

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Fyzyjologija i Chemija Lekarska.

341. CARL VOIT. **O wpływie żółci na wchłanianie pokarmów w kanale kiszkiowym.** Über die Bedeutung der Galle für die Aufnahme der Nahrungstoffe im Darmkanal. (*Stuttgart* 1882 r. str. 32 w wielk. 8-ce).

Pracę wykonaną jeszcze przed 20 przeszło laty autor ogłosił obecnie pod powyższym tytułem. Nie chciał jęć ogłaszać wcześniej, ponieważ o zmianach powstałych w odżywianiu ustroju skutkiem braku w kanale kiszkiowym żółci, można mówić dopiero obecnie gdy prawa przemiany materji u zdrowych zwierząt zostały mniej więcej zbadane. Autor poszukiwania swoje robił na psach; badał zużytkowanie rozmaitych pokarmów przed i po zrobieniu przetoki żółciowej. O zużytkowaniu pokarmów wnosil z ilości kału, z jego składu, jakoteż z porównania ilości azotu w pokarmach przyjętego z ilością azotu wydzielonego z kałem, moczem i żółcią. Wyniki poszukiwań autora są następujące. Brak żółci nie wpływa na ilość wchłoniętych pokarmów białkowych i wodanów węgla (mięso—mięso z klejem—mięso z cukrem—mięso z chlebem—chleb). Przy karmieniu temi pokarmami zwierząt operowanych, ilość kału jakoteż skład jego nie ulegały żadnym zmianom. Jeżeli były karmione taką ilością wyżej wymienionego pokarmu jaka w stanie zwykłym potrzebną jest do utrzymania w równowadze przemiany materji, to ilość wydzielonego azotu równała się, albo była nieco mniejszą od ilości azotu przyjętego z pokarmami. Jeżeli zaś zwierzę było żywione niedostatecznie, to zarówno przed

operacją jak i po operacyi (t. j. przy wypływaniu żółci na zewnątrz), ilość azotu wydzielonego była większą od ilości azotu przyjętego. Jednym słowem u psów z przetoką żółciową, pokarmy białkowe i wodany węgla zostają zupełnie w ten sam sposób zużytkowane jak w stanie prawidłowym. Inaczej rzecz się ma z tłuszczami. Gdy w kanale kiszkiowym zdrowych zwierząt wchłania się od 94—99% tłuszczu, zwierzęta u których żółć na zewnątrz przez przetokę wycieka, wchłaniają tylko 36—58%, a pozostała ilość tłuszczu łatwo się daje wykazać w kale. Ilość kału u zwierząt operowanych i karmionych tłuszczem znacznie się zwiększa—kał zawiera znaczne ilości tłuszczu jakoteż cząstki mięsa lub chleba przez tłuszcz uniesione—stolce są częste, papkowane, posiadają gliniastą barwę i odrażający zapach. W ogóle czynność kiszki ulega zaburzeniu, niebawem powstaje rozwolnienie. Zwierzę karmione zwykłym, bogatym w tłuszcz pokarmem, wydziela więcej azotu niż go z pokarmem przyjmuje, skutkiem tego chudnie i staje się bardzo żarłocznym. Aby utrzymać w równowadze przemianę materji u psa z przetoką żółciową, należy go żywić albo nadmierną ilością pokarmu tłuszcz zawierającego, t. j. pokarmu w skład którego obok znacznej ilości tłuszczu wchodzi niemniejsza ilość ciał białkowych (w tym razie wkrótce występuje rozwolnienie), albo nadmierną ilością wyłącznie pokarmu białkowego, albo też zwykłą porcją tego ostatniego z dodatkiem odpowiedniej ilości wodanów węgla. Jeżeli dla psa przed operacją wystarcza na dzień 500 gm. mięsa + 100 gm. tłuszczu, to po wykonaniu przetoki żółciowej, pożywienie złożone z 500 gm.

mięsa i 100 grm. tłuszczu jest niewystarczające, zwierzę traci nie tylko przyjęty tłuszcz ale i część swego własnego białka. Aby zwierzę utrzymać w stanie zdrowia należy go karmić 1500 grm. mięsa dziennie t. j. ilością mięsa, która równoważy pokarm złożony z 500 grm. mięsa i 100 grm. tłuszczu (dla psa ważącego 35 kilgr).

Gliniaste zabarwienie kału u zwierząt operowanych, autor przypisuje nie brakowi żółci, lecz obecności znacznej ilości tłuszczu; przy karmieniu ich wyłącznie mięsem, kał jest prawidłowo zabarwiony. Odrażający zapach wypróżnień u zwierząt operowanych, według V. nie dowodzi wcale żeby żółć miała posiadać własności przeciwnie; zapach ten zależy od zaburzeń w czynności kanału kiszkowego, spowodowanych przez drażnienie znaczną ilością niewchłoniętego tłuszczu.

W końcu swój pracy autor się zastanawia nad sposobem w jaki żółć ułatwia wchłanianie tłuszczów w kanale kiszkowym. Największą pod tym względem przypisuje rolę przesiąknięciu strzępków żółcią, przesiąknięciu, które znakomicie ułatwia przechodzenie tłuszczu do przyrządu chłonnego kiszki. V. nie zaprzecza możliwości emulsjonowania tłuszczu przez żółć (w sposób wiadomy), ale sprawie tej przypisuje podrzędne tylko znaczenie.

M. Rejchman.

II. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

342. NAUNYN i SCHREIBER. **O ucisku mózgu.** (*Arch. f. experim. Pathol. und Pharmacol. Bd. XIV. Heft 2. S. 1*).

Praca autorów dostarcza nowych danych w kwestyi mechanizmu ucisku mózgu i pochodzenia objawów tego stanu. Autorowie robili doświadczenia na psach, którym przy pomocy trepana wstawiali rurki szklane: jedną w kość ciemieniową, a drugą w kolumnę kręgową w miejscu odpowiadającym końskiemu ogonowi

(*cauda equina*). Tym sposobem otrzymali dwa naczynia komunikujące za pośrednictwem płynu mózgo-rdzeniowego i byli w możności powiększania ciśnienia tegoż płynu. Obie rurki napełniono rtęcią, lecz za pomocą odpowiedniego urządzenia roztwór chlorku sodu pośredniczył pomiędzy błonami i rtęcią.

Pierwszym objawem jest ból, który powiększa się przy silniejszym ucisku. Wkrótce występują drgawki, prawie nigdy nie przyjmujące cech padaczki. Zemdlenie (*syncope*) nie jest rzadkiem zjawiskiem i ono to jest u psa jedynym objawem porażenia sfery intelektualnej. Krzywizna tętna zmienia się: wzniesienia fał są nagłe, pionowe. Oddychanie wolniejsze, staje się nieregularnym, wreszcie ustaje i następuje śmierć. U zwierząt kuraryzowanych śmierć następuje później, dzięki sztucznemu oddychaniu.

Słaby ucisk powoduje tylko zwolnienie tętna i oddechu. Ucisk wykonywany w miejscu poblizkiem temu, które sprawia zatrzymanie oddechu, wywołuje nagłe zmniejszenie i następnie nieregularne wahania ciśnienia krwi. Zwolniony i nieregularny oddech przyczynia się niewątpliwie do wywołania tych wahań. Małe wahania towarzyszące głównym, zależą od kolejnego skurczu naczyń pod wpływem nerwów naczynio-ruchowych. Źrenice jednocześnie zwężają i rozszerzają się jak gdyby obydwie te zjawiska zależały od jednego ośrodka.

Wyniki tych badań z łatwością dadzą się zastosować do patologii człowieka, w szczególności do niektórych chorób mózgu jako to: *Hydroceph. acutus*, *Meningitis tuberc.*, w których powiększenie ilości płynu mózgo-rdzeniowego zdaje się odegrywać ważną rolę. Różnice zachodzące w objawach, są jak widać z powyższego: brak wymiotów u psa, nadto drgawki zwykle nie przybierają cech padaczkowych.

Autorowie wykonali następnie drugą seryję doświadczeń na zwierzętach, któ-

rym poprzednio przewiązali tętnice szyjowe. W tych warunkach daleko mniejszy ucisk wystarczał już dla wywołania objawów mózgowych. Przeciwnie, zwierzęta, u których ciśnienie krwi w mózgu było silnie podniesione przez podwiązanie aorty poniżej jej łuku, trzeba było poddawać silniejszemu uciskowi aby wywołać podobny skutek.

Z tych doświadczeń zdaje się wypływać wniosek, że objawy ucisku mózgu powstają z braku krwi tętniczej.

Ponieważ ilość płynu mózgo-rdzeniowego zawartego w jamie o ścianach niepodatnych, połączonej z kanałem kręgowym, może ulegać wahaniom, zatem podczas powiększenia w czaszce ilości, *respective* ciśnienia płynu rzeczonoego, mniejsza ilość krwi przybywa do mózgu.

Jeżeli dzięki własnemu ciśnieniu, krew jest w stanie przedłużać walkę i równoważyć ciśnienie płynu mózgo-rdzeniowego, objawy ucisku mózgu występują powolnie.

Z tej doświadczalnej teorii wypływa drugi wniosek terapeutyczny, że nie należy stosować deplecyj w podobnych warunkach, z obawy zmniejszenia ciśnienia krwi tętniczej wewnątrz czaszki. Przeciwnie należy się starać o podniesienie tego ciśnienia przez pobudzenie czynności serca.

R. Nawroczyński.

343. Dr. HUGO RIBBERT. **O kompensacyjnym przeroście nerek.** Ueber compensatorische Hypertrophie der Nieren. (*Arch. Virch. T.* 88. 1).

Anatomija nerki, powiększonej w skutek zaniku lub wyluszczenia drugiej, mało dotychczas jest wyjaśniona; nie wiemy mianowicie dokładnie, czy powiększenie nerki zależy od rozrostu (*Hyperplasia*), czy od powiększenia (*Hypertrophia*) pojedynczych składowych jej części, czy też tylko od powiększenia skręconych kanalików moczowych wraz z kłębkami. ROSENSTEIN doszedł do przekonania, że powiększenie nabłonka i tkanki śródmiąższowej ma miejsce tylko w nieznacznym stopniu.

W rok później PERL opisał 9 przypadków jednostronnego powiększenia nerek z powodu wodonercza z drugiej strony; znalazł on powiększenie objętości skręconych kanalików moczowych, kanaliki zaś proste, ani też kłębki nie były powiększone. RIBBERT przedsiębrał zbadanie tego przedmiotu sposobem doświadczalnym, używając do swoich doświadczeń zawsze 2 młodych psów lub królików jednego wieku i jednakowo karmionych. Jednemu z tych zwierząt wycinał jedną nerkę, drugie zaś służyło dla porównania pozostałej nerki operowanego zwierzęcia z odpowiednią nerką zdrowego. Wszystkich doświadczeń autor wykonał trzy (na 4 królikach i na 2 psach); z tych 2 króliki żyły 8 dni, a 2—30 dni, psy żyły 32 dni. Wyniki pierwszego doświadczenia były następujące: pozostała nerka (prawa) operowanego zwierzęcia ze względu na krótki czas pozostania przy życiu bardzo nieznacznie była powiększoną, jednakże tak, że z łatwością można ją było odróżnić od obydwóch nerek nieoperowanego zwierzęcia. Długość normalnej nerki prawej 9½ mm., powiększonej 21 mm., grubość obydwóch jednakowa. O różnicy w objętości nerek sądzono po ilości wody przez nie wyciśnionej po zanurzeniu w cylindrze z wodą. Powiększona nerka wycisnęła 2½ ccm. wody, normalna zaś 2 ccm. Badanie drobnowidzowe tych nerek nie doprowadziło do stanowczych wniosków. Kanaliki okazały się większymi, lecz bardzo nieznacznie w porównaniu z kanalikami nerki normalnej. Tworzenia się nowych kanalików i kłębków nie spostrzegano. Dokładniejsze wyniki otrzymał R. z doświadczeń na psach, gdyż po operacji, dłużej pozostały przy życiu (32 dni). Długość normalnej nerki wynosiła 46 mm., powiększonej zaś 49½ mm., grubość pierwszej 17 mm., drugiej—20½ mm., pierwsza wycisnęła 15 ccm. wody, druga 20 ccm., szerokość istoty korowej pierwszej nerki od 3—5 mm., drugiej od

4—8 mm., istota rdzeniowa niezmienniana. Pod drobnowidzem już przy małym powiększeniu kłębki okazują się znacznie powiększonymi, przestrzeń między otoczką i kłębkami naczyniowym większa, ten ostatni także powiększony. Co się tyczy kanalików moczowych skręconych nerki powiększonej, to światło ich okazało się powiększonym, co autor przypisuje większej ilości moczu przez nie przechodzącego. Objętość kanalików także powiększona, co zależy od powiększenia komórek i ich rozmnożenia. W kanalikach prostych, również w tkance śródmiąższowej nie widać żadnych zmian. Wyniki 3-go doświadczenia w ogóle zgadzają się z wyżej przytoczonymi. Na zasadzie swoich doświadczeń autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Przy kompensacyjnym przeroście nerek ma miejsce powiększenie istoty korowej na koszt ciałek MALPIGHIEGO i kanalików moczowych skręconych.

2) Powiększenie organu zależy od rozrostu (*hyperplasia*) i przerostu (*hypertrophia*) nabłonka kanalików moczowych i kłębków.

L. Krause.

344. Dr. BRISSAUD. **O przemywaniu żołądka.** (*Archives gén. de Med. Juin, 1882*).

BOERHAVE pierwszy powziął myśl wprowadzania leków do żołądka za pomocą zgłębnika przelykowego, lecz wyjmował przyrząd zaraz po zrobieniu iniekcji, pozostawiając stosowany płyn w żołądku. Dopiero w początku bieżącego stulecia lekarz francuzki CASIMIR RENAULT przedstawił praktyczny sposób opróżnienia żołądka z płynnej zawartości i zalecił go przeciw otruciom w swój rozprawie 1802 r. DUPUYTREN w 1810 r. po wykonaniu doświadczeń na psach, zalecił tę metodę jako korzystną, lecz nie znalazł naśladowców we Francji. W Anglii EDWARD JUKES zachwycony doświadczeniami DUPUYTRENA i RENAULTA, przyjął trującą dawkę makowca i następnie kazał sobie opróżnić żołądek za pomocą pompki swego wyna-

lazu. Pomimo to metoda ta poszła jeszcze na 60 lat w zapomnienie.

KUSSMAUL w Niemczech zastosował mechaniczne opróżnianie żołądka przy rozszerzeniu tego organu. Przedstawił swoją metodę w 1867 r. na kongresie we Frankfurcie, a w 1870 ogłosił pracę w której dowodził, że aby otrzymać wyleczenie rozszerzenia żołądka, należy użyć metody analogicznej z postępowaniem lekarskim przy zatrzymaniu moczu, to jest opróżnić żołądek mechanicznie i następnie przemywać odpowiednimi rozczykami.

Użycie tej metody wkrótce potem rozpowszechniło się w Niemczech i Anglii. KUSSMAUL posługiwał się pomką wynalezioną przez WEISSA w Londynie 1825 r.

HAUSER, lekarz wiedeński, radził zastąpić pompkę syfonem elastycznym, któryby pozwalał płynowi powracać z żołądka swoim własnym ciężarem.

We Francji FAUCHER będąc świadkiem niedobrych skutków stosowania elastycznego zgłębnika i aspiracji, zastąpił pierwszy rurką z angielskiego kauczuku odznaczającego się gładkością i giętkością. Rurka ma 1,50 m. długości, 8 do 12 mil. średnicy; w części dolnej zaopatrzona dwoma otworami, końcowym i bocznym. Szklany lejek przystosowany do górnej części rurki dopełnia całości.

Dr. AUDHOUI złączył dwie rurki nierówniej średnicy, tak aby przystawały do siebie tylko w części dolnej, co nadaje całości kształt litery Y i ma na celu otrzymanie podwójnego strumienia.

Sposób użycia syfonu przez samego chorego jest łatwy. Należy wsuwać syfon podczas ruchów polykowych aż do 50 cc. długości. Następnie napelnić lejek i podnieść do wysokości głowy. Skoro płyn zaczyna ustępować z lejka należy go opuścić szybko do poziomu żołądka; natenczas płyn powraca z żołądka. Po kilku próbach choroby nabywają potrzebnej wprawy.

Skoro lekarz jest wezwany do tej czynności, powinien namazać koniec syfona obojętnym tłuszczem i nadawszy

choremu pozycję siedzącą, z głową pochyloną ku przodowi, zalecić spokojne oddychanie i wstrzymanie się od kaszlu. Przytrzymując nieco głowę chorego, należy wsuwać rurkę delikatnie częściowo, trzymając ją jak najbliżej punktu przesuniętego na ostatku. Z przyrządem AUDHOUR'EGO należy się obchodzić podobnie jak z syfonem do przemywania opłucnej. Sposób wprowadzenia jest takiż sam jak powyżej. Którykolwiek przyrząd zastosujemy, operację należy przedłużać dopóki płyn powracający z żołądka nie będzie zupełnie czysty.

Co do temperatury wody, stosujemy się tu do wskazań szczegółowych. W ogólności ciepłej wody użyjemy tam, gdzie jest wskazane rozpuszczające jej działanie, zimnej zaś gdzie nam idzie o tonizującą skutki.

Oprócz wody czystej roztwory lekarskie znajdują obszerne zastosowanie, jako to zalecane przez SCHLIEPA roztwory dwuwęglanu sody przy tworzeniu się kwasów, nadmanganianu potażu lub kwasów przy procesach rozkładowych (*dyspepsia putrida*), kwasu karbolowego przy pasoryzjach roślinnych, etc.

FAUCHER zaleca wodę z dodatkiem dwuwęglanu sodowego; nadto wody mineralne naturalne: Vichy, Sail-les-Bains, Châtel-Guyon, miały każda swoich zwolenników. W każdym razie czynniki lekarskie są tutaj tylko dodatkowe; istotę rzeczy stanowi obfity strumień wody. Ze względu na cenę wód mineralnych można rozpoczynać kurację roztworem dwuwęglanu sody a kończyć pierwszymi.

Wskazania ogólne dla przemywania stanowią wszystkie wypadki przewlekłego niezżytu błony śluzowej żołądka.

Wszystkie stany upośledzonego trawienia, trwające od pewnego czasu, powodują ogólne lub częściowe rozszerzenie żołądka. Wtedy to właśnie przemywania okazują się najskuteczniejszymi. Pod ich wpływem uczucie pełności w żołądku zmniejsza się powoli, wzdęcie ustę-

puje, apetyt powraca i ciężar ciała wzrasta.

Z polepszeniem stanu błony śluzowej, warstwa mięsna odzyskuje swoją siłę i odtąd rozszerzenie żołądka szybko się zmniejsza.

W przewlekłym niezżycie żołądka połączonym ze zgrubieniem ścian (*gastritis sclerosa*) przemywania dają nadspodziewany skutek. Obraz tego cierpienia jest zbliżony do raka, w wielu wypadkach nie brakowało ani jednego objawu, nawet guza w okolicy nadbrzusznjej. Dopiero uleczenie za pomocą przemywań wykazywało prawdziwy stan rzeczy. Wiele wypadków mniemanego raka żołądka, szczególnie u młodych osób, odnosi się do tej formy przewlekłego niezżytu. Leczenie powyższe w takich razach przychodzi w pomoc rozpoznaniu. W rzeczy samej jeżeli po otrzymaniu pewnego polepszenia, objawy nowotworu nie nikną lub powracają, nadzieja jest prawie straconą i odtąd przemywanie może być stosowane tylko jako środek objawowy. Nareszcie metoda ta była z powodzeniem stosowaną przy niepowstrzymanych wymiotach u histeryczek. Skutek leczenia tłumaczy się tćm, że nerwica powodująca wymioty, z czasem pociąga za sobą zmiany materjalne w błonie śluzowej żołądka, które podtrzymują funkcjonalne zaburzenia. Zatem działanie skierowane na błonę śluzową, sprawdza pomyślnie w nićj zmiany, przyczynia się do uleczenia choroby.

Oto są wskazania do przemywań żołądka.

Operacja ta powinna być stosowaną, najprzód codziennie przed każdym przyjmowaniem pokarmów; później raz dziennie z rana, co drugi dzień i rzadziej. W czasie tym chory zachowuje przepisana dyjetę. *R. Nawroczyński.*

345. Dr. CERNÉ (de Rouen). **Róża wieloogniskowa i różawe zapalenie otrzewnej.** (*Archives gen. de Med. Juin 1882*).

Spostrzeżenie autora dotyczy chorćj,

która w następstwie poronienia uległa różawemu zapaleniu błony śluzowej macicy, któremu towarzyszyły obfite i częste krwotoki (d. 24 Lutego 1880 r.). Z macicy róża przeszła na otrzewną, wywołując gwałtowne objawy (28 L.) które złagodniały w dniu następnym (29 L.). Jednocześnie dostrzeżono ognisko róży na obwodzie lewego nozdrza. 1 Marca dostrzeżono drugie ognisko wychodzące z pochwy dwoma pasmami kierującemi się rozbieżnie ku pachwinom i kończącemi się tu charakterystycznymi plamami otaczającymi kilka ranek po pijawkach poprzednio stosowanych. W dalszym przebiegu, róża z twarzy przeszła na szyję a z pochwy ku przodowi na brzuch i uda, a ku tyłowi na międzykrocze, krzyż i stos pacierzowy, po którym szerzyła się w kształcie taśmy; nadto opasała tułów. 5 Marca wystąpiło trzecie ognisko na lewem kolanie, podczas gdy plamy szerzyły się w pierwotnych ogniskach. Język był przytępiony nadzwyczaj suchy i czerwony. To też gdy (10 Marca) jedenastego dnia choroby bez dreszczu i powiększenia objawów gorączkowych, wystąpiła nagle silna duszność i inne objawy przekrwienia płuc i nieżyty drobnych oskrzeli, autor uznał przytoczoną suchość i czerwoność języka za różę, która powróciła przez jamę ustną i zajęła płuca. W gardzieli znaleziono przytępione błony rzekome; w krtani widocznych zmian nie było. Po trzech tygodniach ostre objawy ustąpiły, pozostawiając chorą w stanie wielkiego wycieńczenia.

W przeciągu drugiego miesiąca sfomowały się ropnie, jeden na lewej łydce, drugi za lewym uchem. Objawy nieżyty drobnych oskrzeli nie ustąpiły.

W trzecim miesiącu, po niejakić poprawie pogorszenie postępuje. Wychudnienie powiększa się, cechy płwociny, przy braku wyraźnych objawów fizykalnych ze strony płuc, budzą podejrzenie gruźlicy.

Ku końcowi trzeciego miesiąca tworzy

się mały ropień w okolicy nadgnykowej, po otwarciu którego przyłącza się znowu róża z zajęciem gruczołów podszczękowych i silną gorączką. Szerzy się dalej na twarz, szyję i w kilka dni opanowuje wszystkie miejsca poprzednio zajmowane. 25 Czerwca wieczorem chora umiera. Przy autopsji znaleziono gruźelki w wierzchołkach płuc. Serce małe, skurczone, 165 gm. W jamie brzusznej znaczna ilość płynu surowiczego i zrosty wszystkich organów; w części dolnej luźne, w górnej zaś wszystkie stopnie pośrednie pomiędzy wysiękiem włóknikowym i ropniem dobrze sformowanym. W okolicy żołądka, wątroby i śledziony znaleziono pięć takich ropni wielkości orzecha lub gołębiego jajka, w wątrobie i nerkach *degen. adiposa*. Najważniejsze zmiany znaleziono w małej miednicy. Jama DOUGLASA wypełniona błonami rzekomymi. Lewy przewód FALLOPIUSZA i jajnik zroste z kiszka prostą. Jajowód rozszerzony w całej długości. Macica powiększona, ściany zgrubiałe. Po otwarciu kanału na prawej ścianie macicy nie znaleziono zmian patologicznych, na tylniej nieco silniejsze unaczynienie, na lewej ścianie zaś zabarwienie czerwone, wydane, wychodzące ze swobodnego ujścia wewnętrznego, szerzące się ku przodowi i ku tyłowi aż do linii środkowej i zajmujące szyjkę na całej długości.

Badanie drobnowidzowe wykazało zmiany zapalne w całej grubości błony śluzowej i w najpowierzchniwszych częściach warstwy mięsnej. Dla uzupełnienia historii choroby autor zaznacza, że chora (26 lat, dobrej budowy), była już w szpitalu od 9 do 16 Lutego t. r. i znajdowała się wtedy w sąsiedztwie chorých na różę twarzy. Następnie autor przytacza dane, przemawiające na korzyść teorii zakaźnego pochodzenia róży i jej zaraźliwości:

1) Chora leżała podczas pierwszego swego pobytu w szpitalu w sąsiedztwie osoby cierpiącej na różę twarzy i w 12 dni po opuszczeniu oddziału, rozchorowała się.

2) Znajdowała się wtedy w stanie sprzyjającym rozwojowi choroby zakaźnej, ponieważ była anemiczną w skutek krwotoku, nadto cierpiała na zapalenie macicy. Badanie macicy, które musiało być wykonywane podczas pierwszego pobytu w „Charité“ mogło także sprzyjać zakażeniu.

3. Podczas przebiegu choroby, w sąsiedniej sali położniczej należącej do tegoż oddziału, znajdowało się trzy wypadki gorączki połogowej z zejściem śmiertelnym. Wypadki takie już od trzech miesięcy nie były tam spostrzegane. Wpływ szkodliwy róży na połóg znajduje potwierdzenie w analogii istniejącej pomiędzy różą i niektórymi formami gorączki połogowej. Interesujący fakt, że róża zjawiała się w dwóch punktach odległych i niezależnych, na błonie śluzowej nosa i macicy, przytacza autor za dowód, że jest to choroba ogólna i zakaźna.

Rozprzestrzenienie róży z macicy na otrzewną nastąpiło *per continuitatem* przez lewy jajowód. Czerwoność znaną na lewej ścianie macicy, autor objaśnia analogiją ze zmianami wywołanymi przez różę w skórze. Zmiany takie można widzieć długo jeszcze po ustaniu pierwotnego procesu. W każdym razie fakt ten uważa autor za wyjątkowy, zwykle bowiem nie znajdujemy śladów zapalenia różawego, z powodu że wiele czasu upływa pomiędzy chorobą i autopsyją. Autor nie zalicza powyższego spostrzeżenia do wypadków róży połogowej i odróżnia od wypadków, w których zapalenie otrzewnej przyłącza się do róży skóry *per contiguitatem*.

Co do cech anatomopatologicznych różawego zapalenia otrzewnej, nie mogą one odznaczyć się żadną szczególnością, ponieważ produkty choroby są zależne od dotkniętej tkanki; jak róża skóry jest zapaleniem skóry (*dermatitis*), tak róża otrzewnej jest zapaleniem otrzewnej (*peritonitis*).

W drogach oddechowych róża ma przebieg właściwy. Zajmuje jedno oskrze-

le pozostawiając drugie nietkniętym, aż osiągnie zrazików gdzie zachowuje się jak zwykle zapalenie. Podobnie w organach płciowych, gdzie trzymając się jednej strony macicy przechodzi na odpowiedni jajowód i otrzewną. Toż samo co do ropienia: jak na skórze, tak jeszcze łatwiej na błonie surowiczej zapalenie może stać się ropnym, pod wpływem różnych okoliczności: stanu połogowego, konstytucyi, stanu ogólnego lub miejscowego.

R. Nawroczyński.

346. R. HORMAZDJI. **Zapalenia migdałków, przyczyny i leczenie salicylanem sodu.** On tonsillar inflammations, their causes, and treatment by salicylate of soda. (*The Lancet*. Nr. 24—1882 r.).

Związek pomiędzy ostrym zapaleniem migdałków i ostrym gośćcem, na który przed rokiem zwrócił uwagę K. FOWLER, (patrz: *Kron. Lek. r. 1881 str. 13*), a przed nim jeszcze L. BROWNE, doprowadzić musiał do wniosku, że przy zapaleniu migdałków powinny dobroczynnie działać te środki, które okazały się skutecznymi przy gośćcu. Ponieważ kwas salicylowy i jego przetwory uważane być mogą za środki swoiste przy cierpieniach gośćcowych; sądzono przeto na zasadzie powyższego, że środek ten okaże się również skutecznym przy cierpieniach migdałków. Wyniki leczenia HUNT'A i ROUTH'A były w istocie zadawalniające.

Autor, stosując również ten środek przy wielu formach zapalenia migdałków, przekonał się, że nie we wszystkich przypadkach działa jednakowo t. j. że w jednych razach salicylan sodu okazuje się bardzo skutecznym, w innych zaś razach nie wywiera żadnego wpływu na przebieg choroby. Autor dodaje, że przyczyna choroby stanowi doskonałą wskazówkę, kiedy środek ten działać będzie dobrze, a kiedy nie wywrze żadnego działania. Przyczyny ostrego zapalenia migdałków, zdaniem H., są następujące: a) działanie zimna lub wilgoci, b) niedostateczne przewietrzanie i działanie gazów ścieko-

wych, c) gorączka płonicowa, d) róża i e) zatrucie szalejem. Przyczyny chronicznego zapalenia: a) przebyte poprzednio ostre zapalenie migdałków, b) dziedziczne usposobienie, e) niedostateczne przewietrzanie i d) szczególna wrażliwość.

Z uwagi na przyczyny przedewszystkiem chronicznego zapalenia migdałków, autor zaznacza, że zapalenia chroniczne skutkiem przebytego poprzednio ostrego zapalenia nie ustępują pod wpływem salicynu sodu. Lepsze daleko rezultaty daje dobre odżywianie chorego, żelazo, chinina, a głównie powietrze morskie. Na zapalenia chroniczne, zależne od złego przewietrzania, salicylan sodu również żadnego nie wywiera wpływu. Że złe przewietrzanie mieszkań i przenikanie gazów ściekowych stanowią częsty powód cierpienia migdałków, autor wielokrotnie się o tém przekonał. Bywają domy, gdzie nietylko wszyscy mieszkańcy cierpią na gardło, ale każdy nowo przyjęty służący po pewnym czasie zapada również na to samo cierpienie, którego się pozbywa dopiero po przejściu do innego domu. W takich razach wysłanie chorych nad morze, a głównie usunięcie wadliwie urządzonego przewietrzania stanowi najpewniejszy sposób wyleczenia choroby. Salicylan sodu oddaje za to świetne usługi przy wrodzonym usposobieniu do cierpień migdałków. Zwykle ci sami chorzy bardzo są skłonni do cierpień gośćcowych. Piętnastogranowe dawki salicylanu sodu, zadawane co 4 godziny, ściągające płukania gardła i zimne okłady na zewnątrz szyi szybko usuwają cierpienie i często zabezpieczają od powrotów. Przy odziedziczonym usposobieniu do zapaleń, salicylan sodu w licznych przypadkach autora okazał się bezskutecznym (?Ref.) *Ostre* zapalenia migdałków, powstałe skutkiem działania zimna lub wilgoci, ustępują bardzo szybko pod wpływem salicylanu sodu, który w tych przypadkach uważany być może za lek swoisty. Autor w tych przypadkach daje chorym co 4 godziny po 15—20 gr. sali-

cylanu sodu, każe płukać gardło roztworem z 10 gr. kwasu salicylowego na jedną uncję wody i powiada, że zwykle już na drugi dzień z rana następuje zwolnienie wszystkich objawów chorobowych.

Również przy zapaleniu towarzyszącym gorączce płonicowej środek ten odaje wyborne usługi. To samo daje się powiedzieć o skutkach salicylanu sodu, zadawanego przy zapaleniu migdałków, towarzyszącemu róży. *H. Goldblum.*

347. Prof. MARCHAND. **Przyczynę do etiologii bagiennicy.** Kurze Bemerkung zur Etiologie der Malaria. (*Virchow's Archw.* Tom 88—Z. 1).

Bagiennica przedstawia chorobę zakaźną, której zarazka (*contagium*) dotychczas nie zdołano dokładnie oznaczyć. Właściwość napadu gorączki przeprowadzającej zrodziła przypuszczenie, że, podobnie jak przy gorączce powrotnej, ustroje drobnowidzowe występują tylko podczas napadu i gdy napad się kończy giną.

MARCHAND badał krew chorego, znajdującego się w okresie pierwszym to jest w okresie zimna, przyczem, oprócz ciałek krwi czerwonych i białych znalazł: ciałka błyszczące, okrągłe, posiadające nadzwyczaj żwawe ruchy wahadłowe; rozmaite małe twory, które składały się jakby z dwu sklejonnych ciałek kulistych, również szybko się poruszające, oprócz tego nieliczne, *podłużne ciałka palczkowate, posiadające* na swych końcach *lekke obrzmienie*, długość których równała się połowie średnicy ciałka czerwonego krwi.

Gdy autor w 2 godziny później badał krew tego samego chorego, ale już potniętego, powyższych tworów nie można było znaleźć ani śladu.

Autor powiada, że na wyniki tego badania nie byłby zwrócił uwagi, gdyby nie opis CUBONI'EGO i MARCHIAFAV'Y, którzy opisali takie same ciałka podłużne i palczkowate z lekko obrzmiałymi końcami, we krwi chorych na zimnicę, przyczem jednak dodają, że twory te znajdowały się także

we krwi, gdy nastąpiła przerwa gorączki.

Z innych autorów, głównie LANCI, KLEBS i TOMASI znajdowali prątki we krwi chorych na gorączkę przepuszczającą.

MARCHAND uważa ciała podłużne, pręcikowate z obrzmeniami na końcach *za swoiste* twory zimnicy. Wspomnieni autorowie utrzymują, że to ciało pręcikowate stanowi rodzaj lasecznika (*bacillus*), który podczas napadu gorączki wytwarza zarodniki (*spora*), za które uważać należy małe, kuliste, żywo się poruszające ciała.

W końcu jednak M. zwraca uwagę, że czasami przez rozpad ciałek czerwonych krwi powstać mogą podobne twory pałeczkowate, które wtedy nie mają żadnego związku z zimnicą i dla tego należy być ostrożnym w wypowiedaniu swego zdania o naturze tych ciał. *H. Goldblum.*

348. W. HACK. **Nerwice (Neurozy) zwrotne i cierpienia nosa.** Reflexneurosen und Nasenleiden. (*Berl. Klin. Wochenschrift.* Nr. 25—1882 r.).

Od czasu, gdy VOLTOLINI wykazał, że polipy nosa często dają powód do powstawania napadów dychawicznych, zaczęto coraz pilniej badać cierpienia nosa, przy czém przekonano się, że one bardzo często wywołują zaburzenia w innych organach na drodze odruchowej. Że dotychczas tak mało pisano o związku pomiędzy chorobami nosa a cierpieniami innych organów pochodzi zdaniem autora, skutkiem tego, że przy badaniu chorych zwykle zaniedbujemy obejrzeć błonę śluzową nosa, cierpieniom którego dotychczas tylko małe przypisywano znaczenie. Zdaniem autora, zmiany chorobowe na błonie śluzowej nosa często nie wywołują żadnych objawów, niekiedy jednak dają powód do powstawania przypadłości w innych organach, które mogą być leczone przez długi czas bezskutecznie, dopóki zasadnicze cierpienie (nosa) nie zostanie rozpoznane i usunięte.

Że choroby nosa wywołać mogą na drodze odruchowej zaburzenia w orga-

nach, często żadnego z nosem związku nie mających, HACK miał możność przekonać się przez troskliwe badanie nosa w każdym oddzielnym przypadku chorobowym.

Ważniejsze formy chorobowe, które w obserwacjach autora okazały się zależnymi od cierpienia błony nosa, są następujące:

1. *Kichanie kurczowe (Niesskrampf).* Kobieta zamężna od 20 lat cierpi na napady kichania składające się każdorazowo z 60—80 oddzielnych kichań. Po ukończeniu się napadu pozostawał znaczny ból głowy. Kobieta ta przez długi czas próbowała najrozmaitszych leków, ale bezskutecznie; w końcu pacjentka wyrzekła się wszelkiego leczenia.

Badając błonę śluzową nosa, autor znalazł *obrzemie* prawej muszli, średniej. Po jednorazowym przypaleniu tego miejsca galwanokauterem, napady kichania i bólów głowy przeszły bezpowrotnie.

2. *Napady kichania i dychawica.* U mężczyzny, cierpiącego od 8 lat na dychawicę i napady kichania, autor znalazł *rozlane obrzemie* dolnych i średnich muszli nosowych, kilkorazowe przypalenie których uwolniło chorego na zawsze od tych nerwowych przypadłości.

3. *Kaszel kurczowy (Krampf Husten).* Chory od kilku lat doznaje napadów kaszlu kurczowego, najczęściej śród nocy. Rozmaite leki i wody mineralne nie sprawiły żadnej ulgi. Chory przysłany był autorowi w celu zbadania krtani, gdzie jednak nie znaleziono żadnych zmian, natomiast znalazł się *polip włóknisty* wielkości grochu na środkowej muszli z prawej strony. Polip został usunięty na drodze operacyjnej i kaszel kurczowy zginął. Po kilku miesiącach polip odrósł—napady kaszlu wróciły. Dopiero po powtórnym usunięciu polipa chory zupełnie wyzdrowiał.

4. *Ból głowy.* U mężczyzny, od wielu lat cierpiącego na ból głowy, znaleziono w prawej jamie nosowej *zgrubienie* błony śluzowej muszli środkowej i polipa. Po

przypaleniu zgrubienia i usunięciu polipa chory wyzdrowiał.

5. *Kaszel i wymioty.* Chory uskarżał się na ciągle podniety do kaszlu, wywołane przez nieustające uczucie obecności ciała obcego w przetyku i na częste wymioty, szczególnie z rana. Autor wykrył na tylnej ścianie gardzieli i po za migdałkami ziarninę, sięgającą do jam nosowych. Ziarnina przypaloną została kilkakrotnie i chory wyzdrowiał. Oprócz powyższych cierpień, następstwami zmian na błonie śluzowej nosa okazały się jeszcze: nerwoból nadoczodołowy, nerwoból rzęskowy, połowiczny ból twarzy i wreszcie w jednym przypadku padaczka. Usunięcie cierpienia nosa zawsze pociągało za sobą zniknięcie cierpień wtórnych.

Autorowi ani razu nie udało się przez dotknięcie się chorego miejsca sondą przetykową wywołać właściwych u danego chorego odruchów.

Oprócz tego autor zwraca uwagę na to, że jak z doświadczeń SCHWALBE'GO, AXEL KEY'A i RETZIUSA wiadomo, naczynia chłonne błony śluzowej nosa pozostają w związku z naczyniami podpajęczkowymi mózgu. Na zasadzie tego, rodzi się myśl, że przy warunkach fizjologicznych w ten sposób reguluje się ciśnienie, pod którym zostaje płyn mózgodzeniowy. Zatkanie więc tej drogi odpływowej może wywołać wzmocnienie ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, w następstwie czego powstać mogą niektóre zaburzenia, jak bóle głowy i t. d. Z drugiej zaś strony, usunięcie zmian chorobowych błony śluzowej nosa, przywrócić może napowrót związek naczyń chłonnych nosa i mózgu, przez co dane zaburzenia giną. Autor pogląd ten jednak wypowiada z wielką ostrożnością.

H. Goldblum.

349. Prof. G. SÉE. **O zakaźnych zapaleniach płuc.** Des pneumonies infectieuses. (*L'union Med.* Nr. 76, 77 i 78 rok 1882).

Bardzo często spotkać się można w

niektórych rodzinach, domach, miastach i t. d. z zapaleniami płuc, które występują odrazu u większej liczby osób, nadając przez to chorobie cechę swoistą.

Autor obserwował często podobne formy zapalenia płuc w niektórych rodzinach: W jednej z nich rodzice trojga dzieci w jednym i tymże czasie dostali dreszców; na drugidzień można już było rozpoznać zapalenie płuc zrazowe, przy którym jednak wystąpiły objawy tyfusowe: silne osłabienie, język i wargi suche, wzdęcie brzucha, powiększenie śledziony i ciągle majaczenie. Chorzy ci szybko zmarli. Dzieci zaraz w początku choroby rodziców usunięte zostały z domu i nie chorowały wcale. W innym znów przypadku, pięcioro dzieci zachorowało w przeciągu kilku dni na zapalenie płuc. Dzieci te wyzdrowiały, osoby starsze tej rodziny nie chorowały. Podobnych przykładów autor przytacza daleko więcej. W powyższych cierpieniach SÉE widywał częste powikłanie ze strony opłucnej, wsierdzia i nerek.

Opisane tu zapalenia płuc nieprzedstawiają, zdaniem autora, zwykłego zapalenia zrazowego, a raczej jakąś chorobę ogólną, wywołaną przez zarazek, który przeważnie podziałal na płuca, zapalenia przeto te zaliczone być winny do *zaraźliwych*.

W nowszych czasach, podobne zapalenia płuc, szerzące się, jakby nagminnie, w miastach, szkołach, więzieniach i oddzielnych domach, opisali głównie lekarze niemieccy, angielscy i amerykańscy; KUHN, RODEMANN, DALY, KIRCHENSTEIN, i wielu innych. Opis KUHNA, tyjący się dwóch epidemij w więzieniu w Moringen, jest ze wszystkich najdokładniejszy. W pierwszej epidemii chorych było 85, w drugiej 58. Choroba zaczynała się od nieokreślonych objawów; osłabienie ogólne, brak łaknienia, bóle w rozmaitych okolicach ciała; dreszcze, jednak bez klócia w boku. Dopiero trzeciego lub czwartego dnia ujawniały się zmiany miejscowe w płu-

cach. Przebieg zapalenia nie był typowy: zwątrobie nie było stałe, a zwykle tworzyło się kilka oddzielnych ognisk. Chorobę bardzo często wikały cierpienia opłucnej, białkomocz i powiększenie śledziony. W pierwszej epidemii zmarło chorych 16; w drugiej 8.

Opis **RODEMANN**a, tyjący się epidemii we Frankfurcie w Kentucky, podobny jest do opisu **KUHN**a.

Epidemije zapalenia płuc w miastach opisali między innymi **LEICHTENSTERN**, **KIRNE** i **PENKERT**; zaś **WELSH** i **CORTELO** opisali epidemije zapaleń płuc, występujące wśród pułków angielskich w Afganistanie. Najliczniejsze zaś epidemije obserwowane wśród pojedynczych rodzin, zostały opisane przez **MÜLLERA**, **RITTERA**, **HARDWICHA**, **PATCHETTA** i innych. W epidemii opisaną przez **MÜLLERA**, ojciec, matka, syn, córka i wnuk jednocześnie zachorowali na zapalenie płuc, które jednak u wszystkich osób zakończyło się wyzdrowieniem. W epidemii **DALY**'EGO z 8 ludzi, składających rodzinę, 6 zachorowało: 4 dzieci wyzdrowiało, 2 zmarło. Nakoniec w epidemii, obserwowanej przez **PATCHETTA**, cała rodzina, złożona z 4 braci i jednej siostry, zmarła: zapalenie płuc przyjęło u nich charakter adynamiczny; śmierć nastąpiła w przeciągu 3 do 4 dni.

Fakty te pokazują, że istnieje zapalenie płuc z tendencją epidemiczną, które odróżnia się od zwykłego zrazowego zapalenia: Choroba ma zwiastuny, dłużej lub krócej trwające; gorączka nie jest typową i nie odpowiada zmianom miejscowym, lub ciężkości stanu ogólnego; chorzy są mocno osłabieni. Choroba zwykle umiejscawia się w wierzchołkach płuc, zajmując b. często oba płuca. Jeżeli do wyliczonych tu różnic dodamy częste powikłania, jako to: powiększenie śledziony, śródmiąższowe zapalenie nerek (obfity białkomocz), cierpienia opłucnej lub serca; oprócz tego dłuższy czas trwania choroby, gorsze rokowanie, a wreszcie jednocześnie zjawienie się choroby u kilku osób,

będziemy wówczas mieli dane, które aż nadto wystarczają do odróżnienia zapalenia płuc zakaźnego, epidemicznego, od zwykłego zrazowego.

Autor zadaje sobie pytanie, jak należy pojmować podobne zapalenia? Zdania autorów są bardzo podzielone, **BARELLA** sądzi, że powstają one pod wpływem umiejscowienia się zarazka tyfusowego w płucach. **BANTI**, z uwagi na brak zmian w gruczołach **PEYERA**, nie podziela tego zdania, a utrzymuje, że zapalenia te zależą od swoistego zarazka, całkiem różnego od zarazka tyfusowego. Zdanie **BANTI**'EGO podziela **GRIMSHAW** i **MOORE**, którzy zapaleniom tym nadali nazwę „*pythogéniques*“. Zarazek sam, zdaniem jednych, powstaje skutkiem natłoku chorych, na co jednak **SÉE** się nie zgadza z uwagi, że obserwowano epidemije w oddzielnych domach. Drudzy, jak **BANTI**, sądzą, że epidemiczne zapalenie płuc rozwinać się może pod wpływem gazu kłocznego (*Sewer gas pneumonia* Anglików). Autorowie próbowali zaszczepić niższym zwierzętom rozmaite produkty tego zaraźliwego zapalenia płuc; wyniki wszelako były zawsze ujemne.

Co się wreszcie tyczy możliwości zarażenia się człowieka od człowieka, to niektórzy utrzymują, że zarażenie to jest możliwe; inni zaś temu przeczą. Do tego ostatniego obozu należy także i **SÉE**, który jednocześnie lub kolejne występowanie choroby u kilku osób tłumaczy przez jednocześnie podziałanie na nich jednego i tego samego zarazka; ostateczne *résumé* autora jest następujące:

Oprócz czysto miejscowego, zrazowego zapalenia płuc, istnieje odrębna forma zapalenia, wywołanego przez zarazek swoistej przyrody. Zapalenie to wystąpić może nagminnie i przedstawia te same objawy co zwykłe zrazowe zapalenie, od którego wszelako odróżnia się swym charakterem zakaźnym, powiększeniem śledziony, cierpieniem nerek (białkomocz) i błon surowiczych.

H. Goldblum.

350. Dr. L. SCHERPF. **Niedostatek hemoglobiny we krwi i zachowanie się jej podczas leczenia żelazem.** (*Zeitschr. f. Klin. Medicin. Bd. IV. H. 4*).

Podczas swego 6-letniego pobytu w zakładzie kąpielowym w Bocklet jako lekarz zdrojowy, zajmował się S. badaniem krwi pod względem zachowania się hemoglobiny u chorych małokrwistych, leczonych w tym zakładzie. Ilość barwnika krwi autor określał za pomocą analizy spektralnej podług metody VIBORDT'A, dającej dokładniejsze wyniki niż wszelka inna. Krew do badania brano z palca, po ukłuciu igłą trójgraniastą, za pomocą pipety szklanej. Oznaczoną ilość krwi, rozcieńczono 200 razy wodą przekroploną z dodatkiem małej ilości gryzącego potasu dla prędszego i dokładniejszego rozpuszczenia białych ciałek krwi. Ilość hemoglobiny we krwi zależy od różnych okoliczności, na co baczną przy badaniu należy zwracać uwagę. Zależy ona od okolicy ciała, z której krew jest wziętą (LEICHTENSTERN),— autor stale brał krew ze średniego palca lewej ręki;—od położenia części ciała, z której krew jest czerpaną (KOSTIURIN), krew np. z wielkiego palca nogi mniej zawiera hemoglobiny, jeśli z powodu wysokiego położenia kończyny, obieg krwi zostaje w niej zwolnionym. Zdaniem innych autorów jednakże, przyspieszenie obiegu krwi nie ma żadnego wpływu na ilość hemoglobiny, i zmiana położenia nie odgrywa tu żadnej roli. Krew tętnicza różni się co do ilości hemoglobiny od krwi żylniej. Ciśnienie krwi jako też ruch ciała wpływa na zwiększenie lub zmniejszenie ilości hemoglobiny: powiększa się ona przy podniesieniu ciśnienia lub przy pracy mięśniowej. Nakoniec nie w każdej porze dnia ilość hemoglobiny jest jednakową; zależy to od czasu, kiedy przyjęty został pokarm (LEICHTENSTERN). S. sądzi, że różnica w ilości hemoglobiny w różnej porze dnia, daleko jest mniejsza u niedokrwistych i chlorotycznych osobników, niż u zdrowych. Do doświadczeń swoich jednak

brał on krew zawsze w jednej porze dnia, a mianowicie przed kąpielą (między godz. 10 a 12 rano). Woda mineralna, którą chorzy na 3—4 godzin przed badaniem krwi w ilości $\frac{5}{4}$ litra przyjmowali, nie mogła tu mieć wpływu na ilość hemoglobiny krwi, gdyż w ciągu tego czasu z ustroju wydzieloną została. LEICHTENSTERN nie mógł skonstatować żadnej różnicy w ilości hemoglobiny u człowieka, używającego w ciągu 3 dni 21 $\frac{1}{2}$ litrów wody przekroplonej z dodatkiem *aq. foeniculi* i *aq. menthae*. Również TARCHANOFF nie widział żadnej zmiany w zabarwieniu krwi u zwierząt przy badaniu jej w kilka godzin po użyciu wielkiej ilości wody.

W niniejszej pracy autor podaje wyniki badania 20 chorych anemicznych, leczonych przez siebie w zakładzie wód żelazistych w Bocklet. Leczenie zasadało się na użyciu kąpeli i piciu wody w ilości kilku szklanek dziennie. Wynik leczenia u wszystkich chorych w ogóle był zadawalniający, szczególnie u kobiet, cierpiących na typową blednicę (*chlorosis*). U niektórych chorych pod koniec leczenia zabarwienie krwi doszło do stopnia normalnego, większa zaś część chorych opuściła zakład ze znacznym tylko polepszeniem, co się daje wytłomaczyć zbyt krótkim przebywaniem tych chorych w zakładzie. U dwóch chorych jednak nie dało się zauważyć powiększenia ilości barwnika krwi, jakkolwiek dolegliwości znacznie się zmniejszyły. Autor zauważył że nie zawsze zachodzi stały stosunek między ilością hemoglobiny a cierpieniem chorych. Spozstrzegwał on chorą, mającą wszystkie cechy daleko posuniętej blednicy, jednak ilość hemoglobiny we krwi okazała się zupełnie normalną, a choroba prawdopodobnie wywołaną była przez zmniejszenie masy krwi. Że w niedokrwistości w samej rzeczy ma miejsce zmniejszenie masy krwi, dowiedli ZYBULSKY i SASSECKY; według ich obliczenia masa krwi u 2 niedokrwistych chorych miała się do wagi ciała jak 1:21,8 i 1:23, podczas gdy normal-

nie bywa jak 1:13 lub 14. W samej rzeczy, twarde tętno, napełnienie naczyń włoskowatych skóry, powiększenie wydzielin pozwala sądzić, że powiększenie ciśnienia w naczyniach zależy nietylko od wzmocnienia nerwów naczynio-ruchowych resp. podwyższonego napięcia naczyń, lecz i od powiększenia masy krwi. U chorych, u których nastąpiło powiększenie ilości hemoglobiny, prawdopodobnie miało miejsce i powiększenie masy krwi.

Dawniejsi autorowie, dobre wyniki, jakie otrzymywali przy leczeniu chorych kąpielami mineralnymi, przypisywali leczniczej sile samego źródła. Na zasadzie swoich spostrzeżeń autor dochodzi do wniosku, że ważniejszą rolę, niż same wody, odgrywają tu inne momenty: powietrze leśne, bogate w tlen, wolne od kurzu, spokojne życie, pokarm zdrowy, bogaty w białko, ruch ciała; oto są momenty, które uwieńczają leczenie za pomocą wód żelazistych najlepszymi wynikami, podczas kiedy leczenie domowe żelazem nie przynosiło żadnej korzyści.

Wody w Bocklet prócz żelaza zawierają w sobie jeszcze kwas węglany, który także nie mały wpływ na leczenie wywiera. Co się tyczy wewnętrznego użycia wód żelazistych, to działanie ich, zdaniem autora zgodnie z LEICHTENSTERNEM, zależy nietylko od rozpuszczonego w nich żelaza, lecz i od ilości kwasu węglanego i soli kuchennej, która się przyczynia do wessania żelaza. Ażeby w ogóle żelazo wewnątrz zadawało skutecznym wpływ wywierało, należy, aby kanał pokarmowy był zdolny do przerobienia go i wessania, gdyż przy wewnętrznocieplecie ciała, dwuwęglan żelaza przechodzi w chlorek i jako taki zostaje wessanym. CO₂ i NaCl, znosząc u tych chorych towarzyszącą im prawie zawsze niestrawność, zwątlenie (*atonía*) kanału pokarmowego i niezbyt żołądka i kiszek, przyczyniają się do wessania i do lepszego znoszenia żelaza.

L. Krause.

351. Dr. OTTO BUNGE. **O ugniataniu (massage) brzucha, zwłaszcza macicy i jej części dodatkowych.** (*Berlin. Klin. Wochenschr.* 1882. Nr. 25).

Pomimo że w chirurgii ugniatanie już oddawna znalazło powszechne uznanie w najrozmaitszych cierpieniach kończyn, jednak zastosowanie tego rękoczynu w ginekologii od bardzo niedawnego dopiero czasu się datuje. BANDL i GUSSENBAUER po kilku skutecznych próbach zaczęli stosować tę metodę przy leczeniu chorób jamy brzusznej; po nich zaś HEGAR przy przewlekłych zawałach macicy, szczególnie przy starych guzach w okolicy macicy. Autor, przekonawszy się o dobrych skutkach, jakie przyniosło leczenie przewlekłych cierpień stawów za pomocą ugniatania, używał tego rękoczynu przy cierpieniach narządów jamy brzusznej u kobiet, szczególnie cierpiących na przewlekłe zaparcie stolca, u których można było skonstatować zwątlenie kiszek. Wykonanie tej manipulacji zasadza się na tém, że zacząwszy od lewego skrzydła kości biodrowej, za pomocą jednej lub obydwóch rąk, posmarowanych oliwą, przez naciskanie ścian brzucha posuwamy zawartość kiszek, postępując coraz dalej do okolicy biodro-kątnicznej, dopóki nie napotkamy brzegu ostatniego żebra. Skuteczność tego środka nie zależy od rozdrobienia i posuwania zawartości kiszek, lecz od drażnienia i mechanicznego rozdzielenia, jeśli istnieją jakieś stare zrosty. BUNGE jest zdania, że nie należy się obawiać przedziurawienia kiszek, jak przypuszcza MOSENGEIL, jeżeli się nie przedsięwzięje tego środka w procesach świeżych, a wykonywa go się delikatnie.

Sposób ten autor stosował także w rozmaitych cierpieniach organów płciowych u kobiet, w celu oswobodzenia od pozostałego wysięku w różnych postaciach, po przebytém *para-* i *perimetritis*. Szczególniej sposób ten okazał się skutecznym przy *subinvolutio* i *retroflexio uteri mobilis*. Ugniatanie w tych przy-

padkach można stosować wewnątrz i zewnątrz. Przy stosowaniu ugniatania zewnętrznego posługujemy się jedynie tylko ścianami brzuszными aby przez gnienie i dotykanie ucisk na macicę i jej części dodatkowe wyrwać i takim sposobem podziać na produkta okoliczności. Skutek zależy tu od rozdrobienia wysięków chorobnych, powierzchnia wessania powiększa się, przez co wysięk łatwiej wessany zostaje. Jeżeli macica tak ściśle do przedniej lub tylnej ściany miednicy przylega, że niepodobna podejść ręką, aby ucisk na wysięk wyrwać, należy ją wprzód za pomocą ciśnienia lub odpowiednich poruszeń oddzielić. Dobrze jest manipulację tę wykonać za pomocą jednej tylko ręki, jeden zaś palec lub dwa drugiej ręki wsunąć w pochwę lub kışkę odchodową i regulować ucisk z zewnątrz pochodzący. Jeżeli produkt zapalny leży w jamie DOUGLASA, to można ucisk wyrwać za pomocą palca, wsuniętego w pochwę. Rękoczyn taki jest bolesny, i dla tego należy go ostrożnie wykonywać. Skuteczny wpływ, jaki czasem wywierają w wyżej przytoczonych przypadkach pędzlowania pochwy nalewką jodową lub innymi środkami, B. także przypisuje uciskowi, jaki wywołują wzierniki do pochwy wprowadzone przy zastosowaniu tych środków. Trzeba mieć na uwadze, że w razie zgięcia macicy, trzeba ją wyprostować przed użyciem w mowie będącego sposobu.

Wykonanie rękoczynu trwa mniej więcej kwadrans, co zresztą zależy od siły chorego i lekarza. Jako przeciwwskazanie autor podaje ciążę i wszelkie cierpienia macicy i jej okolic z wysiękiem ropnym i posokowatym. Wyniki użycia tej metody B. opiera na 17 przypadkach przewlekłego cierpienia organów płciowych u kobiet.

L. Krause.

III. Choroby nerwowe i Psychiatryja.

352. EYSELEIN. **O szczególnym rodzaju krzyku drgawkowego.** Ueber eine eigenthümliche Art von Schreikrämpfen. (*Centr. f. Nervenheil.* 1882. Nr. 11).

Autor obserwował 14-letnią dziewczynkę, która w skutek przestachu dostała szczególnego rodzaju drgawek. Wygłaszała ona w ciągu dnia 5,400 razy (co 10 sekund) zgłoski *nae, nya*. Badanie otwartych ust wykazało iż jedynie łuki podniebienia i języczek uczestniczyły w drganiu; przytém wyraźnymi były skurcze mięśni otaczających krtani. W nocy drgawki ustały. Strumień stały (+ w szyjowej części kręgosłupa, — na krtani) miały ten skutek, iż napady nie były więcej tak głośnie jak poprzednio. Polepszenie nastąpiło gdy biegun dodatni zastosowano na górne kręgi szyjowe, ujemny na ostatni kręgi szyjowe. Obok tego podawano żelazo przeciwko blednicy. Stopniowe zupełne wyleczenie. Autor sądzi iż miał do czynienia z cierpieniem nerwu błędnego a głównie jego włókien ruchowych. Być może iż była tu miejscowa niedokrwistość w punkcie wyjścia nerwu. Wreszcie przytacza jeszcze 2 przypadki w których ton *hã* drgawkowo wygłaszanym był niezliczoną ilość razy w ciągu dnia. Wyleczenie nastąpiło i w tych wypadkach.

A. Rosenthal.

353. Prof. BERGER. **Paralysis agitans.** (*Ref. w Neurologisches Centralblatt* 1882. Nr. 10).

Autor w liczbie 6,000 chorych nerwowych spostrzegł 37 typowych przypadków tej choroby. Z tej liczby 34 wypadków przypada na wiek od 40 do 70 lat. W jednym przypadku choroba rozwinęła się u 17-letniej dziewczyny nagle w skutek przestachu. U 25-letniego mężczyzny wystąpiła po przebytych tyfusie brzuszonym. W sprzeczności z poprzednimi danymi B. spostrzegł stosunkowo często dziedziczne usposobienie neuropatyczne u

osób dotkniętych tą chorobą. B. zna rodzinę w której dziadek (ze strony ojca) i ojciec zmarli w skutek posuniętej drżączki paralitycznej; z 4-ch dzieci dwóch synów dotkniętych jest nieuleczalną płasawicą wraz z padaczką, córka zaś jedna padaczką macinniczą. Jako bezpośrednie przyczyny choroby uważa B. gwałtowne wstrząśnienia psychiczne, przeziębienie, oraz traumatyczne uszkodzenie nerwów obwodowych.

Co do przebiegu choroby, B. pomiędzy 29 wypadkami, punkt wyjścia drżenia widział 20 razy w prawej ręce, 6 razy w lewej, 1 raz w obu i 2 razy w prawej nodze. Zdania CHARCOT'A, jakoby głowa wolną była od drżenia, B. potwierdzić nie może. W 3-ch przypadkach widział wyraźne kurcze kloniczne mięśni karku i szyi, kilka zaś razy nieznaczne drżenie w dolnych mięśniach twarzy i żwaczach. W jednym wypadku od 14 lat trwającej drżączki prawej ręki, widział znaczne bardzo zwiększenie objętości ramienia (przerost mięśniowy?). Czucie we wszystkich przypadkach było niezmiennione. W 2-ch (zakończonych śmiercią) przypadkach pojawiły się napady wrzekomo apoplektyczne, podobnie jak przy *sclerosis multilocularis*, których to napadów przyczyna anatomiczna nie została znalezioną. W ogóle badanie drobnowidzowe mózgu i rdzenia w 3-ch przypadkach nie wykazało żadnych zmian. Pod względem terapeutycznym B. z liczby 20-tu przypadków ani razu nie widział polepszenia pod wpływem leczenia elektrycznością. Natomiast w jednym wypadku naciąganie spłotu ramieniowego odniosło niewielki skutek.

A. Rosenthal.

354. Dr. SEELIGMÜLLER. **Położenie łopatki przy porażeniu m. zębatego.** (*Neurolog. Centrbl.* 9—1882).

Łopatka, a głównie kąt jej dolny, może być przybliżona do kręgosłupa (*Rhomboidei*) i oddalona od niego (*Serratus*), a nadto może być pociągnięta do góry

(*Cucullaris* i *Levat. ang. scap.*); nakoniec może być obrócona około osi przebiegającej mniej więcej w kierunku grzebienia łopatki (*Pectoral. min.*, *Biceps brachii*, *Coracobrachialis*). Obojczyk powstrzymuje pewne ruchy; *Rhomboidei*, *Serrat. ant. maj.* i *Latissimus dorsi* przytwierdzają łopatkę do klatki piersiowej. Autor powołując się na fakt, że porażenie danego mięśnia musi koniecznie wywołać skurcz a ewentualnie przykurczenie mięśni antagonistycznych nie porażonych, dowodzi najprzód, że przy dłużej trwającym porażeniu mięśnia zębatego (*Serratus*), powstaje zawsze, *nawet w stanie spoczynku*, nienormalne przybliżenie dolnego kąta łopatki do kręgosłupa. Przy każdej innerwacji mięśnia zębatego, zostają innerwowane i mięśnie antagonistyczne, mianowicie *Rhomboidei*; przy porażeniu więc m. zębatego, działają tylko te ostatnie, przez co powstaje habitualne addukcyjne położenie dolnego kąta łopatki. Powtórę, przy dłużej trwającym porażeniu m. zębatego, dolny kąt łopatki zostaje odciągnięty od klatki piersiowej w skutek kurczenia się mięśni: *pectoral. min.*, *coracobrachialis* i *biceps*, które wywołują obrót wyżej wspomniany. Nadto, w skutek przybliżenia łopatki do kręgosłupa, znacznie węższy pasek m. szerokiego (*latissimus*) pokrywa dolny jej kąt, który przez to tém łatwiej wysliznąć się może. W skutek częstych ruchów wspomnianych mięśni, odstawanie dolnego kąta łopatki staje się habitualnym nawet w stanie spoczynku. Potrzebie, przy porażeniu m. zębatego, podniesiony zostaje cały wewnętrzny brzeg łopatki, przez działanie m. *infraspinatus*, który ma *punctum fixum* normalnie na łopatce i wywołuje abdukcję ramienia; przy wspomnianym zaś porażeniu, *punctum fixum* tego mięśnia znajduje się na przyczepie ramieniowym, przezco oddala on wewnętrzny brzeg łopatki od klatki piersiowej. Położenie to nie tak łatwo staje się habitualnym jak poprzednie, ponieważ mm. *Rhomboidei* i *cucullaris*, przeciwdziałają

bardziej podniesieniu brzegu wewnętrznego, aniżeli dolnego kąta łopatki.

Autor przytacza jeszcze dwa spostrzeżenia *idiopatycznego kurczu m. cremaster*, który to kurcz wystąpił, nie jak zwykle, jako zjawisko odruchowe (*neuralgia testis, enteralgia, gastralgia spinalis*) lecz bez żadnych znaków jakiegokolwiek drażnienia pierwotnego nerwów czucia. W obu przypadkach był kurcz toniczny, trwający 2—3 minut i powtarzający się kilka razy dziennie. W jednym przypadku wyleczenie nastąpiło po podskórnych wstrzykiwaniach atropiny, w drugim, gdzie środek ten nie skutkował, po trzytygodniowej galwanizacji.

K. F.

355. Prof. BERGER. **O idiopatycznym kurczu języka.** (*Neurol. Centrbl.* 8, 1882).

1. Kobieta 28-letnia, anemiczna, zresztą zupełnie zdrowa, dostała nagle bez widocznej przyczyny, napadu kurczu języka; napady powtarzały się odąd, w krótszych lub dłuższych odstępach czasu, niekiedy kilka razy w dzień i w nocy; rozpoczynały się uczuciem napięcia powyżej krtani i obrzmieniem języka, poczem występowały mimowolne, bardzo gwałtowne i rytmicznie się powtarzające kurcze języka (około 50—60 na minutę), przyczem ten ostatni wypychany był ku przodowi. Napad trwał 1—2 minut i kończył się kilka minut trwającym drganiem włókienek mięśniowych języka (*fibilläre Zuckungen*). Oprócz anemii, badanie nic nie wykrywało. Język przedstawiał czucie, ruchy i odżywianie prawidłowe. Napady ustąpiły przy użyciu kuracji wzmacniającej (ferrum, chininum, kąpiele żelazne).

2. Drugie spostrzeżenie dotyczy silnego, zdrowego, 42-letniego mężczyzny, któremu od 2½ lat, od czasu do czasu, niekiedy kilka razy w tydzień, a nawet 3—4 razy w dzień, język mimowolnie, nagle, wysuwa się z gęby, bez żadnych zresztą kurczów w innych częściach ciała. Przyczyny cierpienia nie można było odkryć.

Spostrzeżenia te dowodzą, że istnieje

może *idiopatyczny kurcz języka*, polegający prawdopodobnie na centralnym podrażnieniu *n. hypoglossi*.

K. F.

356. Dr. RUMPF. **Leczenie wiądu rdzenia pędzelkiem faradyzacyjnym.** (*Neurol. Centrbl.* Nr. 1—2, 1882).

Autor opisuje najprzód typowy przypadek wiądu, przed 11 laty powstały; cierpienie rozpoczęło się od bólów strzelających, poczem przyłączyło się osłabienie w nogach, nieprawidłowe sensacje w w stopach i rękach, uczucie opasania i osłabienie pęcherza. W ostatnich miesiącach stan pogorszył się znacznie, tak że chory z wielką trudnością i tylko przy pomocy kija mógł przejść kilkanaście kroków. Przytém istniał bezład (*ataxia*) kończyn górnych i dolnych, ogólna analgezyja, zmniejszenie czucia na dotyk i temperaturę, brak wszystkich odruchów ścięgniowych. Autor przedsięwziął leczenie pędzelkiem faradyzacyjnym: biegun dodatni na mostek, ujemny z pędzelkiem na krzyż i kończyny, trwanie posiedzenia około 10 minut, co drugi dzień. Po 5 posiedzeniach bóle prawie zupełnie znikły, czucie poprawiło się. Po 4 tygodniach pozostała tylko nieznaczna analgezyja. Ponieważ niepewność i uczucie zmęczenia w kończynach dolnych, utrzymywały się, autor stosował naprzemian faradyzację pędzelkiem i galwanizację mlecza. Po 2 miesiącach nastąpiło zupełne wyleczenie, brak tylko było odruchów ścięgniowych. W rok później, powróciły nawet odruchy ścięgniaste na kończynach górnych i odruch stopowy.

Drugi przypadek dotyczył tabetyka u którego zachowane jeszcze były odruchy ścięgniaste, istniały jednak wszystkie inne niewątpliwe objawy wiądu: bóle strzelające, parastezyje na kończynach górnych i dolnych, analgezyje, zmniejszenie czucia na dotyk, bezład kończyn dolnych i górnych obok zachowania siły mięśniowej, zaburzenia ze strony pęcherza moczowego, impotencyja. Po bezskutecznej kuracji galwanicznej i antysyfilitycznej, autor

stosował faradyzację pędzelkiem jak w poprzednim przypadku, przyczém bóle się zmniejszyły, czucie powróciło, funkcja pęcherza moczowego stała się prawidłową, bezład zniknął. Leczenie trwało 6 tygodni. Obecnie po 2 latach, niema śladu dawnego cierpienia, pozostała tylko impotencyja.

Jakkolwiek autor w wielu podobnych przypadkach otrzymał zadawalniające rezultaty, jednakże nie brakowało mu i na mniej pomyślnych, i dla tego nie przypisuje tój metodzie absolutnej skuteczności we wszystkich przypadkach wiądu rdzenia, ani też témbardziej nie chce jęj uważać za środek uniwersalny. *K. F.*

357. Prof. FRIEDR. SCHULTZE. **O anatomicznej podstawie tężca (tetanus).** (*Neurol. Centrbl.* 6—1882).

Autor polemizuje z AUFRECHTEM, który jako przyczynę tężca znaleźć miał „miąższowe zapalenie“ komórek zwojowych części szyjowej rdzenia, i zarzuca mu, że używał niedostatecznej metody i niewiedział, że komórki zwojowe w części szyjowej rdzenia są zawsze mniejsze od komórek w części lędźwiowej. Nadto, ostre zwyrodnienie komórek rogów przednich rdzenia, prowadzi do ostrych bezwładów, a nigdy do objawów tężcowych. Autor badał świeżo 4 przypadki traumatycznego tężca, a szczególnie śledził okolicę motorycznego jądra nerwu trójdzielnego (*trigeminus*). Nieznalazi nigdy zmian charakteryzujących ostre zapalenie mlecza lub opon rdzeniowych. W przypadku tężca powstałym po zranieniu oka, z zapaleniem sympatycznym drugiego, opisanym przez BECKERA, badanie anatomiczne wykryło *neuritis ascendens* obustronną aż do *foramen opticum*, nerw wzrokowy wewnątrz czaszki i *chiasma* były normalne; ani śladów *meningitis* lub *myelitis*; tylko nacieczenie drobnokomórkowe, jakie spotyka się i przy innych chorobach ostrych, a w jądrze nerwu trójdzielnego przekrwienie i małe wynaczynienia, zdarzające się często przy tężcu, nietylko

w centralnym systemie nerwowym. Nie istniała więc żadna *meningitis*; wiadomo zresztą dobrze, że *meningitis* niewywołuje tężca. Autor przypuszcza, że opisywane w ostatnich czasach przez niektórych badaczy nagromadzenia komórek limfatycznych w około naczyń, polegają także w części na błędnej obserwacji. *K. F.*

358. Prof. M. BERNHARDT. **Przyczynek do nauki o zaburzeniach czucia i wzroku przy cierpieniach półkul mózgowych.** (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. XII. H. 3*).

Autor przytacza kilka przypadków cierpienia mózgowego, w których przeważnie dotkniętą została sfera czucia. Cierpienie występuje nagle po lekkim napadzie apoplektycznym, przyczém chorzy nie tracą świadomości, lub też jest ona przez krótki tylko czas przyćmioną. W następstwie owego napadu powstające porażenie ruchu jednej połowy ciała, lub przeważnie kończyny górnej, jest tylko nieznaczne i wkrótce też (po kilku godzinach) zupełnie przechodzi. Natomiast zwraca uwagę zaburzenie sfery *czuciowej*. Ostatnie rozwija się przeważnie w kończynie górnej. Polega bądź na podmiotowych zaburzeniach czucia (*paraesthesiae*), jak uczucie odrętwienia, mrowienia i t. p., bądź też na obiektywnem zmniejszeniu wszelakich własności czuciowych (uczucie dotyku, ciężaru, różnic ciepłoty). Jakkolwiek siła mięśniowa nie jest bynajmniej zmniejszoną, jednakże chorzy nie są w stanie posługiwać się kończyną, gdyż przedstawia im się ona jako coś obcego; nie są też w możności odróżniać różnych przedmiotów położonych na ręce cierpieniem dotkniętęj; wszelkie drobne czynności ręczne stają się niemożliwemi. W skutek tego chorzy przestają zupełnie posługiwać się ręką, jakby ta dla nich wcale nie istniała.

Jednocześnie z wyżej opisanemi zjawiskami, u chorych w większej części przypadków stwierdzono ślepotę połowiczną (*Hemianopsia*) jednostronną z połową cia-

ła dotkniętą porażeniem czucia. Zaburzeń ze strony innych zmysłów przy tém cierpieniu nie spostrzegano.

Opisane powyżej cierpienie po kilku tygodniach lub miesiącach znika w zupełności, przyczem pozostać może ślepotą połowiczna, niekiedy cierpienie pozostaje bez zmiany lub też powiększa się. Ten ostatni wypadek polega na tém, że do zaburzeń czucia ręki przyłącza się zaburzenie kończyny dolnej, twarzy, rzadko bardzo tułowia; niekiedy niemota (*aphasia*).

Jakkolwiek autor anatomicznej przychyny opisanych objawów nie miał sposobności wykazać na własnych spostrzeżeniach—jednakże znane w literaturze przypadki analogiczne, stwierdzone badaniem pośmiertném, zarówno też wyniki doświadczeń dokonanych głównie przez MUNK'A, pozwalają dać przypuszczalne rozpoznanie anatomiczne. Autor sądzi, iż brak głębszych porażień ruchowych wyklucza cierpienie zwojów ruchowych, jakoteż torebki wewnętrznej; brak porażenia narządów zmysłów, wyklucza porażenie tylniej części torebki wewnętrznej. Natomiast wszystko przemawia za tém, iż dotkniętą tu została kora mózgowa oraz przyległa część istoty białej, w części mózgu znaną jako „zona motorica“ a którą MUNK nazwał *Fühlshäre*. Są to więc głównie: zawój czołowy wstępujący i ciemieniowy wstępujący. Ośrodki tu leżące nie są punktem wyjścia siły ruchowej, lecz ześrodkowują się tu wyobrażenia o ruchach skomplikowanych, o położeniu kończyn, oparte na wrażeniach czuciowych. Ztąd też przy cierpieniu o którym mowa, występuje wyżej opisana niezgrabność ruchów i t. p. Natężenie objawów klinicznych zależy od mniej lub więcej rozlanego lub głęboko przenikającego cierpienia kory mózgowej. *Hemianopsia* zależy od jednoczesnego cierpienia zawojów zrazu potylicowego (MUNK).

A. Rosenthal.

359. Dr. MORTON. **Naciąganie nerwów przy sclerosis lateralis, paralysis agitans, athetosis, myelitis transversa chronica, ischias, epilepsia reflexa.** (*New-York Neurological society. Meeting of 2. Febr. 1882*).

1. Mężczyzna 50-letni, po silném przeziębieniu się, przedstawia od 10 miesięcy wszystkie objawy tak zw. *paralysis spinalis spastica*. Wykonano mocne naciąganie prawego nerwu kulszowego; szóstego dnia po operacyi znaczna poprawa. W kilka miesięcy później naciągnięto i lewy nerw kulszowy, poczem stan chorego coraz bardziej się poprawiał (chory znajduje się jeszcze pod obserwacją).

2. Mężczyzna 45-letni cierpi od lat pięciu na *paralysis agitans*. Po wyczerpaniu wszystkich znanych sposobów leczenia, wykonano naciąganie nerwu kulszowego, poczem wystąpiło ciężkie porażenie ruchów i czucia w zakresie tego nerwu. W 3½ miesięcy później stan chorego miał być lepszy niż przed operacją. Autor nie poleca jednak wcale tego sposobu leczenia.

3. Trzeci przypadek dotyczył chłopca z prawostronną atetozą. Po naciąganiu nerwów: łokciowego (*n. ulnaris*) i pośrodkowego (*n. medianus*) wykonaném 16 listopada 1881, nastąpiła po raz pierwszy znakomita poprawa, która dotąd się utrzymuje (25 Stycznia 1882).

4. W czwartym przypadku, istniała u 64-letniego mężczyzny *myelitis transversa chronica*. Naciągnięto prawy nerw kulszowy ze znakomitym z początku skutkiem. Poprawa trwała przeszło miesiąc, poczem niestety dawny stan powrócił.

5. Mężczyzna 33-letni, cierpiący od wielu miesięcy na rwę kulszową (*ischias*), leczony był bezskutecznie rozmaitemi sposobami. Po naciągnięciu nerwu bóle ustały; w trzy miesiące później pacjent zdrów był jeszcze zupełnie.

6. Mężczyzna 40-letni doznawał od

lat wielu napadów padaczkowatych, które występowały zawsze przy dotknięciu okolicy (prawa strona twarzy i karku) nazwanej przez BROWN-SÉQUARDA okolicą padaczkotwórczą (zone epileptogène). Naciągnięto nerwy: *medianus*, *ulnaris* i *cutaneus internus*, a jednocześnie *plexus brachialis* i rdzeń szyjowy. Napady zmniejszyły się; czas obserwacji dotąd jeszcze za krótki dla wydania ostatecznego sądu. Wedle autora należy naciągać aż do 3 lub 5 minut i użyć znacznej siły. Lekkie naciąganie wywołuje przejściowe tylko porażenie ruchu, silniejsze zaś—porażenie czucia; porażenia te jednak szybko znowu ustępują. Zbyt silne naciąganie może wywołać bezwład trwający kilka miesięcy; zaburzenia czucia wyrównują się daleko prędzej.

W dyskusyi jaka się wywiązała po wykładzie autora, wspomina WYETH o naciąganiu obustronnem nerwu kulszowego u mężczyzny cierpiącego od lat siedmiu na wiażd rdzenia (*tabes dorsalis*). Bóle jakich chory doświadczał ustały, lecz w trzy miesiące powróciły, jakkolwiek słabsze. Inne objawy choroby pozostały niezmienione. GERSTER naciągał oba nerwy kulszowe u tabetyka; bóle zmniejszyły się, lecz żadnej innej poprawy nie osiągnięto. BEARD poleca operacyję w celu leczenia kurczu pisarskiego. HAMMOND naciągał oba nerwy kulszowe u kobiety cierpiącój na *tabes*;—bez żadnego skutku. Wyleczył jednak natychmiastowo długotrwałą rwę kulszową, przez bezkrawne naciąganie. DANA opisuje doświadczenia jakie wykonywał, najprzód sam na nieżywym psie, później z dr. PARTEREM na zwłokach ludzkich, w celu stwierdzenia, czy przy silnem naciąganiu nerwu kulszowego, da się spostrzedz jakieś ruchy rdzenia. *Rezultat był zupełnie ujemny* (sprzecznie z rezultatami niemieckich uczonych, jak GUSSENBAUER, etc.).

K. F.

360. FÜRSTNER. **Obrażenia głowy oraz cierpienia umysłowe.** Kopfverletzungen und Psychosen. (*Allgem. Zeitsch. f. Psych.* Bd. 38. Hest 5—6).

Autor przytacza 3 historyje chorób:

1) Obrażenie głowy w okolicy tyłogłowia u oficera nieusposobionego do cierpień psychicznych. Rana zablizniła się zupełnie. W 4 tygodnie po obrażeniu występuje przygnębienie psychiczne, później epileptyczne napady drgawkowe. Obok tego występuje nierówność źrenic, porażenie (*paresis*) n. twarzowego, zaburzenia w mowie. Po wycięciu blizny, objawy chorobowe stopniowo lecz w zupełności przemijają. Koniec obserwacji w 8 miesięcy po obrażeniu.

2) Obrażenie w okolicy lewój kości ciemieniowój u 37-letniego wyrobnika w r. 1873. Usposobienie psychopatyczne pacjenta jest wątpliwem. Wkrótce po wypadku pojawiły się uczucia: rwania, klucia, zawrotu oraz uczucia subiektywne w nosie i oczach. Od r. 1879 peryjodycznie występujące stany podniecenia natury padaczkowatej, stopniowo coraz częstsze; objawy ruchowe: drżączka, porażenie n. twarzowego, nierówność źrenic. Po wycięciu blizny polepszenie się stanu ogólnego, raz jeszcze krótka recydywa, poczem zaburzenia ustały. Koniec spostrzeżenia w 3 miesiące po wycięciu blizny.

3) Obrażenie okolicy lewój kości ciemieniowój u 45-letniego dziedzicznie usposobionego wyrobnika przed laty 15-tu. Pierwsze pojawienie się objawów chorobowych wkrótce po obrażeniu. Przebieg przewlekły, podobnie jak w 2-im przypadku, lecz przerwy nie zupełnie wyraźne. Po wycięciu blizny (w Lipcu 1880 r.) jeszcze 2 nieznaczne recydywy, poczem zupełne ustanie podniecenia. Chory obserwowany był przez cały rok po operacyi.

Autor zaleca stanowczo wycinanie blizn w przypadkach obłąkania traumatycznego, jakkolwiek przyznaje iż okres obserwacji w przypadkach jego był za kró-

tki. Ponieważ po operacji następuje szybkie znikanie szczególnie zaburzeń ruchowych, sądzi on, iż nie mamy do czynienia z głębszemi organicznemi cierpieniami mózgu. Stosowne leczenie pooperacyjne (*Kaliumbromatum*) podtrzymuje wynik operacji, znosząc stopniowo nienormalny stan pobudliwości mózgu. *A. Rosenthal.*

IV. Chirurgija, Oftalmologija, Otiatryja.

361. JOCHELSON. **O wyluszczeniu krtani z powodu złośliwego nowotworu i przywrócenie głosu przy pomocy sztucznej.** (*Wracz* Nr. 14).

Autor przytacza kazuistykę operacji wyluszczeń krtani, dokonanych przez różnych chirurgów od 1873 roku t. j. od pierwszej operacji BILLROTHA. Z trzydziestu kilku operowanych tylko 3 pozostało przy życiu i dotąd nie miało recydywy (wszystko to były mięsaki, przy których widocznie rokowanie jest lepsze). Z 15 operowanych, w końcu 1879 r. żyło tylko 2; 7 umarło w 3—14 dni po operacji, 4 po 4—12 miesiącach. J. sądzi, że dla otrzymania lepszych rezultatów trzeba, dokładnie rozpoznawszy naturę nowotworu jak najwcześniej operować, aby tym sposobem uniknąć szkodliwego wpływu nowotworu na organizm. Następnie autor opisuje przypadek zupełnego wyluszczenia krtani z kliniki prof. BERGMANA. Chory BERGMANA, u którego prof. ROSBACH rozpoznał raka lewej struny głosowej, skarżył się na ciągłą chrypkę i suchość w gardle. Z początku BERGMAN wątpił o tém, iż ma do czynienia z rakiem, gdyż nowotwór był zanadto rozlany, nie było powiększonych gruczołów limfatycznych i zewnętrzna forma krtani prawie nie była zmienioną. Przytém stan ogólny chorego, przy tak długim trwaniu nowotworu, (1½ roku) zupełnie nie ucierpiał. Opierając się na radzie ZIEMSSENA, B. przeprowadził kurację antysyfilityczną (frykcyje, podskórne wstrzykiwanie sublimatu, jodek potasu), lecz leczenie to nie

tylko, iż nie poprawiło stanu chorego, lecz przeciwnie pogorszyło. Przy powtórzném badaniu okazało się, iż nowotwór szybko rośnie i obejmuje już prawą stronę krtani. Chory zaczął się dusić, i dlatego B. wykonał tracheotomię. Następnie trzeba się było zdecydować, albo na laryngotomię i wykrobanie mass zdegenerowanych, lub też na całkowite wyluszczenie krtani. B. wybrał ten ostatni sposób, jako dający lepsze szanse uchronienia chorego od recydywy. Zachloroformowano chorego za pomocą rurki TRENDELENBURGA i wycięto całą krtani i dwa pierścienie tchawicy. Podczas i po operacji zachowywano przepisy przeciwnilne. Ranę opatrzone jodoformem.

Powietrze pokoju nasycono parami wodnemi, i robiono wzięwania z wody wapiennej. Karmiono chorego za pomocą sondy. Przebieg prawie bezgorączkowy. W końcu 5 tygodnia chory wypisał się prawie zupełnie wyleczony i udał się do Tubingi po sztuczną krtani. Po kilku tygodniach przedstawił go BERGMAN w towarzystwie lekarskiem, gdzie na zapytania odpowiadał jasno, głośno i bez trudności. BERGMAN jest zdania, iż niepowinniśmy robić tracheotomii przed wyluszczeniem, gdyż nie tylko jest ona niepotrzebną, lecz nawet utrudnia operacyję, zmniejszając pole operacyjne i zgadza się z FOULIS i BRUNSEM, że tracheotomija powinna być robioną tylko w takich wypadkach, gdy ratunek musi być natychmiastowym. *Guranowski.*

362. J. CORNILLON. **Kurza ślepotą jako powikłanie chorób wątroby.** De l'héméralopie dans les affections du foie. (*Le Progrès médical.* Nr. 23—1882).

Przed rokiem już opisał autor (w czasopiśmie *Le Progrès Medical*) cztery wypadki kurzej ślepoty u chorych na przerost wątroby połączonej z przewlekłą żółtaczką. Prawie jednocześnie dr. PARINAUD opisał odpowiednie spostrzeżenia w „Archives générales de médecine,” których rezultaty streszcza autor w ten sposób:

1) Kurza ślepotą niezbyt rzadko wikła zaburzenia wątroby, 2) pojawia się zwykle w postaci dłużej lub krócej trwających napadów skutkiem jakiegoś dodatkowej przyczyny, 3) przyłącza się głównie do zaburzeń przewlekłych, już pewien czas trwających, zwłaszcza do marskości (*cirrhosis*) wątroby, 4) nie zdaje się powstawać skutkiem żółtaczki, ale skutkiem właściwej przemiany krwi pochodzącej od zaburzeń w czynności wątroby, 5) przedstawia objaw ciężki.

C. zgadza się w zupełności z wnioskami 1, 2, 5, twierdząc iż przy staranném badaniu odpowiednich przypadków zaburzeń wątroby, kurza ślepotą daleko częściej niż obecnie byłaby obserwowaną; w każdym razie niepodobna uważać ję jako stały objaw przewlekłych chorób mięszu wątroby, ale jako powikłanie.

Hemeralopia pochodzenia wątrobowego objawia się w napadach rozmaitych co do natężenia i czasu trwania; początkowo napady są lekkie i szybko ustępują. Zdarza się częstokroć, że słabną one kiedy żółtaczka się zmniejsza ale polepszenie to zwykle bywa chwilowém; wcześniej lub później napady wracają, trwają już dłużej i są mocniejsze, a wreszcie kurza ślepotą staje się zupełną i nie ustępuje wcale, a wówczas bywa najwybitniejszym i najbardziej niepokojącym chorego objawem.

Kurza ślepotą w istocie przedstawia powikłanie ciężkie, témbardziej że niemasz racjonalnego sposobu leczenia ję, tak iż częstokroć trzeba się ograniczać tylko wyczekiwaniem.

Co do punktu 3, autor nie zgadza się w zupełności z PARINAUD, témbardziej że w przytoczonych przez tegoż czterech obserwacjach, w dwóch tylko kurza ślepotą przyłączyła się do marskości wątroby; w dwóch innych miał miejsce tylko zwyczajny przerost. To samo stosuje się do sumiennie opracowanej monografii MOULY'EGO (p. t. *Contribution à l'étude de l'héméralopie dans les affections du foie*), który również nadaje marskości

przodujące stanowisko w etiologii kurzję ślepoty.

Autor nie zaprzecza tęg chorobie znaczenia co do genezy kurzję ślepoty, ale nie stawia ją w liczbie zaburzeń szczególnie ścisły związek z takową mających, gdyż wiele innych chorób wątroby to samo przedstawia znaczenie.

Rozpatrując obserwacje opisane w roku zeszłym autor zauważył, że kurza ślepotą znajdowała się w prostym stosunku do żółtaczki, zmniejszając się i wzmacniając odpowiednio nasileniom lub osłabieniu tęg ostatnięj. Tymczasem MOULY i PARINAUD (punkt 4) twierdzą, że hemeralopia nie posiada nic wspólnego z żółtaczką będąc li-tylko zależną od specyficznych zmian krwi pochodzących z zaburzeń wątroby. MOULY mianowicie przypuszcza, że nagromadzenie mocznika we krwi mogłoby mieć pewne znaczenie w genezie zaburzenia wzrokowego.

Autor nie wyraża stanowczego zdania co do postaci zmian krwi powodujących kurzą ślepotę, ale stwierdza fakt, że powikłanie to wyraźny przedstawia związek z przewlekłą żółtaczką, albowiem we 12 wypadkach hemeralopii pochodzenia wątrobowego znanych autorowi, istniała żółtaczka, której podstawą były najrozmaitsze zaburzenia w wątrobie, jako to: przerost prosty, marskość hipertroficzną, inne postacie marskości;—tymczasem przy innych chorobach wątroby, gdzie nie było żółtaczki autor nigdy nie obserwował kurzję ślepoty (*diabetes* przy stłuszczeniu wątroby, rak bez żółtaczki, podagra z przekrwieniem wątroby).

Autor przytacza trzy nowe przypadki hemeralopii przy chorobach wątroby obserwowane w r. 1881.

W pierwszym przypadku, 25-letni męczyzna chory na kamienie żółciowe z mocną żółtaczką przewlekłą, miewał ciężkie napady (*colica hepatica*) co dwa tygodnie. Żółtaczka trwała po każdym napadzie około dni 4—5, poczem wszystko wracało do normalnego stanu. Po-

cząwszy od maja r. 1880 żółtaczka stała się ciągłą, nie męcząc jednak chorego; w marcu 1881 wystąpiły objawy kurzej ślepoty.

Chory silnej budowy, cery ciemno-żółtej; mocz ciemno-zielony, wypróżnienia stolcowe szare. Apetyt i trawienie dobre. Swędzenie skóry. Wątroba znacznie powiększona, niebolesna, mięka, nie przedstawia guzów; zrostów, o ile wykryć można, nie posiada.

Wzrok przy świetle dziennym zupełnie prawidłowy; nawet lekkie odcienia barw chory rozróżnia dokładnie. Z chwilą zaś zachodu słońca nie jest w stanie bez przewodnika trafić do łóżka. Żrenice równe, ruchy tęczówki prawidłowe.

Badanie oftalmoskopowe dokonane przez p. PONCET wykryło następujące zmiany: W lewym oku żyły siatkówki mocno rozszerzone, barwy ciemnobrunatnej nie odpowiadającej kolorowi krwi żylnéj; żyła górna posiada żylakowate nawet rozszerzenia. Tętnice cienkie i bezkrwiste, a zwłaszcza t. górna wewnętrzna, otoczona tak znacznym obrzęknięciem (*oedema*), że okolica przedstawia się usianą plamami białawéj barwy, których układ odpowiada przebiegowi naczyń. Plam barwnikowych lub pochodzących z wybroczyn krwawych--niema.

W prawém oku zjawiska te same lecz w mniejszym stopniu.

Podczas pobytu chorego w szpitalu, wzrok jego o tyle się polepszył iż sam mógł wieczorem dochodzić do łóżka, ale autor nie przypuszcza, ażeby to polepszenie było trwałém, mniemając przeciwnie, że kurza ślepotą ulegnie zwiększeniu.

W drugim przypadku kurza ślepotą wikała marskość wątroby połączoną z lekką żółtaczką. Choroba wątroby trwała lat 6, żółtaczka 4, również jak hemeralopija, która przedstawiała ciągle przerwy w swym przebiegu.

Chory 32-letni mężczyzna, (zbadany we wrześniu 1881) przedstawia lekkie zabarwienie żółtaczkowe skóry. Łącznica

żółta. Mocz ciemnozielonéj barwy. Wątroba zwiększona, ruchoma, twarda. Śledziona znacznie powiększona. Przy świetle dziennym wzrok zupełnie prawidłowy; w wieczór zaś rozróżnienie postaci przedmiotów staje się niemożliwém; przy chodzeniu zaś pacjent posługuje się dotykiem. Badania oftalmoskopowego nie zastosowano wcale. Stan ogólny pacjenta dość pomyślny, apetyt i trawienie dobre. Istnieje tylko pewien stopień osłabienia, a dziąsła krwawią od czasu do czasu.

W trzecim przypadku kurza ślepotą przyłączyła się do marskości zanikowéj z lekką żółtaczką. Żółtaczka trwała rok, hemeralopija zaś pół roku (chory zbadany był przez autora w styczniu r. 1881). Zmniejszenie wątroby. Ascites. Wzrok zupełnie prawidłowy w dzień, o tyle stawał się upośledzonym w wieczór, iż pacjent nawet od jedzenia się wstrzymywał, nie mogąc widzieć potraw. Oftalmoskopu nie użyto wcale. Podczas kuracyi wodna puchlina brzucha zwiększyła się znacznie i pojawiło się zbręknienie nóg. W końcu października nastąpiła śmierć.

Przytoczone obserwacje dowodzą, że kurza ślepotą nie przedstawia wyłącznego stosunku do téj lub owéj choroby wątroby, że raz wystąpiwszy zwykle zwiększa się stopniowo, i że wpływ leczenia jest bardzo ograniczony. *J. Polak.*

363. P. HERMET. **O zgrubieniach błony bębenkowej.** Des épaississements de la membrane du tympan. (*L'union médic.* Nr. 73 i 75 r. 1882).

Nadzwyczaj częstą przyczynę głuchoty stanowią zgrubienia błony bębenkowej.

Z klinicznego punktu widzenia błona bębenkowa składa się z trzech warstw, jakimi są, idąc od zewnątrz ku wewnątrz: a) warstwa zewnętrzna czyli skórna (stanowi przedłużenie skóry, wyścielającéj przewód słuchowy zewnętrzny), b) warstwa środkowa czyli włóknista (składa się

przeważnie z włókien promienistych i okrężnych i c) warstwa wewnętrzna czyli śluzowa (stanowi przedłużenie błony śluzowej, wyściełającej jamę bębenkową. Odpowiednio temu podziałowi, zgrubienia błony bębenkowej powstać mogą skutkiem spraw zapalnych ucha zewnętrznego, średniego i wreszcie skutkiem zapalenia samej błony.

Z zapaleń ucha zewnętrznego t. z. *opryszczkowe* (*otitis herpetica*) jest najczęstszą przyczyną zgrubień błony bębenkowej, na którą zapalenie to łatwo się przenosi: błona pokrywa się pęcherzykami, wydzielającymi płyn łatwo gęstniejący, którym zatyka się przewod słuchowy zewnętrzny. W skutek tego chory staje się głuchym, jakoteż doznaje szumu i bólow przesywających w uchu. Po przejściu ostrego okresu zapalenia, błona bębenkowa staje się matową, traci właściwy jej błyszczący, szaro-perłowy kolor, przedstawia się zgrubiałą i poprzerywaną licznymi brózdami podłużnymi. Zgrubienia, wywołane przez opryszczkowe zapalenie, zwykle ograniczają się do warstwy zewnętrznej i w ogóle nie pociągają za sobą cięższych zaburzeń słuchowych.

Zgrubienia, powstałe skutkiem spraw zapalnych w jamie bębenkowej, zwykle zajmują stopniowo wszystkie warstwy błony bębenkowej. Sam zaś nieżyt jamy bębenkowej jest zawsze następstwem zapaleń pierwszych dróg oddechowych: migdałków, gardzieli i t. d. Zgrubienia, bębenka stanowią jakby ostatni okres nieżytu jamy bębenkowej. Zmiany w tych razach występujące łatwiej można poznać przy pomocy kateteryzacji trąbki EUSTACHEGO, aniżeli za pomocą badania zwierciadłem usznym. Przy kateteryzacji słyszeć można (połączywszy ucho chorego ze swym własnym za pomocą otoskopu) rozmaite szmery, powstające skutkiem obecności w średnim uchu ciągnącego się śluzu, konsystencji białka jaj. Śluz ten prędko zamienia się na wstęgi

włókniste, które z jednej strony przyczepiają się do błony bębenkowej, a z drugiej do ścian jamy. Włókna te zmieniają krzywiznę błony, która staje się bardziej wklęsłą, nadto młotek zmienia swoje położenie i zwraca się bardziej ku zewnątrz. Ruchy błony skutkiem wytworzonych wzrostów stają się bardzo niewielkie, albo wreszcie prawie żadne. Łatwo pojąć, jakie smutne następstwa pociąga za sobą ten przerost błony: Stawy między kosteczkami słuchowymi stają się coraz sztywniejsze i w końcu nastąpić może stężenie stawów (*ankylosis*). Głuchota w tych razach zależy od natężenia zmian: jeżeli zgrubienia są nieznaczne, a zeszywnienie stawów niewielkie, fale głosowe mogą być jeszcze odczute i przeniesione na ucho wewnętrzne, chorzy nie słyszą mowy szeptanej, ale w rozmowie głośnej mogą jeszcze przyjąć udział. W miarę postępu choroby, głuchota staje się coraz większą. Rokowanie zależy od kateteryzacji trąbki EUSTACHEGO: jeżeli pod jej wpływem chory słyszy lepiej, a szum w uszach chwilowo ginie, w takim razie można liczyć na poprawę. Złém zaś będzie rokowanie, jeżeli kateteryzacja nie sprawia żadnej ulgi.

Co się wreszcie tyczy zgrubień, zależnych od samodzielnego zapalenia błony bębenkowej, to są one zwykle nieznaczne i nie upośledzają zbytnio słuchu.

Leczenie musi być skierowane ku zwalczeniu pewnej sztywności błony bębenkowej i usznych kosteczek, powstałych pod wpływem zgrubień. Najlepsze usługi oddaje kateteryzacja: masa ściśnionego powietrza, wprowadzona do ucha średniego, odsuwa nieco ku zewnątrz błonę bębenkową i czyni ją więcej giętką. Rękoczyn ten należy powtarzać co dzień, dopóki błona bębenkowa nie stanie się więcej giętką. Jod skutkiem swych przestaczających własności pomaga w leczeniu i oddaje wyborne usługi.

Przełucie, zdaniem autora, wskazane jest tylko w tych razach, gdzie chodzi o wydalenie płynnej zawartości ucha śred-

niego, z której w następstwie wytworzyć się mogą powyżej wspomniane wstęgi włókniste. Przekłucie więc byłoby najwłaściwsze w początkach choroby; oprócz tego leczenie musi być w niektórych przypadkach także ogólne np. przy zapaleniach opryszczkowych należy podawać chorym arsenik. Nieżyt nosa, jako częstą przyczynę cierpienia średniego ucha, należy leczyć wstrzykiwaniami z wody ciepłej z dodaniem chlorku potasu lub sodu.

H. Goldblum.

MISCELLANEA.

364. Szpital misyjarski w Kantonie, w Chinach (*The Med. Rec. Nr. 18, 1882*),—założony został w roku 1834 przez d-ra Piotra PARKER'A z Yale College (amerykanina), pierwszego lekarskiego misyjarskiego w Chinach, jakkolwiek jeszcze w r. 1805 dr. PEARSON, chirurg dawnego Towarzystwa Indyjskiego wprowadził szczyplenie ospy do tego państwa, a w Macao dr. COLLEDGE (również z Indyj Wschodnich) prowadził aptekę od r. 1827—1832.

Niezważając na olbrzymie trudności, dr. PARKER zdołał założyć szpital na 100 chorych. Doniosłość takiej instytucji została uznana, w skutek czego uorganizowano w r. 1838 Lekarskie Towarzystwo Misyjarskie, którego prezesem obrano dr. COLLEDGE'A. Po śmierci tegoż miejsce jego zajął PARKER, a prof. WELLS WILLIAMS został vice-prezydentem. Podczas pierwszej wojny anglo-chińskiej w r. 1840 sprawa towarzystwa została zawieszona, a dr. PARKER powrócił do Stanów Zjednoczonych Am. Półn. i zachęcając ogół przyczynił się do utworzenia edynburskiego lekarsko-misyjarskiego Towarzystwa (bawił bowiem przez krótki czas i w Szkocyi). Po zawarciu pokoju udał się P. powtórnie do swego szpitala w Chinach, który prowadził znowu od r. 1845 do 1855, w tym czasie leczono tam 53,000 chorych i wykonano wiele operacji chirurgicznych.

Kiedy dr. PARKER powrócił do Ameryki, objął zarząd szpitalem dr. KERR z Filadelfii. Od tego czasu szpital wciąż znajduje się w stanie kwitnym.

Zeszłego roku leczono w nim 1,034 chorych oprócz 19,332 przychodzących i wykonano 1,115 operacji, w tej liczbie wiele było ważniejszych. W r. 1879 leczono 81 chorych na kamienie pęcherza moczowego, a w r. 1880, 66 takichże chorych; w większości tych wypadków wykonano litotomię, jakkolwiek i narzędzie BIGELOW'A było wiele razy z powodzeniem stosowane. Zbiór kamieni napletko-

wych znajduje się też w szpitalu. Nadto wykonano z powodzeniem dwie owaryotomije.

W związku ze szpitalem znajduje się stowarzyszenie dwunastu lub więcej studentów miejscowych placących nie wielką pensję i stanowiących kolegijum lekarskie w Kantonie. Nabywszy biegłości w użyciu noża, ludzie ci zyskują wielkie powodzenie materialne (przy zupełnym braku chirurgów w liczbie miejscowych praktyków). Jeden z nich naprzykład otrzymał posadę przy kopalniach węgla kamiennego w bliskości Tientsina, z pensją 1,000 funtów szterlingów rocznie. Reputacja d-rów WONG, KWAN-TO, TIEN HEE i innych, świadczy dostatecznie o ich biegłości.

Pierwszą książkę lekarską w Chinach wydał dr. Benjamin HOBSON w Kantonie, w r. 1850; później wydano parę książek treści chirurgicznej i akuseryjnej. Dr. KERR wydał „Chemiję“ w 4-ch tomach i „Farmakologiję“ w dwóch, „O chorobach skóry i oczu“, „Przymiot“, „Diagnostykę“, „Desmurgiję“, „O gorączkach i o narządach trawienia“, wreszcie „Chirurgiję operacyjną“ z pięknymi ilustracyjami. Nadto począł wychodzić już dziennik lekarski w języku chińskim, p. t. „Said San Po.“

Wpływ dr. KERRA widocznym jest w całej prowincyi. W mieście samem założono dwa inne szpitale, dwie apteki, składy materiałów aptecznych, gabinety dentystyczne; nadto istnieje kilka aptek misyjarskich na prowincyi i wielki zakład szczyplenia ospy, w którym pięciuset chińczyków uczy się szczyplenia. Oprócz tego istnieje przytułek dla dzieci, zabezpieczający je od zabójstwa, gdyż zbrodnia dzieciobójstwa, jak wiadomo, bardzo jest rozpowszechnioną w Chinach.

Dr. KERR leczył niedawno wice-króla i chloroformował go przy wykonaniu małej operacji na stopie. Jego ekscelencja wielce był zadowolony zadziwiającą sztuką lekarską; obecnie wice-król i HOI-KWAN przeznaczyli 200 dolarów rocznie na szpital.

J. Polaek.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na drugie półrocze r. b. zwracając zarazem uwagę, że w celu uniknięcia zwłoki w ekspedycyi „Kroniki“ najlepiej prenumerować wprost w Administracyi ul. Włodzimierska Nr. 14 miesz. 4.

Wydawca:

Dr. Bauerertz Adam.

Redaktor:

Dr. Kazimierz Filipowicz.