaniechania obmywań karbolowych, gazy karbolowej i t. d. obserwacje ich są więc nieczyste i nie mogą służyć do potępienia czystego opatrunku jodoformowego.

GÖRGES stosuje jodoform na małe ranki pod postacią roztworu w *colloidium elasticum* (10⁰/o), stosuje też ten sam roztwór po zszyciu ran przy operacjach plastycznych, po rezekcyi szczęki, po wyluszczeniu małych guzów, przy ranach w okolicy odbytnicy, organów płciowych żeńskich i t. d. Nakoniec używa go też po dokonaniu tracheotomii u dzieci chorych na dyfteryt, całą ranę smaruje kilkakrotnie roztworem jodoformu w kolodium, unika w ten sposób pojawienia się dyfterytu na powierzchni rany (na 22 wypadki tak leczone ani razu nie było dyfterytu, a poprzednio na 5 wypadków przynajmniej jeden raz się pojawiał). G. radzi być bardzo ostrożnym w stosowaniu jodoformu w większych ilościach, gdyż obserwował częste zatrucia, nadto podług tego autora róża przyrzanna pojawia się daleko częściej, jak przy opatrunku LISTER'A.

W. H. Krajewski.

257. L. JUHÁSZ z Budapesztu. **Otrucie się atropiną, uleczone pilokarpiną,** (*Zehender's Monats. f. Augenh. Marzec r. b.*)

25 letnia oczna chora wypita do 12 grm. jednoproc. roztworu atropiny, poczem nastąpiły ciężkie objawy zatrucia: silna sinica, utrata przytomności, częsty oddech, tętno 160, suchość ust, rozszerzenie zrenic. Wypita doza atropiny dostateczną była do śmiertelnego zatrucia się pacjentki. Na konsultacyi z prof. SZULEKIEM i PURJESZ'EM postanowiono użyć pilokarpiny. Rezultat okazał się świetny: gdy w ciągu 15 godzin

wstrzyknięto podskórnie 30 ctgr. pilokarpiny (po pauzie w dawce 1 ctgr.), wszystkie objawy ustąpiły i chora została uleczoną. Autor rokuje świetne rezultaty z użycia pilokarpiny w wypadkach zatrucia się atropiną i to tem lepsze, skoro wstrzykiwania rozpoczniemy przed objawami fizyolog. działania jadu. *Dr. J. Talko.*

258. Dym. SAKOWICZ ze Staszowa. **O wysokiej ostrości wzroku** (*Wojenno-Medic. Żurnál. Luty r. b.*).

Tysiące żołnierzy badanych przeze mnie i innych kolegów przekonały mię, że V=3 jest rzadkością. Taka ostrość wzroku znajdowana była u nubijczyków badanych w Hamburgu, jak o tem podałem w swoim czasie w Kron. Lekarskiej. Otóż kolega S. podaje do wiadomości, że w jednym dragońskim małoross. pułku nietylko znalazł V=3 u 17-tu szeregowców, ale nawet V=3¹/₂ u 3-ch, a nawet dwóch żołnierzy z gub. Połtawskiej, miało ostrość wzroku 4 razy wyższą (V⁸⁰/₂₀) od prawidłowej (2⁰/₂₀). Curiosum!

Dr. J. Talko.

259. Dr. DRUŻYŃIN. **Przyczynę do etiologii jaglicy** (tamże, zeszyt Styczniowy).

Autor, moskiewski okręgowy okulista, słusznie uważa wilgoć koszar jako jedną z najważniejszych przyczyn tak rozpowszechnionej między szeregowcami jaglicy (trachoma). Wilgoć sprzyja rozkładowi i gniciu organicznego kurzu, nadającego charakterystyczny zapach pomieszczeniom koszarowym — z czem idzie w parze rozmnażanie się niższych ustrojów, grających niepoślednią rolę — jak dowiódł SATLER — w rozwoju chorób łącznicy. Rzecz prosta, że w liczbie środków ochronnych na pierwszym miejscu podaje: czystość w koszarach, dobrą wentylację, dostateczne opalanie, unikanie wilgoci podłogi, ścian. Dr. D. proponuje też z corocznego obejrzenia oczu nowozaciężnych, przybywających na ukończenie armii, wyprowadzić normę geograficznego rozprzestrzenienia suchej jaglicy pośród ludności wszystkich

gubernij Rossyi. Wiadomo bowiem, że trachom. zapalenie oczu nie jednakowo panuje w pośród licznych jej plemion i w miejscowościach z rozmaitemi klimata i niejednakowymi warunkami bytowemi i gruntowemi. *Dr. J. Talko.*

260. Prof. SKLIFOSOWSKI. **Aneurysma arteroso-venosum carotidis internae dxt. Ligatura carotidis communis** (*Wraccz Nr. 13*).

WOLFE podaje że na 64 wypadków podwiązania carot. communis przy exophthalmus ex aneurysma, 23 wyzdrowiało zupełnie z zachowaniem wzroku, 17 z utratą takowego, u 10 aneurysma pozostała niewyleczoną, 14 zaś chorych zmarło. Przy tętniaku carotidis internae najlepsze rezultaty leczenia osiągnięto przez podwiązanie wspólnego pnia szyjnej tętnicy. Z literatury znane są tylko 4 wypadki uleczenia aneur. arteroso-venosum carot. internae zapomocą uciskania palcami. Odnoszą się one do samoistnego uformowania się tętniaka w skutek chron. zmian ścian naczyń. Przy aneur. urazowego pochodzenia uciskanie palcami pozostawało bez skutków. Autor opisuje wypadek tętniaka który w ciągu doby bez widocznej przyczyny uformował się u 45 l. mężczyzny: prawa gałka wysadzona na 1½ ctm., czuje się w niej pulsacyja, choć nie zawsze, lecz slychać dość silny szum jakby od kowalskiego miechu pochodzący, rozchodzący się po całej głowie i ustający przy naciskaniu szyjnej tętnicy. Rogówka zmętniona, źrenica rozszerzona, ślepotą; skóra powiek i ½ czoła znieczulona. 70 ucisków tętnicy szyjowej (co godzinę po 10 minut), przy nieustannem leżeniu chorego, któremu dawano tylko buljon i ¼ funta chleba na dobę, pozostało bez żadnych skutków. Dopiero po podwiązaniu tętnicy sz. wspólnej, na pozomie pierścienia krtani, nitką struny Nr. 4, szum wnet ustał, lecz w ½ godz. słabo się wyczuwał w kątach oka. Wieczorem silny szum w głowie, a o 7 godz. dawał się slyszec we wszystkich

miejskach czaszki, lecz znacznie słabiej niżli przed operacyją. W miesiąc po operacyi: wysadzenie gałki, znieczulenie powiek i czoła, bóle głowy ustąpiły zupełnie, rogówka stała się przezroczystą, lecz uformowała się katarakta; gałka przedtem nieruchoma poczęła odzyskiwać ruchy; oko jednak nie odczuwało nawet światła prawdopodobnie w skutek zaniku nerwu wzrokowego.

Przyp. Spraw. W tych dniach obserwowałem robotnika kolei Nadwiśl. Józefa Zielińskiego u którego w skutek ściśnięcia czaszki buforami uformował się tętniak artero-venosum carot. internae dxt. z wysadzeniem gałki, której wzrok znacznie był upośledzony (zastój żylny siatkówki i nerwu wzrok.). Pulsacyi nie mogłem wykryć, lecz szum slyszec się dawał już w pewnej odległości od oka; mocno on dokuczał choremu szerząc się po całej głowie i pierwszy raz znikł na chwilę, gdy ucisnął szyjną tętnicę. Chory zgadzał się na podwiązanie takowej, lecz do tej pory nie zgłosił się do szpitala. *Dr. J. Talko.*

MISCELLANEA.

261. BALL. **Leczenie padaczki.** (*Le progrès médical Nr. 6, 1882*).

Autor w leczeniu padaczki obserwował najlepsze rezultaty przy używaniu: bromku sodu i amonu, belladony i niedokwasu cynku. Środki te przepisuje w następujący sposób: *Rp. Ammonii bromati Natri bromati aa drachmas jj β Aquae destillat. uncias IX MDS* używać w naporze waleryjany cztery do dziesięciu łyżek stołowych dziennie. Jeżeli po kilkudniowym leczeniu nie występuje widoczna poprawa zaleca: *Rp. Extracti belladonae Zinci oxydati aa gr. XV Mf. pilul Nr. 40 DS.* Od jednej do czterech pigułek dziennie. Jako środek czyszczący, zwłaszcza u osób pełnokrwistych, autor poleca następujące pigułki: *Rp. Aloës socotorin. gr. XV Resin. Scamon. Resin. jalap Calomelan. aa gr. vijj Saponis amygdal. q. s. ut fiant pilul. Nr. 24 DS.* Rano i wieczór po trzy pigułki. *C. Stiche.*

262. **Chinoliny** używał z bardzo dobrym skutkiem dr. Koch przy kokluszu (*Berl. Klin. Woch. Nr. 13*) u 85 chorych dzieci. Napady wkrótce się łagodziły, a choroba zwykle w 2-gim tygodniu lub nieco później kończyła się pomyślnie. Jest ona znacznie tańsza od chininy, a w smaku nie jest zbyt przykry, działanie jej jest równe działaniu chininy. Koch przepisuje roztwór *Rp. Chinolini tartarici grm. 16 Aquae dest., Syr. Simpl. aa unc. jβ.* Trzy łyżki dziennie. *K-t.*