

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Patologija, Terapija i Klinika Lekarska.

365. **Handbuch der Elektrotherapie**  
von dr. WILHELM ERB. I Hälfte. Z 34  
drzeworytami. Leipzig. 1882, str. 300.  
(*Ziemssens Handbuch der Allgem. Therapie. III Band*).

W dziele pod powyższym tytułem, spotykamy się z nauką Elektroterapii traktującą elektryczność jako środek lekarski w sposób, w jaki pospolicie inne środki lekarskie monograficznie opisywane bywają, czyli inaczej, w sposób farmakologiczny;—gdy pospolicie autorzy wpadają na błędną drogę traktując elektroterapię w związku z chorobami nerwowymi, jak gdyby elektryczność wyłącznie tylko w neuropatologii miała zastosowanie. Sposób w jaki autor przedstawił elektroterapię stanowi że się tak wyrazimy: wyznaczenie wiary elektroterapeuty i daje nam poznać elektryczność pod względem lekarskim we wszystkich szczegółach a jednocześnie dzisiejszy stan elektroterapii, uwalniając czytelnika od grzebania po różnych podręcznikach.

Całość opracowaną jest w 15 odczytach zawartych w pięciu rozdziałach, z których każdy poprzedzony jest wyczerpującą przedmiot literaturą odnośnie do treści rozdziału. Rozdział 1 obejmujący 4 odczyty zapoznaje nas z elektro-fizyką, a więc z różnymi rodzajami prądów zastosowanie w medycynie mieć mogących, z różnymi przyrządami elektroterapeutycznymi, więc z bateryjami, z aparatami indukcyjnymi, z różnymi narzędziami pomocniczymi, jak wyborkiem prądów, zwrotnikami, galwanometrami, sposobami mie-

żenia siły prądów i oznaczania ich biegunów i t. d. Dalej z prawami fizycznego rozdziału prądu w przewodnikach różnego rodzaju, z lokalizacją działań prądów na ludzkim organizmie, wreszcie z prawem Ohma stanowiącym że się tak wyrażę podstawę elektroterapii, a mianowicie co należy pojmować przez *natężenie prądu* czyli siłę prądu, co przez opór rzeczywisty czyli wewnętrzny elementów a co przez opór nadzwyczajny czyli zewnętrzny. Z czego się dowiadujemy że opór rzeczywisty w elemencie, w stosunku do oporu nadzwyczajnego przy stosowaniu prądów na organizm ludzki, jest nieskończenie wielki, co stanowi powód do używania baterji o małych elementach w wielkiej liczbie. Wreszcie w tymże rozdziale daje poznać co znaczy *gęstość prądu* (*stromdichtigkeit*) i jak z niej w elektroterapii można korzystać, nakoniec mówi o własnościach prądów t. zw. katalitycznych, kataforycznych i o t. z. polaryzacji prądu. Dopiero w V odczycie traktuje autor o działaniu prądów elektrycznych na nerwy zdrowego żyjącego człowieka. Przechodzi krótko elektrofizjologię nerwów ruchowych i mięśni, zapoznaje z prawami i sposobami drażnienia nerwów stawiając na czele rozdziału prawo Du Bois REYMOND'A że: „Pobudzająca na nerw ruchowy działa nie absolutna wartość gęstości prądu w danym momencie, lecz zmiany téjże wartości od chwili do chwili t. j. oscylacje téjże gęstości, które działają tém silniej im są większe w danej jednostce czasu lub im prędkiej przy jednéj wielkości prądu się odbywają; najsilniejsze przy zamknięciu i otwarciu prądu.“

W tymże odczycie rozbiera autor pra-

wa PFLÜGERA, t. z. voltaiczne alternatywy i działanie modyfikujące pobudzalność nerwową czyli zjawiska elektrotoniczne, które tylu różnym elektroterapeutom posłużyły za pole badań w ostatniej lat dziesiątce, a których rezultat stanowi stwierdzenie zmian elektrotonicznych, że odkryte przez PFLÜGERA na ogołconych nerwach zmiany pobudzalnościowe i na ludziach żywych przezskórnie wywoływane mogą być.

W odczycie VI traktuje autor elektrofizjologię *nn. czuciowych* i *nn. zmysłowych* z czego się pokazuje że pierwsze nie dość jeszcze poznanymi zostały, z drugich zaś jedynie dokładnie poznanym zostało prawo drgań nerwu słuchowego dzięki nieporównanej pracy dr. BRENNERA, które stanowić mogą epokę w tej części elektroterapii. W VII odczycie zajmuje się ERB elektrofizjologią *nn. wydzielniczych, naczynioruchowych* i *n. sympatycznego*. Odczyt VIII zapoznaje z metodą elektrycznego badania n. ruchowych i mięśni, z metodą ilościowego i jakościowego badania prądem indukcyjnym i stałym, wreszcie z badaniem elektrycznym organów zmysłów. Cały ten rozdział nader ważny dla elektroterapii jest bardzo starannie opracowany. Badanie *biegunowe* przeważnie zostało uwzględnione, przyczem autor rozróżnia *elektrod czynny* (differente Elektrode) i *elektrod obojętny* (indifferente Elektrode), pierwszym jest ten którego działanie na danym nerwie badać chcemy, który zawsze o ile można małym być powinien, wówczas gdy obojętny możliwie wielki: daleko od badanego nerwu lub mięśnia utwierdzony. Przy badaniu zaleca autor, zawsze trzymać się jednej metody i porządku badania, zawsze jednocześnie próbować opór przewodnictwa, pojedynczo porównywane nerwy i mięśnie badać jednakowej gęstości prądami, przy ścisłym w jednakowych anatomicznie miejscach utwierdzaniu elektrodów i przy jednakowym ich naciśnięciu.

Odczyt IX i X poświęcony jest pozna-

niu patologicznych zmian pobudzalności elektrycznej i ich dyagnostycznemu zastosowaniu, mianowicie elektrodyagnostyce motorycznych nerwów i mięśni, wyjaśnieniu znaczenia podwyższenia lub obniżenia pobudzalności elektrycznej, wreszcie t. z. *reakcji zwyrodnienia* (*Entartungsreaktion*), którą pierwszy raz zbadał, opisał i do nauki wprowadził sam autor; obejmuje ona cały cyclus ilościowo-jakościowych zmian pobudzalności spostrzeganych w wielu chorobnych stanach nerwów i mięśni, będących w ścisłym związku z ich zmianami histologicznymi (*atrophia degenerativa*).

W odczycie XI opisuje mniej częste od poprzednich i mniej poznane *reakcję konwulsyjną* (*Convulsible Reaction* BENEDIKTA), *reakcję wyczerpania* (*Lückenreaktion* BENEDIKTA), jakościowe zmiany w prawie drgań częste w chorobach mięśni; różnice zachowania się nerwów względem prądów indukcyjnych i galwanicznych. Wreszcie zapoznaje z peryjodem utajonego pobudzenia przy faradycznym drażnieniu mięśni, z kontrakcjami diplegicznymi REMAKA, na koniec ze zmianami pobudzalności elektrycznej nerwów czuciowych.

Odczyt XII poświęcił autor elektrodyagnostyce *nn. zmysłów* w ogólności, w szczególności zaś zapoznaniu czytelnika ze zdobyczami elektrodyagnostycznymi osiągniętymi z badania n. słuchowego, którego rozbiera galwaniczną nadczułość prostą, też ze zboczeniem lub nawet przewrotem normalnej formuły prawa drgań, wreszcie mówi o torporze n. słuchowego.

Rozdział V opracowany w trzech odczytach obejmuje właściwą elektroterapię, i tak: w odczycie XIII zastanawia się autor nad wartością terapeutyczną elektryczności, rozbiera teorię elektrotoniczną, pobudzalnościową (*Erregungstheorie*) i katalityczną. Pierwsza szczególnie upodobana przez autora polega na działaniu modyfikującym prądów galwanicznych (podnoszącym lub stłumiającym

pobudzalność), nie można jej jednak przypisać bezwzględności, łączy w sobie bowiem zawsze i działanie inne. Druga polegająca na przypuszczeniu że różne stopienia bodźca sprowadzają wyleczenie, żadnej nie wytrzymuje krytyki, o trzeciej toż samo można powiedzieć, której zwolennicy utrzymują że wszelkie elektroterapeutyczne skutki polegają na zmianie działań prądu, do których prócz troficznych należą naczynioruchowe, elektrolytyczno-osmotyczne, wreszcie i mechaniczne.

Po tém autor rozbiiera samo działanie prądu oraz wskazania z jakim celem i jakimi metodami należy się posługiwać, więc działanie pobudzające, modyfikujące pobudzalność (kat. i analektrotoniczne), odświeżające, nakoniec katalityczne polegające na skombinowanym działaniu prądu na n. naczynioruchowe, na zjawiska osmotyczne, na molekularny układ, na przemianę materii i ruch płynów w tkankach, na działaniu elektrolytycznym i katalitycznym i t. d. Nie zapomniał też wspomnieć: o działaniu reflektorycznym, któreby można do katalitycznego zaliczyć.

W XIV odczycie mówi o metodzie technicznej leczniczego stosowania prądu w chorobach umiejscowionych, o metodzie kierunkowej (REMAKA) i polarnej (BRENNERA). Dalej stara się dowieść, że jako zasadę należy przyjąć w leczeniu stosować prądy „in loco morbi“ a więc chorą część o ile możności pewnie i o ile możności silnemu prądowi elektrycznemu poddać, unikając wszelkich możliwych działań ubocznych, co naturalnie tylko na podstawie pewnej dyjagnozy i jasnego fizykalnego poglądu osiągnąć się daje, stanowiąc główną sztukę elektroterapeuty.

Następnie przechodzi do metod za pomocą których można poddać cały organizm działaniu prądów t. j. metodę ogólnej faradyzacji i ogólnej galwanizacji, przypisując obu tych metod odkry-

cie BEARD'OWI i ROCKWELL'OWI, na co my zgodzić się nie możemy, albowiem pierwsze przynajmniej zasady ogólnej faradyzacji, należą się ziomkowi naszemu d-rowi DROPSY, który swą metodę ogólnego faradyzowania, już przed kilkunastu laty opisał w swém dziele na konkurs w Paryżu złożoném, lecz jako polskie odkrycie zapomnianą została. Dalej wspomina autor o kąpielach elektrycznych ogólnych i miejscowych.

Ważniejszą jednakże jest metoda galwanicznego leczenia punktów bolesnych i uciskowych (*Schmerz u. Druckpunkte*) na co pierwszy zwrócił uwagę REMAK i w terapii zastosował. Doskonale skutki tej metody w wielu chorobach stwierdzonemi dawno zostały. Żadnej wreszcie wartości zdaje się być, wspomniana jeszcze przez autora metoda leczenia minimalnej siły prądami lecz bardzo długo działającymi, przypomina jednak łańcuszki PULVERMACHERA i t. p. przyrządy, które jeszcze do dziś wielką rolę grają w fuszerce lekarskiej.

Odczyt XV którym autor zamyka swe cenne dzieło obejmuje ogólne zasady i pojedyncze techniczne specyjalne przepisy elektroterapeutyczne. Stojące na czele zdanie leczyć „in loco morbi“ wymaga: 1) ścisłych wiadomości fizykalnych, mianowicie gruntownej znajomości prawa OHM'A, 2) bardzo dokładnej znajomości anatomii przynajmniej neurologii. Następnie podaje w tekście siedm bardzo dokładnych drzeworytów, które podaną przez autora elektropografiję nader uprzystępniają.

Wreszcie podaje autor kilka uwag, które przy stosowaniu prądów zawsze należy mieć w pamięci: 1) Przedewszystkiém zrobić sobie pewien plan leczenia, 2) znać doskonale działanie siły użytego prądu, 3) nie należy leczenia od zbyt silnych prądów zaczynać, 4) na głowie zawsze słabych prądów używać, 5) zawsze, o ile możności posiłkować się dużemi elektrodami, 6) mocno i pewno utwierdzać lub prowadzić elektrody, 7) unikać niepotrzebnego

drażnienia przy utwierdzaniu i wyborze elektrodów, siły, kierunku prądu i t. d.

Co do trwania pojedynczych posiedzeń radzi trzymać się zdania BEARD'A i ROCKWELL'A „lepiej trochę za mało, niż trochę za wiele,“ następnie mówi o częstości posiedzeń które od trzech nawet razy na dzień do jednego co drugi dzień odbywać można, wspomina też i o długości kuracyi która od kilku razy do kilkudziesięciu i dłużej trwać może, co zależy od pojedynczych przypadków, dla tego w tym względzie ogólnego zdania postawić nie można. Widzimy więc jak niewłaściwem jest przy odsyłaniu pacjenta do elektroterapeuty zalecanie mu odbycia 3, 5—8 i t. d. posiedzeń, tylko nieznający elektroterapii podobne polecenia wydawać mogą.

Nakoniec stawia ERB pytanie: „kto powinien wykonywać leczenie elektrycznością?“ zdaje się że każdy a priori rozwiąże tę kwestyję: „sam lekarz! i to specjalista“ a nie jakiś felczer lub posługacz, jakto w naszych szpitalach warszawskich się praktykuje!

Tak się przedstawia nowe to dzieło, które tyle cennych zawiera rozdziałów, że małe usterki, które w nim napotkać się dają zaledwie dostrzegalnymi są dla czytelnika.

*Dr. M. Brunner.*

366. BURKART. **Przyczynę do nauki o niemocy nerwowej żołądka.** Zur Pathologie der Neurasthenia gastrica (Dyspepsia nervosa). *Bonn*, 1882. str. 51.

Pod nazwę „neurasthenia gastrica“ (niemoc nerwowa żołądka), wprowadzoną do nauki przez HUTSCHINSONA, autor podciąga te formy chorobowe, które zazwyczaj niestrawnością nerwową (dyspepsia nervosa) zowiemy. Pierwszą nazwę uważa on za właściwszą, ponieważ obszerna obserwacja przekonała go, iż t. zw. niestrawność nerwowa nie stanowi zazwyczaj oddzielnej formy chorobowej, lecz jest jedną z grup objawów jakie przedstawia ogólna niemoc nerwowa (neurasthenia). Pod tym względem autor zgadza się w zupełności z poglądem BEARD'A

i ROCKWELL'A, przeciwnego zaś jest zdania niż LEUBE, który niestrawności nerwowej przypisuje więcej cechę samodzielności<sup>1)</sup>.

BURKART rozróżnia następujące objawy kliniczne, w jakich „neurasthenia gastrica“ występuje. Wielu chorych uskarża się jedynie tylko na objawy, których siedliskiem jest przewód pokarmowy, bliższe jednak zbadanie tego rodzaju chorych wykazuje, że czynność nerwów i w innych organach uległa znacznemu chociaż nie tak wielkiemu jak w żołądku i kiszki zaburzeniu. U innych chorych nie tylko przewód pokarmowy lecz i wiele innych organów przedstawia wyraźne objawy wyczerpania czynności nerwów ze zmniejszeniem lub wzmoczeniem ich pobudzalności. Tacy chorzy jednak również główną uwagę zwracają na objawy żołądkowe od których czynią zależnemi wszelkie inne dolegliwości. Z drugiej znowu strony wielu neurasteników doznaje najrozmaitszych dolegliwości w sferze innych organów, na te dolegliwości cała ich uwaga jest zwrócona. Lekarz jednak obserwujący przekonać się może iż występuje u nich od czasu do czasu wzdęcie okolicy żołądkowej, odbijania i t. p. objawy. W niektórych przypadkach niemocy nerwowej żołądka nie możemy narazie wykryć objawów wyczerpania nerwowego w innych organach, rozpytując się jednak lub obserwując przez dłuższy czas chorych przekonujemy się, że neurasteniczne objawy w innych organach poprzedziły zaburzenia żołądko-kiszkowe lub rozwinęły się po mniej lub więcej długim czasie istnienia tych ostatnich. Nakoniec bywają aczkolwiek bardzo rzadko przypadki czystej niestrawności nerwowej (dyspepsia nervosa), której nie poprzedziły ani też po której nie nastąpiły (? Spr.) w przeciągu długiego czasu żadne inne cierpienie neurasteniczne.

<sup>1)</sup> LEUBE jednak kładzie nacisk, iż tego rodzaju niestrawność rozwija się przeważnie u osób nerwowych i przebiega obok innych objawów nerwowych. (*Przyp. spr.*)

Zależnie od jednoczesnego występowania zaburzeń w mózgu, w rdzeniu, lub w obu razem, autor rozróżnia następujące złożone formy chorobowe: *neurasthenia cerebrialis gastrica*, *neurasthenia spinalis gastrica* i *neurasthenia cerebro-spinalis gastrica*.

Jako jedną z najważniejszych przyczyn niemocy nerwowej żołądka autor podaje dziedziczność. Od chorych zazwyczaj dowiadujemy się, że rodzice ich chorowali na jakąś chorobę nerwową. Dziedziczność może sama przez się powodować opisywaną chorobę, lecz częściej stanowi ona przyczynę usposabiającą a inne dopiero szkodliwe wpływy wywołują wybuch choroby. Do innych przyczyn neurastenii żołądka, zgodnie ze wszystkimi autorami B. zalicza: silne lub częste wrażenia psychiczne, nadmierną pracę umysłową, nadużycia płciowe, nadużycia wina i tytoniu, rozmaite choroby ośrodków nerwowych, upadek odżywiania w skutek różnych ostrych i przewlekłych chorób i t. p. Nawet choroby przewodu pokarmowego o podstawie anatomicznej mogą, według B., do tego stopnia wpłynąć na odżywianie i czynność miejscowych nerwów, że w dalszym przebiegu te choroby przyjmują charakter niemocy nerwowej żołądka (*neurasthenia gastrica*). Nakoniec często się zdarza, że przyczyna choroby nie może być bliżej określona.

Wyliczywszy znane objawy neurastenii żołądka: wzdęcie okolicy żołądkowej, uczucie pełności w tejże okolicy, odbijania, kwaśne zwracania, wymioty, gniecenie i bóle, brak łaknienia, wzmożony apetyt, wzdęcie całego brzucha, kurczenie i przelewanie w kiszki, wydymania, zaparcie stolca, umiarkowane rozwolnienie i nakoniec bóle krzyża, autor szczególny nacisk kładzie na odbijania (krótkie i przeciągłe) jakoteż na wzmożoną wrażliwość przewodu żołądko-kiszkowego. To wzmożenie wrażliwości na jaw występuje pod wpływem nie tylko potraw ostrych, ko-

rzennych lecz i zwykłych pokarmów. W skutek tej nadmiernej wrażliwości kanału pokarmowego, po każdym jedzeniu występują objawy zwrotne jak: bóle i zawroty głowy, kaszel, zaczerwienienie twarzy, oziębienie kończyn, pot, szum w uszach, osłabienie pamięci i t. p. Tylko co wymienione zwrotne objawy występują też u podobnych chorych w skutek zaparcia stolca z powodu wzmożonej wrażliwości odbytnicy, wrażliwości, która się nie manifestuje bólem lecz właśnie temi objawami zwrotnymi.

Najważniejszą częścią niniejszej pracy autora jest opisanie charakterystycznych bólów wywoływanych u osób dotkniętych neurastenią żołądka przez ucisk splotu podbrzusznego górnego. Bóle w ten sposób wywołane rozprzestrzeniają się zawsze ku górze, ku splotowi słońcowemu, następnie przechodzą do klatki piersiowej a nawet czuć się niekiedy dają na bocznych powierzchniach szyi i głowy. Czasami w skutek ucisku splotu podbrzusznego górnego obok bólu powstaje uczucie ściskania w piersiach, brak tchu, uczucie trwogi, zawrót głowy, omdlenia, oziębienie kończyn, pocenie się twarzy i rąk, nakoniec znaczny upadek sił. Splot podbrzuszny górny jest również nadczuły i w innych chorobach nerwowych np. w neurastenii ogólnej (bez zajęcia organów trawienia) lub w hysteryi, lecz bóle powstałe przy jego z zewnątrz ucisku nie rozprzestrzeniają się ku górze, jak przy neurastenii żołądka, lecz ku dołowi, ku organom rodnym i odbytnicy. U osób dotkniętych neurastenią żołądka, prócz splotu podbrzusznego górnego, taką nadczułością odznaczają się również splot słońcowy i aortyczny, lecz bóle powstające przy ich uciskaniu są bardziej miejscowe.

O rozpoznawaniu różniczkowym neurastenii żołądka jakoteż o leczeniu tej choroby nic nowego w pracy autora nie znajdujemy.

M. Rejchman.

367. V. HANOT et A. CHAUFFARD. **Mar-  
skość przerostowa wątroby przy cu-  
krzycy.** (*Revue de Médecine* 10 Mai, 1882,  
Nr. 5).

Zmiany w wątrobie przy cukrzycy, by-  
wają w rozmaity sposób opisywane przez  
autorów. W większości przypadków wi-  
dziano powiększenie objętości i wagi or-  
ganu, co objaśniano prostém przekrwie-  
niem (GERLACH, ZENKER, ANDRAL), albo  
uważano za zwyczajne zapalenie śródmiaż-  
szowe; CL. BERNARD przypisywał to na-  
gromadzeniu materij cukrotwórczych (gli-  
kogenicznych), które nie zdołały podlegz  
przemianie na cukier. Wreszcie widziano  
także rozmnażanie się komórek wątrobo-  
wych. Z drugiej strony, również często  
opisywano zanik i nagromadzenie się bar-  
wików żółciowych w komórkach wątro-  
by. Zdania różnią się także co do siedli-  
ska zmian w pojedynczym zraziku.

Według autora, zmiany początkowe,  
przyczyna cukrzycy—muszą się stanowczo  
różnić od następczych, wywołanych przez  
właściwe skażenie krwi. Autor obserwo-  
wał dwóch chorych na cukrzycę, u któ-  
rych zmiany w wątrobie były posunięte  
bardzo daleko, a objawy ze strony tego  
organu występowały za życia na pierwszy  
plan i odznaczały się niezwyklei cechami.  
Podobne przypadki zdarzają się nie  
często; chorzy zwykle nie żyją tak długo,  
aby cukromocz miał czas wyrzucić swój  
wpływ ostateczny i stać się właściwą  
przyczyną śmierci, która zależy tu najczę-  
ściej od chorób przypadkowych, a nie od  
główniej. Pierwszy z chorych znajdował  
się pod obserwacją przez dwa lata, z nie-  
wielkimi przerwami. Najważniejsze po-  
czątkowe objawy: bolesność w okolicy  
znacznie powiększonej wątroby, jakoteż  
mocne brązowe zabarwienie skóry, budzi-  
ły podejrzenie, po wykluczeniu innych  
chorób, przerostowej marskości. Po upły-  
wie kilku miesięcy wątroba powróciła do  
prawidłowych rozmiarów, a w moczu wy-  
kryto znaczną ilość cukru. Chory zaczął  
chudnąć, przyłączyła się gruźlica płuc i

zmarł w stanie wysokiego wyniszczenia  
po upływie dwóch lat od początku choro-  
by. Badanie pośmiertne wykazało:

Serowate zapalenie płuc. Zmiany w  
wątrobie. Wątroba powiększona, około  
1860 grm. wagi. Na powierzchni rozrost  
tkanki łącznej w postaci blizn sznurkowa-  
tych i gwiazdowatych. Spójność zwię-  
kszona. Barwa starzej miedzi z odcieniem  
brunatno-żółtawym, miejscami czarnia-  
wym. Pod drobnowidzem przy małym po-  
większeniu, widać rozrost tkanki łącznej  
tak znaczny, że ilość jej zdaje się być ró-  
wną ilości tkanki gruczołowej. We wszy-  
stkich kierunkach przebiegają beleczki  
rozmaitej wielkości i postaci. Budowa  
zrazikowata zatarta. Resztki pozostałych  
pierwiastków wątrobowych, ściśnięte po-  
między siecią rozrośniętą nadmiernie  
tkanki łącznej, zmienione są tak co do po-  
staci jak i co do rozmiarów. Naczynia  
układu żyły wrotniej rozszerzone, ściany  
ich, jakoteż i przewodów żółciowych zna-  
cznie zgrubiałe. Ściany tętnic również  
zgrubiałe, w skutek przewlekłego zapale-  
nia śród tętniczego. Żyły wątrobowe pra-  
wie zanikłe. Przy większem powiększe-  
niu dają się rozpoznać daleko posunięte  
zmiany w komórkach wątr.; w środku zra-  
zików przeważa stłuszczenie, komórki zaś  
leżące na powierzchni zabarwione bruna-  
tno i wypełnione ziareczkami barwika.  
W środku belek tkanki łącznej spotykają  
się dość gęste sieci fałszywych przewo-  
dów żółciowych, wysłanych sześciennym  
nabłonkiem. Wreszcie miejscami widać  
nagromadzone masy barwikowe, stano-  
wiące zapewne pozostałość barwikowo  
zwyrodnionych i zanikłych komórek. Wy-  
dzielająca więc część narządu jest w zna-  
cznym stopniu zniszczoną przez trojaki  
proces: zwyrodnienie tłuszczowe, barwi-  
kowe i przez wytwarzanie się fałszywych  
przewodów.

Drugi z obserwowanych chorych, od  
roku cierpi na boleści w brzuchu, kolkę,  
rozwolnienie. Zauważył znaczne schudnię-  
cie i ogólny upadek sił. Ilość moczu wi-

docznie zwiększona. Objawy te ciągle się zmagały; raz zjawiała się krótkotrwała żółtaczką. Przy badaniu znaleziono powiększenie wątroby, dolny jej brzeg, dający się wymacać ostry i twardy. Badanie połączone jest z dość znacznym bólem, występującym od czasu do czasu dobrowolnie. W innych narządach, oprócz objawów ze strony kanału pokarmowego (ciągle rozwolnienie), nie znaleziono nic nieprawidłowego. Ilość moczu na dobę 4—6 litr. o ciężarze gat. 1030—1035, moczniku na dobę 40 grm., cukru około 300 grm. Skóra szara, z lekkim brązowym odcieniem.

Stan chorego nie poprawiał się wcale, chudnięcie i zabarwienie skóry stawało się coraz wyraźniejszym; w końcu przyłączyły się zmiany w płucach i ogólny obrzęk. Przy tych objawach nastąpiła śmierć po przeszło dwuletnim trwaniu choroby.

Badanie pośmiertne: W górnych zrazach płuc serowate ogniska wielkości grochu; katar przewlekły żołądka i kiszek, około 6 litrów płynu w jamie otrzewnej.

Wątroba 2550 grm. wagi, znacznie powiększona; powierzchnia drobnoziarnista, jednostajnej czerwono-brunatnej barwy. Na rozkroju zabarwienie rudawe, powierzchnia gładka, nierówno-ziarnista. Pod drobnowidzem przy małym powiększeniu zmiany podobne jak i w pierwszym przypadku, ale nie tak znacznie rozwinięte.

Przy silniejszym powiększeniu widać sieć świeżo utworzonych (fałszywych) przewodów żółciowych, wysłanych sześciennym nabłonkiem. Komórki właściwe wątroby zachowały jeszcze swoje beleczkowate położenie, są jednak znacznie mniejsze, jakby zanikłe, we wnętrzu ich znajdują się ziarenka barwika, które zakrywają jądro i nadają komórce brunatne zabarwienie. Komórki leżące bliżej środka zrazika, zabarwione jednostajnie, w niektórych miejscach nagromadzony wolny barwik. U powierzchni zrazików barwik

skupia się w sieci, przypominające rozgałęzienia fałszywych przewodów żółciowych.

Autor przypuszcza, że zapewne z początku zwyrodnione komórki wątr., leżące na powierzchni zrazików, napełniają się barwikiem, w dalszym zaś ciągu podlegają dwojakim zmianom: jedne przyjmują postać sześcienną i wytwarzają sieć fałszywych przewodów, drugie zanikają coraz bardziej i pozostawiają po sobie, jako jedyny ślad, zawarty w ich środku barwik.

Przy badaniu innych narządów znaleziono również zwiększoną ilość barwika, np. w trzustce i w kiszkiach. Autor, uważając za przyczynę cukrzycy pewne niewyjaśnione dotąd zmiany w komórkach wątroby, objaśnia opisane powyżej zmiany trojakiem wpływem:

- a) wpływem pierwotnym, zmieniającym cukrotwórczą czynność komórki,
- b) zmianą w składzie krwi,
- c) zmianami w naczyniach, upośledzających odżywianie narządu.

Następuje tu pytanie, czy ów wpływ pierwotny, nie zmienia i pozostałych czynności komórki: wytwarzania pierwiastków żółciowych, i czy tym sposobem nie można objaśnić owego silnego zabarwienia skóry i nagromadzenia się barwika w rozmaitych narządach.

Co do rozrostu tkanki łącznej autor skłania się do uważania go za proces reakcyjny wywołany przez drażnienie nagromadzonym barwikiem. Bliższe jednak badanie preparatów, wykazujące zupełną jednorodność tych tworów tak w około naczyń, jak i przewodów fałszywych, zaprzecza powyższemu przypuszczeniu według którego tkanka łączna wprzód musiałaby się rozrastać koło przewodów, a dopiero później w innych miejscach. Uważając zjawisko to jako wymagające jeszcze bliższego zbadania, autor stawia domysł, czy i ono również nie jest zależnym od pierwotnych zmian komórki.

Podobne zmiany nazwane przez auto-

ra przerostem barwikowym, opisane były przy charłactwie malarycznym przez CORNIL'A i RANVIER'A, którzy uważają rozrost tkanki łącznej jako następstwo drażnienia ścian naczyń nagromadzonym we krwi barwikiem.

Co do przyczynowego związku opisanych zmian w wątrobie, z cukrzycą, opiera się on raczej na niemożności wynalezienia innego objaśnienia, niż na jakichkolwiek pewnych danych.

W końcu autor zwraca uwagę na rozpoznawcze znaczenie rozmaitego zabarwienia w chorobach wątroby. Przy marskości zanikowej wielką doniosłość przedstawia obecność czerwonego barwika w moczu, biorącego zapewne początek z tego samego źródła, które nadaje zabarwienie całej skórze. Ogólnie znanym jest znaczenie żółtaczk. Co się zaś tyczy opisanego w powyższych przypadkach ciemnego, brązowego zabarwienia skóry, autor przypuszcza, że po wykluczeniu choroby ADISSON'A i zakażenia bagiennego, może ono stanowczo pokierować rozpoznaniem.

O. Hewelke.

368. Prof. EBSTEIN. **Fosforan magnezjowy w moczu, przy chorobach żółtąka.** (*D. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXI. Heft. 1 u. 2.*)

Fosforan magnezji odróżnić można od fosforanu wapnia i od trypefosfatu za pomocą węglanu ammonu (1:5 wody): kryształki pierwszego stają się matowymi i jakby wygryzionemi; drugie prawie zupełnie się rozpuszczają; ostatnie pozostają bez zmiany.

Badany mocz pewnego chorego okazywał natychmiast po wypuszczeniu odczyn zasadowy. Po 5 dniach utworzyły się w nim przezroczyste pryzmatyczne kryształki różnej wielkości, rozpuszczalne w kwasie octowym. W świeżym moczu podobnych chorych, fosforan magnezjowy napotyka się bardzo rzadko. *H. P.*

369. Dr. E. PEIPER. **O przechodzeniu leków ze krwi do żółci, po wchłonięciu ich przez błonę śluzową odbytnicy.**

Uebergang von Arzneimitteln aus dem Blute in die Galle, nach Resorption von der Mastdarmschleimhaut aus. (*Zeitschrift f. klin. Medicin. Bd. IV. Hft. 3.*)

Wiadomo, że sole metaliczne, dostawszy się do kiszki, przechodzą do krwi, a ząd do wszystkich tkanin ustroju. Ale urząd usiłuje co rychlej pozbyć się owych ciał obcych za pośrednictwem gruczołów. Fakt ten ma dla nauki bardzo ważne znaczenie, albowiem służy do poznania fizjologicznych czynności samych gruczołów.

Taką drogą przyszliśmy do świadomości o czynności i wydzielinach wątroby, nerek, gruczołów mlecznych i ślinianek, ale poszukiwania pod tym względem niedość są liczne, aby nie pozostawiały pewnych wątpliwości.

Pierwsze poszukiwania nad przejściem soli metalicznych do żółci, dokonał dr. SARTORIUS z d-rem MOHNHEIMEM, i dowiódł obecności cynku w żółci; HARLESS znalazł miedź, nie tylko w krwi ale i w wątrobie, pewnego niekręgowego zwierzęcia. CLAUD BERNARD, zastrzykiwał żelazocyjanek potasu do żył psom, i znajdował takowy w żółci. Prof. MOSLER dowiódł, bardzo dokładnymi na psach doświadczeniami, przechodzenie do żółci: jodku potasu, cukru gronowego i trzcinowego, siarczanu miedzi i olejku terpentynowego. WICHERT z Dorpatu, zadawał królikom i kotom różne sole metaliczne i po 3—4 godz. po zadaniu zabijał zwierzęta. Badając potem wątrobę znalazł w żółci zadawany im: jodek i bromek potasu, żelazo, ołów, nikiel, arsen, srebro, bismut i antymon.

HEÜBEL u psów które zginęły skutkiem otrucia ołowiem, TANCQUERAL i Alb. AMMOHAT u ludzi cierpiących na przewlekłe zatrucie ołowiem, dowiódł bardzo licznymi doświadczeniami obecności ołowiu w żółci. Sole wspomniane, zadawane były zwierzętom albo wewnątrz albo zastrzykiwane do żył.

Po przytoczeniu tego, przechodzi au-

tor do swych własnych poszukiwań, dokonywanych w fizjologicznym instytucie uniwersytetu w Gryfii (Greifswald).

Doświadczenia dokonywał na psach, którym robił stałe przetoki (fistule) żółciowe, według metody HEIDENHAIN'A <sup>1)</sup>.

Po 10 dniach po zrobieniu przetoki można już było użyć psa do doświadczenia; przywiązywał go autor do deski, w przetokę wprowadzał i umocowywał rurkę, z której żółć, do podstawionej porcelanowej miseczki spływała.

Leki zadawane bywały tylko przez odbytnicę, przezco unikano pomieszczenia ich z sokiem żołądkowym, a zatem zostawały wsysane niezmienione, przyczem zwierzęta nie wymiotowały, jak się nieraz to zdarza przy stosowaniu leków przez żołądek, co bardzo szkodliwie wpływa na przebieg i wynik doświadczenia. Nakoniec, ten sposób zadawania leków ma jeszcze tę korzyść, że ustrój znosi daleko większe dawki różnych środków.

Autor rozpoczął swe poszukiwania od zadawania *jodku potasu*, i najprzód zaznacza, że przechodzenie tego przetworu do żółci, zostało dowiedzione przez CL. BERNARD'A i MOSLER'A, którzy go zadawali przez usta, oraz sprawdzane okolicznościowo, w jednym przypadku bąblowca wątroby (*echinococcus*) w którym, dla wessania zawartości pęcherza wnętrzaka podawano przez długi czas jodek potasu przez odbytnicę, po 5.0 na 250.0 wody dziennie. Po otworzeniu pęcherza przez przekłucie, w płynie znaleziono podawany preparat.

1. Zrobiwszy psu przetokę, zastrzyknął mu przez odbytnicę, roztwór jodku potasu 5.0 na 300.0 cnt. sz. wody. Przetoka w ciągu 2 1/2 godzin wydała 15 ctm. sz. żółci. Następnie, na miseczce porcelanowej odparował żółć i zwęglił. Zwęgloną masę zmoczył wodą, zakwasił kilku kroplami kwasu solnego i odsączył. Osad, po dodaniu kilku kropli krochmalu, oraz ta-

kiężę ilości kw. saletranego, niewykazał obecności jodu. Mocz jednak zawierał jod.

2. Temu samemu psu, zadał tę samą dawkę jodku potasu i poszukiwał go w 3 1/2 godz. po zastrzyknięciu i nie znalazł w żółci. Mocz zawierał go jednak wyraźnie.

3. Zadałszy temu samemu psu, w 6 dni później, taką samą dawkę jodku potasu, zebrał żółć w sześć godzin po zastrzyknięciu. *Teraz otrzymał wyraźną reakcję, wykazującą obecność jodu w żółci.*

4. To samo otrzymał przy badaniu żółci u psa, w 8 godzin po zastrzyknięciu roztworu jodku potasu.

Ztąd wnosi, że jak to już wykazał Eric WICHERT, jodku potasu nie można wykazać w 3 godziny w żółci, ale dopiero po 6 do 8 godz. po zadaniu leku.

Następnie robił doświadczenia z *salicylanem sodu (Natrium salicylicum)*.

Ponieważ udało się wykazać obecność tej soli w różnych wydzielinach i wydalinach, jak w ślinie i w moczu, pragnął się autor przekonać, czyli sól ta przechodzi do wątroby i czy w żółci można ją znaleźć?, gdy zwłaszcza zastrzykniętą zostanie do odbyticy.

W tym celu zastrzyknął psu roztwór 0,5 na 150 ctm. wody salicylanu sodu do odbyticy. Pies, który w pół godziny po wstrzyknięciu leku, był bardzo niespokojny i wymiotował, uspokoił się wkrótce i zachował się tak przez cały czas poszukiwania. Żółć w 6 godzin po zastrzyknięciu zebrana, nie wykazała z roztworem chlorku żelaza, ani śladu reakcyi na kw. salicylowy.

Przypuszczając że dawka była za małą, zadał w 4 dni później temuż psu 3.0, wtedy poszukiwanie chemiczne wykazało wyraźną obecność kw. salicylowego w żółci, reakcyja trwała całe 3 godziny, wzmacniając się ciągle.

Ztąd wnosi autor, że *salicylan sodu w małej dawce, nie dostaje się do żółci, ale w mocniejszej (3.0), w pół godziny po zadaniu w żółci wykryć się daje.*

<sup>1)</sup> Handbuch der Physiologie von dr. L. HERMANN, Bd. V. 1 Th. S. 249.

*Kwas karbolowy* wykazać się daje przede wszystkim w nerkach; na drugim miejscu, pod tym względem stoją ślinianki. Autor starał się przekonać, czy przechodzi do żółci, a ponieważ psy, którym porobił przetoki żółciowe, były bardzo osłabione, musiał użyć do doświadczeń królików. Nie robił im jednak przetoki, ale zabijał w kilka godzin po zadaniu kwasu i woreczek żółciowy z jego zawartością poddawał badaniu.

Z dwóch doświadczeń, w których użył 1 i 2<sup>o</sup>/<sub>o</sub> roztworu kw. karbolowego, wynikało, że *kwas karbolowy zawsze w żółci wyraźnie wykazać można, ale ilość jego była bardzo nieznaczna.*

*Żelazo - cyjanek potasu* zadawał psu w roztworze 30 na 200 ctm. sz. wody. Przy poszukiwaniu w żółci tego przetworu metodą WICHERT'A, otrzymał wynik ujemny.

Przy poszukiwaniach nad wydzieleniem się *Rodanku potasu* z żółcią, zadawał psu 1 grm. tej soli w 250 ctm. sz. wody. Pies znosił tę dawkę dobrze. W 3 godziny w żółci wykazać się dała *wyraźna* obecność rodanku potasu; ciało to również przeszło do moczu.

*Zastrzykiwanie wody do kiszek.* Przed kilkoma laty prof. MOSLER w klinice gryfijskiej, przy żółtaczce nieżytowej i kamieniach żółciowych (*icterus catarrhalis et cholelithiasis*), użył zastrzykiwań wody do kanału kiszki, z najlepszym rezultatem. Z tak pomyślnego wyniku podobnego leczenia, rodzi się pytanie: czyli działanie takiego zastrzykiwania wody do kiszek, ogranicza się tylko na przyśpieszeniu ruchu robaczkowego, czyli też wpływa na zmianę w krążeniu i wydzieleniu w wątrobie?

Otóż autor starał się za pomocą doświadczeń wykonanych na psach dowiedzieć jak się zachowują stałe i płynne organiczne i nieorganiczne składniki żółci, przed i po zastrzyknięciu do kiszek wody, oraz jak długo trwa działanie tego zastrzyknięcia? W tym celu wykonał dwa

doświadczenia na psach ze sztuczną przetoką żółciową, a z tych doświadczeń otrzymał wyniki następujące:

W 1-ym, na 1 godzinę po zastrzyknięciu wody do kiszek, zawartość wody w żółci *powiększyła się* o 2,53<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, a za to ilość części stałych *zmniejszyła się*; organicznych o 0,31<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, nieorganicznych o 2,22<sup>o</sup>/<sub>o</sub>.

W 2-gim: W trzy godziny po zastrzyknięciu, ilość wody powiększyła się o 8,19<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, części zaś stałych zmniejszyła się zupełnie w tym samym stosunku, t. j. o 8,19<sup>o</sup>/<sub>o</sub>. (Organicznych o 7<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, nieorganicznych o 1,2<sup>o</sup>/<sub>o</sub>). Po upływie 6 godzin zauważył on znowu zmniejszenie ilości wody o 6,17<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, powiększenie zaś części stałych o 6,11<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, ale ponieważ zmniejszenie ilości wody, po 6 godzinach niedorównało powiększeniu ilości wody po pierwszych 3 godzinach, to zawsze ilość jej była o 2,02<sup>o</sup>/<sub>o</sub> większą niż przed doświadczeniem. Ilość części stałych również po 6-ciu godzinach powiększyła się, ale nie doszła do cyfry przed doświadczeniem, lecz została o 2,02<sup>o</sup>/<sub>o</sub> mniejszą. (Organicznych o 0,13<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, nieorganicznych o 1,89<sup>o</sup>/<sub>o</sub>). Na zakończenie swjej pracy przytacza autor korzyści z praktycznego zastosowania wyników teoretycznych swych doświadczeń co do wstrzykiwań wody ciepłej do odbytnicy.

Korzyści te stwierdza w dwóch przypadkach chorobnych. Pierwszy odnosi się do wstrzykiwania znacznej ilości wody ciepłej w żółtaczce (*icterus*), drugi do zastosowania tegoż środka przy kamieniach żółciowych (*cholelithiasis*).

Do kliniki gryfijskiej przybył d. 19-go Lipca 1881 r. 16-letni kelner, cierpiący na mocno rozwiniętą żółtaczkę. Tego samego dnia wstrzyknięto mu trzy razy po pół litra wody letniej. Te odeszły zaraz, czwarte jednak pół litra zatrzymało się dłużej.

Skoro do 21-go t. m. bardzo mało różnicy w stanie chorego znaleziono, dodano do wody kw. salicylowego i węglanu boranu na koniec noża.

22 Lipca, tak się chory czuł dobrze, że

chciał opuścić szpital; jednak zażółcenie skóry zostało i tętno dochodziło tylko do 60 uderzeń na minutę rano, a 48 wieczorem. Wypróżnienia straciły swą charakterystyczną odrażliwą woń, barwę i zsiadłość miały prawidłową, 23 t. m. barwa skóry była normalną, tętno 48 do 50 uderzeń, a 26-go chory opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia.

Inny przypadek odnosi się do 38-letniej kobiety, która od roku cierpiała na kamienie żółciowe, ze wszystkimi, najcięższymi i najcharakterystyczniejszymi objawami tej choroby. Skoro wszystkie środki dla zwalczenia jej okazały się bezskutecznymi, udała się do kliniki w Gryfii, gdzie jej zastosowano wstrzykiwania do odbytnicy z ciepłej wody, od 500 do 1200 ctm. sz., z dodatkiem 3-5 grm. sztucznej soli karlsbadzkiej po trzy razy dziennie. Sól karlsbadzką zastosowano w tym zamiarze, aby wprowadzić do żółci znaczną ilość węglanów, przez co ułatwić się spodziewano rozkład kamieni.

Czterotygodniowe leczenie wydało najpomyślniejszy rezultat.

*Dr. Dobieszewski.*

**370. Dr. SKÓRCZEWSKI. Spostrzeżenia nad niektórymi zaburzeniami powstałymi pod przewlekłym wpływem zakażenia malaryjnego, oraz sposób leczenia tych cierpień w Krynicy.** (*Pamiętnik Tow. lek. Warsz. Zeszyt II. 1882.*)

Pomimo, iż począwszy od czasów HIPOKRATESA badano malaryję, wiadomości o niej i dziś są niedostateczne.

Przedewszystkiem nieznaną jest pierwotna przyczyna malaryi. Olbrzymia ilość teoryj odnośnych daje się rozklasyfikować na dwie kategorie: pierwsza obejmuje hipotezę, że gazy rozwijające się w ziemi same przez się są przyczyną malaryi, druga upatruje przyczynę w pasorzytach. Największe, zdaniem autora, prawdopodobieństwo przedstawia przypuszczenie, że zakażenie malaryjne polega na dostawaniu się do ustroju jakichś tworów organicznych (obojętna czy to bę-

dzie *bacillus malariae* lub nie).

Nieznajomość przyczyny zaburzeń wywołuje też chaotyczne wyobrażenia w rozmaitych kierunkach, a obraz kliniczny malaryi dotychczas nie został ściśle określony. Wreszcie terapia jest wielce niedostateczną, ograniczając się głównie chininą i podobnemi jej specyfikami, których skuteczność w napadach zimniczych była, zdaniem autora, przeszkodą do poszukiwań innych środków.

Spostrzeżenia autor robił w Krynicy. Na 1422 chorych leczonych tam przez niego, 408 osób było z zakażeniem malaryjnym (28,6%), co staje się zrozumiałem zważywszy iż Krynica uważana jest powszechnie za zdrojowisko leczące niedokrwistość, a ta ostatnia szybko następuje pod wpływem zakażenia malaryjnego.

Pracę swą podzielił S. na cztery rozdziały:

Pierwszy rozdział obejmuje zimnicę. Choroba ta powstaje, zdaniem autora, z grzybków, dla których za najodpowiedniejszą drogę dostania się do organizmu uważa on płuca. Bodźce termiczne, mechaniczne, chemiczne lub psychiczne mogą wywołać tylko wówczas napad zimniczy, jeżeli zarazek znajduje się w organizmie. Do tychże bodźców zalicza autor sprawy położowe, a nawet wpływ środków lekarskich, jak chinina, faradyzowanie, zimne natryski, kąpiele mineralne i borowinowe, nawet zmiana miejscowości, resp. przeniesienie się z miejscowości malaryjnej w okolice wolne od malaryi może wywołać napad, jak tego dowodzą spostrzeżenia samego autora poczynione w Krynicy, oraz innych badaczy. Z ogólnej liczby chorych malaryjnych było 96 osób, które nigdy nie doznawały napadów zimniczych, a 164, które dostały je dopiero w Krynicy, wolnej jak wiadomo od malaryi.

W znacznej więc większości wypadków malaryi występowały napady zimnicze. Ilość takowych wynosiła zwykle

2-3, niekiedy atoli były tak uporczywe, iż trwały przez cały czas leczenia; wówczas śledziona bywała bardzo dużą, a po każdym napadzie zmniejszała się. Chinina (1,0-1,5 dziennie), arsen i środki zewnętrzne nie wywierały stanowczych skutków.

Napady zimnicze, zdaniem S. (zgodnie z teorią SCHWALBEG'Ń) rozwijają się na podstawie zaburzeń nerwowych drogą zwrotną; peryjodyczność ich nie zależy od własności zarazka, ale raczej od układu nerwowego, a następnie od wielu innych warunków w ustroju.

Zarazek malaryjny dostawszy się do organizmu (przez płuca?) najłatwiej gromadzi się w śledzionie, drażni sąsiednie gałązki nerwowe. Skutkiem kurczliwości śledziona albotęż w następstwie niezbadanych zmian w krążeniu tęży, dostaje się z nię naraz znaczna ilość zarazka do krwi wywołując napad zimniczy. Przy ciągłym wolnym wydalaniu się zarazka ze śledziona do krwi napadów nie bywa, ale za to zaburzenia nerwowe rozwijają się w znacznym stopniu. Działanie też czynników termicznych, farmakologicznych i t. p. na śledzionę i układ nerwowy, może spowodować wydalenie zarazka do krwi i wywołać napad zimniczy.

Drugi rozdział poświęcony jest obrzękom śledziona, które jakkolwiek nie zawsze występujące, uważa autor za jeden z najważniejszych objawów malaryi. Na 408 wypadków, w 66 (16%) nie znalazł S. obrzęku śledziona, gdy napady zimnicze nakazywały uznać zakażenie malaryjne. Brak obrzęku zależy może od zmian anatomicznych lub fizjologicznych śledziona. W wielu przypadkach zresztą brak obrzęku zależy od błędnego diagnostycznego, gdy śledziona powiększa się w kierunku niedostępnym dla badania. Wzdęcie żołądka i kiszek, grubość i odruchowe kurczenie się powłok brzusznych, nie pozwala niekiedy na rozpoznanie nawet znacznego obrzęcia.

Obrzęk śledziona może być rozpozna-

ny w niektórych przypadkach za pomocą opukiwania, podczas gdy w skutek miękości narządu omacywanie wydaje rezultat ujemny; nadto faradyzacja w wielu przypadkach przedstawia ważny środek rozpoznawczy.

Najczęściej autor napotykał obrzęki średniej wielkości (51%); bardzo duże najczęściej u osób, które całkiem nie chorowały na zimnicę. Kształt i konsystencja śledziona były rozmaite; niekiedy wydłużenie śledziona czyniło trudnym odróżnienie jej od nerki wędrującej; ważne znaczenie rozpoznawcze wówczas przedstawiało badanie w rozmaitych położeniach.

W ogólności dzieli autor obrzęki śledziona na cztery kategorie, różniące się kształtem, konsystencją, wielkością, i przedstawiające rozmaite rokowanie. Różnice te zależą od zmian anatomicznych.

Przyczyną obrzęku według ogólnie przyjętej obecnie teorii FRIEDREICH'A, jest zarazek. Obrzęk jest wyrazem zakażenia krwi, zarazek zatrzymuje się w śledzionie jako w miejscu zwolnionego krążenia i jako ciało obce drażni sąsiednie tkanki: naczynia z ich nerwami, tkankę łączną i włókna mięsne podścieliska, skutkiem czego mogą wystąpić: 1) rozszerzenie naczyń i wzmocniona czynność tkanek, 2) rozszerzenie naczyń i zmniejszenie czynności innych tkanek, 3) zwężenie naczyń i zmniejszenie czynności innych tkanek, 4) zwężenie naczyń i wzmocnienie czynności innych tkanek. Szczegółowy opis zmian anatomicznych, lubo bardzo zajmujący, pominąć musimy ze względu na rozmiar artykułu. Różnopostaciowość zimnicy daje się wytłómaczyć indywidualnością tkanek ustroju.

Trzeci rozdział traktuje zmiany następcze. Do tych należą przedewszystkiem zbroczenia krwi: wytwarzanie się barwnika i niedokrwistość. Barwnik powstaje skutkiem bezpośredniego działania zarazka na ciała krwi, które niszczy, a grud-

ki pigmentu dostają się do ciałek białych i z nimi przechodzą przez ustrój, zatrzymując się głównie w śledzionie, wątrobie i szpiku kostnym; spostrzegano nawet nagromadzenia w ośrodkach nerwowych i im przypisują trwale zaburzenia mózgowe.

Zarazek malaryjny wpływa na białe ciała i na inne składniki krwi: ilość wody zwiększa się, białka zmniejsza, ilość włókna również ulega zmniejszeniu, z kądem powstaje niedokrwistość potęgująca się jeszcze wpływem gorączki.

Zboczenia nerwowe powstają skutkiem działania samego zarazka oraz skutkiem zmian krwi. Napad zimniczy jest tylko rozległą neurozą i nie pozostaje bez wpływu na układ nerwowy. Według obserwacji autora zboczenia nerwowe istniały w 68<sup>o</sup>/<sub>o</sub> ogólnej liczby wypadków. Najczęściej napotykaną bywa nerwowość, po części zaś podrażnienie rdzenia, macinnica i hypochondryja. Jeżeli przyczyna zaburzeń nerwowych zależy wyłącznie od działania zarazka, wówczas po usunięciu zakażenia i zaburzenia zostają usunięte. Nie bywa tego, gdy nastąpiły zmiany anatomiczne w tkankach otaczających włókna nerwowe lub w samych tkankach nerwowych (najczęściej zapewne przyczyną bywają pomienione złogi barwnika).

Zaburzenia pokarmowe obserwował autor 255 razy na 408 wypadków (62<sup>o</sup>/<sub>o</sub>). Najczęściej występowało zwątlenie przeżołu pokarmowego (42<sup>o</sup>/<sub>o</sub>), najmniej zaś nieżyty (15<sup>o</sup>/<sub>o</sub>) i zaburzeń czynnościowych (niestrawność, rozwolnienie, obstrukcja, razem 8<sup>o</sup>/<sub>o</sub>).

Działanie bezpośrednie zarazka na przewód pokarmowy nie jest w stanie wytłumaczyć wszystkich zaburzeń, to samo powiedzieć można o wpływie obrzęku śledziony i wątroby, oraz o wpływie niedokrwistości, gdyż stosunek jej do zaburzeń w trawieniu nie jest stały. Na całość obrazu choroby składają się najrozmaitsze przyczyny, a z tych wiele

może przedstawiać następstwo przyczyny pierwotnej. Pierwotną więc przyczyną zaburzeń w przewodzie pokarmowym (jak i płciowym) jest bezpośredni wpływ zarazka na naczynia wewnątrz których się znajduje.

Zboczeń w układzie płciowym (u kobiet) było 24<sup>o</sup>/<sub>o</sub>, przeważnie upławów białych bez ważniejszych zmian anatomicznych (80<sup>o</sup>/<sub>o</sub> ogólnej liczby); oprócz tego obserwowane były: zbyt obfite lub bolesne miesiączkowania, wstrzymanie miesiączki, zapalenia, wåtłość, pochylenia i zgięcia macicy.

Ostatni rozdział pracy, obejmuje leczenie malaryi. Nadzwyczajną skuteczność chininy w świeżych wypadkach malaryi (w napadach zimniczych i w małej liczbie obrzęków śledziony) przypisuje autor na podstawie istniejących obserwacji, nie niszczeniu zarazka malaryjnego, ale silnemu działaniu na układ nerwów a mianowicie naczynio-ruchowy (zmniejszenie pobudliwości zwrotnej). Śledziona normalna kurczy się pod wpływem chininy, lecz nie pochodzi to od drażnienia ośrodków nerwowych, ale od samych naczyń śledziony, albowiem skurczenia nie bywa, jeżeli podwiążemy tętnicę. Dla tego też świeże obrzęki polegające głównie na rozszerzeniu naczyń zmniejszają się, czego nie bywa jeżeli włókna mięsne uległy porażeniu lub nagromadziła się znaczna ilość barwnika i t. p.

W przewlekłych chorobach malaryjnych chinina, według autora, wpływ ma bardzo ograniczony, a wówczas należy uciekać się do innych środków.

Porażenie mięśni (a więc i śledziony) najłatwiej usuwa się prądem indukcyjnym. Prąd ten we wszystkich prawie przypadkach zmniejsza śledzionę, a skutek lubo chwilowy pokazuje się już po pierwszém posiedzeniu. Chinina potęguje działanie prądu; niekiedy jednak samo elektryzowanie wystarcza do usunięcia nawet większych obrzęków śledziony. Obrzę-

ki bardzo miękie ustępują przy samém faradyzacji, zwykle po kilku posiedzeniach; to samo stosuje się do przypadków, w których narząd ten poprzednio twardy zmiękł pod wpływem leków. W innych wypadkach rezultaty nie są tak pewne. W wielu wypadkach nie ma skuteczniejszego środka przeciwko obrzękom śledziony jak faradyzacja. Prądu stałego ze znakomitym skutkiem używał autor przy bólach w okolicy śledziony, przy macinnicy pochodzenia ma'aryjnego połączonej z zimnicą, wreszcie przy olbrzymich obrzękach śledziony. O działaniu zimnych natrysków S. nie wyraża stanowczego zdania. Wody karlsbadzkie, marienbadzkie i francensbadzkie wyświadczyły znaczne przysługi przy większych obrzękach śledziony, przy obrzękach wątroby i zaburzeniach w przewodzie pokarmowym. Oprzetworach jodu autor nie może podać pewnych danych.

Ze środków zewnętrznych najskuteczniejszemi, według autora, okazały się kąpiele i okłady borowinowe, które zwalczają głównie zaburzenia nerwowe i skłonność do zastojów. Skuteczność kąpiele borowinowej zależy od jej gęstości i temperatury zbliżonej do ciepłoty ciała. Podobnie działają okłady borowinowe śledziony i brzucha. Wreszcie przyznaje autor skuteczność żywiczna gałeczkowatego (*eucalyptus globulus*) i arsenu, oraz dodaje, iż w Krynicy przyczyniły się do pomyślnych rezultatów: zmienione warunki psychiczne, powietrze górskie, dyjeta, wody i kąpiele żelaziste. *J. Polak.*

**371. O ochronnym szczepieniu karbunkułu.** (*Deutsche Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Bd. XIV*).

PASTEUR uważa za źródło karbunkułu zarodniki karbunkułowych bakteryj, które stale odnajdywał na powierzchni miejsc, gdzie zakopane były zwierzęta padłe na tę chorobę. Udawało mu się nawet hodować te twory, otrzymywać właściwe formy „*baccillus anthracis*“ i wy-

woływać sztucznie cały obraz przebiegu karbunkułu i właściwych mu zmian. Na powierzchnię zarodniki wydostają się z głębi ziemi za pośrednictwem dżdżowników. W wałeczkach bowiem ziemi, znajdujących się w kanale pokarmowym glist, pochodzących mianowicie z wyżej opisanych miejsc, znajdują się stale też same zarodniki. Wałeczki wyrzucone przez glisty, które zwykle po deszczu lub rosie wypelzają na powierzchnię ziemi, rozsypują się na sąsiednie rośliny i kałuże—a z niemi i zawarte w nich zarodniki, z kąd już z łatwością dostają się do organizmu zwierząt. Tym sposobem można objaśnić te dziwne na pozór przypadki, w których choroba rozwijała się na ściśle prawie ograniczonych miejscowościach; zawsze bowiem udawało się wysledzić, że w miejscach tych grzebano ciała zwierząt zdechłych na karbunkuł.

Do ochronnego szczepienia PASTEUR używa hodowli karbunkułowych bakteryj prowadzonych przez dłuższy czas przy zupełnym dostępie powietrza; taki sposób hodowli, zwłaszcza jeżeli wpływ powietrza oddziaływał na całe szeregi pokoleń, wywołuje pewne złagodzenie jadowitości bakteryj. Jako grunt rozplodowy używał wywar mięsny, zobojętniony potażem. Hodowla trwa 24 dni przy 42°—43° C. Zaszczepienie takiego płynu, tak zwane *premier vaccin*, wywołuje pewne zaburzenia trwające około 12 dni. Ażeby się jeszcze lepiej upewnić co do żądanej oporności zwierzęcia na wpływ karbunkułu, PASTEUR robi powtórne szczepienie (*second vaccin*) hodowlą silniejszą, trwającą tylko 12 dni; po upływie zaburzeń wywołanych wtórnem szczepieniem, trwającem również około 12 dni, zwierzę ma być zdolnem do wytrzymania działania nieostabionego karbunkułowego jadu. \*)

\*) Za miejsce szczepienia brano wewnętrzną, mniej włosami pokrytą powierzchnię uda.

Próby robione w Paryżu wydały świetne rezultaty. Z 25 szczepionych owiec nie padła ani jedna po zaszczepieniu krwi zwierzęcia chorego na karbunkuł, z 25 zaś nieszczepionych nie ocalała ani jedna.

Na wielką skalę były przedsięwzięte próby w Budzie i Kopovár przez węgierską sanitarną komisję; wykonał je p. THULLIER asystent PASTEUR'A.

Z 317 owiec danych do rozporządzenia w Kopovár, po podwójnym zaszczepieniu, padło 18 na karbunkuł, 12 okułało. Z 272 sztuk trzymany dla kontroli, w tym samym czasie padła jedna na karbunkuł. Po zaszczepieniu nieosłabionego jadu, z 44 szczepionych padła tylko jedna sztuka, z 50 nieszczepionych—38. Z powyższych cyfr widać, że sama metoda przedstawia pewne niebezpieczeństwo dla poddanych jej zwierząt -1) słabsze zwierzęta w dość sporym stosunku (18:327), nie wytrzymują szczepienia, które się dla nich okazuje za silnym i wywołuje chorobę, przeciw której miało ochronić, 2) dość znaczny procent (prawie 4%) narażony jest na kalectwo (okulenie), 3) zauważono że w ogóle szczepione zwierzęta okazują zmniejszoną oporność względem innych chorobowych wpływów. W obec rezultatów powyższych komisja orzekła, że metodzie PASTEUR'A rokować można świetną przyszłość, wymaga ona jednak pewnego jeszcze wydoskonalenia, gdyż stosowanie jej dziś przedstawia znaczne ryzyko.

O. H.

**372. Rzadki przypadek otrucia ołowiem.** Paralysis saturnine par contact. (*Gazette des hopitaux*).

W szpitalu Hôtel-Dieu obserwowano przypadek porażenia lewego przedramienia, ciekawy ze względu na etiologię.

Przypadek ten dotyczył 28-letniego mężczyzny, nader mocnej budowy i wybornego odżywiania, który jako żołnierz przebywając w najniezdrowszych miejscowościach Algierii i Senegalu w ciągu lat trzech, ani razu żadnej nie uległ chorobie, pomimo panujących tam dysente-

ryj, febry żółtej, febry złośliwej i t. p., których ofiarą stało się 64 z 70 jego kolegów. Objawów otrucia wysokiem lub jakiegokolwiek innej choroby nie wykryto.

Na trzy tygodnie przed wstąpieniem do szpitala, chory przewoził beczki z węglanem ołowiu; pewnego razu z jednej wysypała się zawartość. Chcąc uratować ten dość drogi produkt, pacjent podtrzymując prawą ręką beczkę, lewą postugiwał się jakoby łyżką i zbierał rozsypany przetwór, tak iż ręka i przedramię były tymże zupełnie powleczone. Pacjent mało zważał na tę okoliczność i zaniedbał nawet umycia ręki.

Wieczór tego samego dnia chory poczuł swędzenie w palcach, a nazajutrz rano nie mógł podnieść lewej ręki ani otworzyć palców.

Ponieważ pacjent nie przedstawiał poprzednio żadnych objawów otrucia ołowiem, porażenie więc mięśni wyprostnych powstało skutkiem zanurzenia kończyny w przetwór ołowiany, i przedstawiało czysto miejscowe zaburzenie.

Leczenie za pomocą elektryczności, jeszcze nie zostało ukończone. P.

## II. Gyniekologija i Pediatria.

373. Z kliniki prof. C. v. BRAUN-FERNWALD. **Haematocele retrouterina.** (*Allg. Wien. medic. Zeit.* Nr. 24 - 1882).

Pod wyrazem *haematocele* rozumiemy guz chęłnoczący, w ten powstający sposób, że krew podczas miesiączkowania zamiast do macicy, do jamy otrzewnej się wylewa. Odróżniamy *haematocele extra-* i *intrapertoneale*, z których drugie nierównie częściej się napotyka. Wbrew mniemaniu francuzkich autorów, krwistek nie zawsze z ciążą maciczną idzie w parze, ponieważ jednak zdarzają się wypadki, w których obydwie te zboczenia razem powstają, przeto prof. BRAUN radzi zawsze zwracać baczną uwagę na znaki ciąży (wydzielanie mleka, niebieskie zabarwienie części płciowych). Charakterystyką krwi-

steku jest zwykle bolesne miesięczkowanie, któremu często osłabienie i dreszcze towarzyszą, niekiedy nagle ono ustaje, pojawia się uczucie strachu i ogólna bladeść skutkiem wewnętrznego krwotoku. W wypadkach niepomysłnych, moczowody i pęcherze ulegają znacznemu uciskowi, puls staje się nieregularnym i przyspieszonym i przy objawach *collapsus* chora umiera. W przebiegu pomysłnym, krew wyciszona otarbia się i wówczas zarówno przez pochwę jak i kiszki prostą elastyczny guz łatwo wyczuwać się daje. W żadnej innej chorobie faldy DOUGLASA tak nisko nie zostają zepchnięte jak przy krwisteku ciąży zewnątrzmacicznej. Obydwa te zбочzenia jednak, w pierwszych trzech miesiącach nie dają się od siebie odróżnić, później dopiero z powolnego zwiększania się guza, o istnieniu ciąży wnioskować można. Odróżnienie krwisteku od torbieľa jajnika zasada się zdaniem prof. B. na t6m, że g6rna granica krwisteku nigdy nie daje się ostro oznaczyć i że odg6s jego perkusyjny, mimo płynnej zawartości, zawsze bywa bębenkowy i to dla t6j mianowicie przyczyny, że kiszki na nim spoczywaj6 i wraz z nim skutkiem przebytego zapalenia otrzewnej, kt6re kaźdemu krwistekowi towarzyszy, zrastaj6 się. Obydwa objawy przy torbielach nie istniej6.

Leczenie polega na absolutnym spokoju w 66zku, okładach zimnych na brzuch, zimnych enemach, regularnym oddawaniu stolca i moczu, przycz6m, gdy kaźne waźniejsze komplikacje nie wyst6pi6, wyleczenie, przez zrzorbowanie si6 krwi w ci6gu 3—4 tygodni moźe nast6pić. W ci6żkich wypadkach, gdzie istnieje obawa o p6kni6cie ropnia do jamy brzusznej, naleźy dokonać przek6cia przez pochw6. Zaniedbać tego jednak naleźy ilekroć zachodzi obawa obecności ci6ży zewn6trzmacyjnej—przek6cie bowiem wtedy obfite ropienie wywo6uje, skutkiem kt6rego chore zwykle umieraj6.

374. Prof. PAJOT. **Zбочzenia porodu spowodowane wadliwym kierunkiem sił wydalaj6cych.** (*Annales de Gyn6col.* Styczeń. 1882).

Tak zwane *zaklinowanie* cz6ści przoduj6cej, uwaźane przez dawnych autor6w (BAUDELOCQUE) za odr6bne po66żenie i jako takie do klasyfikacji wprowadzone, z nowoczesnych podr6cznik6w prawie że wyrugowan6m zosta6o. Zdaniem prof. PAJOT naleźy je, jako odmian6, zachować w akuszeryi, gdyź jakkolwiek rzadko si6 napotyka i zwykle natura siłami swemi je wyr6wnywa, to jednak zdarzaj6 si6 wypadki, w kt6rych ono nieprzyzwyczaj6ne stawia trudności w przebiegu porodu.

Istot6 *zaklinowania* stanowi jedynie zбочenie w działalności macicy, przy pewnych powstaj6ce warunkach. Pod wpływem samej pracy porodowej lub nawet niebolesnych skurcz6w, jakie w końcu ci6ży dostrzegać si6 daj6, przy obecności drugiego p6du lub guza u macicy, etc., cz6ści p6du mog6 zmienić swoje u66żenie naturalne. Nast6pstwem tego b6dzie niemoźność kurczenia si6 macicy w kierunku sw6j osi, przez co po66żenie p6du coraz wi6kszej ulegnie zmianie i wreszcie utrudni lub zupełnie uniemoźebni dobrowolne ukończenie porodu. Wprawdzie i przy normalnych porodach widzimy niekiedy jak skurcze kieruj6 swe działanie, zamiast wprost do wchodu miednicy, w stron6 lew6 (bardzo cz6ste po66żenie macicy brzegiem prawym do przodu) lub na przedni6 cz6ść dolnego odcinka macicy (u pierwistek), lecz chwilowe to zбочenie szybko si6 wyr6wnywa i nie sprowadza innych nast6pstw, nad nieznaczn6 utrat6 siły wydalaj6cej. Inne wszelako zachodz6 okoliczności, gdy wadliwy kierunek skurcz6w odnosi si6 wprost do miednicy; nast6puje w6wczas przemiana jednego po66żenia w drugie, zazwyczaj gorsze, kt6re na post6p porodu, w bardzo nieprzyjazny oddziaływać moźe spos6b.

Autor przytacza poród bliźniaczy, w którym płód pierwszy stawiał się pośladkami, drugi głową. Poród, po odejściu wód, mimo energicznych skurczów, długi czas nie postępował. Usiłowania, w celu rozwiązania kobiety przez wprowadzenie palca wskazującego, hakowato zagiętego do pachwiny prawej, okazały się bezskuteczne. Dostrzeżono wszakże, mianowicie podczas skurczu, jak płód zamiast posuwać się w kierunku osi, party był bólami skośnie ku prawej bocznej ścianie małej miednicy w ten sposób, że w miarę jak pośladek prawy zstępował niżej, lewy wznosił się ku górze pod nad wchód miednicy. Rozpoznane zboczenie nastąpiło odpowiednią interwencją; hak tępy, założony na lewą pachwinę i palec wskazujący, wprowadzony do otworu stolcowego, posuwały ostrożnie pośladek prawy ku lewej stronie i po kilku skurczach, które owęj manipulacji z pomocą przyszły, poród pierwszego dziecka został ukończony.

Wskazania przy wadliwym kierunku skurczów, podaje autor wyraźne i stanowcze, nadmieniam jednak, iż bez porównania łatwiej dają się one zformułować jak w wykonanie wprowadzić. Albo macicy należy nadać właściwe, normalne położenie, albo też skierować oś płodu do osi miednicy. Środki dla dopięcia tych celów, odpowiednie być muszą do zboczenia, — wszakże zdrowy sąd o przedmiocie i przytomność umysłu, nierównie lepszymi będą przewodnikami dla akuszera, jak wszelkie w tym względzie przepisy. W wielu razach stosowne ułożenie rodzącej, samo jest w stanie zboczenie wyrównać.

Przy porodzie, zarówno jak przy opróżnianiu pęcherza lub wydalaniu kału, istnieje mimowolna pozycja, jaką organizm przyjmuje, pozycja ułatwiająca instynktownie funkcję rodzenia. Dubois też często przyrównywał poród do trudnego wydalania kału.

J. E.

375. Dr. H. ASHBY. **Krupowe zapalenie płuc u dzieci.** A clinical lecture on croupous pneumonia in children. (*Med. times and gaz.* 25 marca i 8 kwietnia 1882).

Ostre krupowe zapalenie płuc u dzieci, występuje zwykle pierwotnie i bez powikłań, nagle, przebieg miewa krótki, wyjątkowo tylko pojawia się w przebiegu zapalenia nerek, odry lub gorączki tyfoidalnej, a więc u dzieci już osłabionych; również wyjątkowo przybiera przebieg chroniczny, przeważnie u najmłodszych dzieci; przeciwnie zapalenie nieżytowe zaczyna się zawsze następczo, przyłączając się do kataru oskrzeli, płonicy, kokluszki i biegunki, przebieg przedstawia przewlekły i połączone bywa z umiarkowaną lub przerywaną gorączką. Przebieg pierwotnego krupowego zapalenia płuc u dzieci bywa prawie zawsze pomyślny, w wyjątkowych tylko przypadkach następuje śmierć. Zmiany anatomiczne są takie same jak u dorosłych. Choroba zaczyna się zwykle wymiotami, rozwolnieniem i mocną gorączką. Do tych objawów dołączają się dreszcze, ból w boku lub w brzuchu, urywany kaszel, śpiączka, lekkie majaczenie, niekiedy drgawki, często obrzmienie gardzieli i migdałków, czerwoność piersi i karku, zkąd trudność odróżnienia od zapalenia mózgu lub szkarlatyny (przy braku objawów przedmiotowych); za pneumonią przemawia wówczas obok 40° stopniowej lub wyższej jeszcze ciepłoty i tętna 130—140, częstość oddechu (40—70 na minutę). Krytyczne zniżenie ciepłoty następuje zwykle w ciągu kilku godzin, najczęściej pomiędzy 6-ym a 8-ym dniem choroby (jakkolwiek niekiedy w 4-ym lub przeciwnie w 9-ym). Niekiedy występują przytém objawy zapaści (*collapsus*): oddech 60—70 na minutę, powierzchowny i krótki, wciąganie okolicy mostka rzadko bywa obserwowane, kaszel krótki; plwocinę można badać dopiero u dzieci 7—8 lat mających. Fizykalne objawy rzadko bywają tak wyraźne jak u dorosłych, rzadko występują przed trzecim dniem choroby

szmer oddechowy bywa słaby, wydech przedłużony, oskrzelowy, rżenia (*rhonchi subcrepitantes* lub *indetermin*). Dzieci od 2—14 lat mające, prawie nigdy nie umierają na właściwą i niepowikłaną pneumonię krupową. Gorszym bywa rokowa, nie przy zapaleniu płuc występującym w przebiegu innych chorób.

Autor leczy zapalenie płuc, a raczej towarzyszącą temuż gorączkę za pomocą zimna: pęcherza z lodem na głowę i piersi, zimnych kąpeli (16—21° C.) w których pacjent pozostaje przez 5—10 minut. Tętno staje się rzadszym po użyciu *tinct. aconiti* (1—2 kropli co 1—2 godziny, ogółem 20—30 kropli), przytém puls staje się mocniejszym, jak tego dowodzą obserwacje sfigmograficzne. Po nastąpieniu przesilenia, właściwemi są środki wykrztuśne, jako to: węgiel amonu, chlorek amonu, terpentyna, senega lub syrop cybolowy (*syrup. scill*); gdy choroba przechodzi w postać przewlekłą dobrze działają wcierania maści jodowych w klatkę piersiową. Co do wyskokowych środków pobudzających, mniema autor, iż tylko przy słabym tętnie i objawach upadku sił mogą być pożyteczne; częstokroć zaś więcej szkody przynoszą niż pożytku.

J. P.

376. Z. FÜRST. **O krzywicy ostrój.** (*Jahrb. f. Kinderheilk. XVIII. Deutsche Medicinal-Zeitung. Nr. 23, 1882*).

Poglądy na krzywicę ostrą dają się streścić w sposób następujący:

Niektórzy ją uważają jako samoistną chorobę konstytucjonalną, twierdzą, iż jest to początkowy okres krzywicy; SENATOR uważa chorobę jako silną ostrą postać zwykłej miejscowej krzywicy, PETRONE, że przedstawia wrodzoną chorobę przymiotową, OPPENHEIMER, że zależy od zapalenia kości; niektórzy wreszcie (HENNOCH) wcale nie przyjmują krzywicy ostrój.

Autor przytacza przypadek tój choroby dotyczący 2-letniej dziewczynki wadliwie karmionej, cierpiącej na niezbyt kiszko-

wy, wiatry, osłabienie, spóźnione ząbkowanie, kurcz głośni, zgrubienie końców przedramienia i lezonej w poliklinice przez 9 miesięcy przy rozpoznaniu *rhachitis incipiens*. Po upływie tego czasu wystąpiła mocna gorączka, znaczna bolesność przy dotykaniu, nabrzmienie, zaczerwienienie i bolesność zwłaszcza okolic końców lewego uda i goleni i prawej goleni, później wystąpiły podobne zjawiska w prawym ramieniu i łokciu, a w kilka tygodni i w prawym udzie, oraz ból w okolicy potylicowej. Po ustąpieniu wszystkich tych zjawisk, można było spostrzedz w odpowiednich miejscach rachityczne zniekształcenia, których przedtém nie było, a mianowicie: kości zgrubiałe przy końcach, obydwa uda i golenie w dolnej trzeciej części wypukłe ku przodowi i nazewnątrz. Poprzednio rozmiękczone miejsca kości potylicowej mocne i zgrubiałe, ciemniaczko czołowe zmniejszone.

J. P.

### III. Chirurgija, Oftalmologija.

377. Dr. CATIANO. **Zaburzenia po rozległych oparzeniach.** (*Allg. W. Med. Ztg.* 1882 Nr. 25).

Wiadomo powszechnie, iż niebezpieczeństwo oparzenia zależy więcej od jego rozległości, niż od głębokości zwęglonych części. Przyczyna tego faktu była rozmaicie tłumaczoną, lecz żadna z teoryj nie jest zupełnie dostateczną.

Autor wyraża przypuszczenie następujące: Być może, iż pewna, znajdująca się na skórze normalna substancja, pod wpływem nagłego ogrzania zamienia się w jad, którego wchłanianie powoduje groźne zaburzenia w ustroju? Taką substancją jest pot, oddziaływający kwaśno w skutek zawartości kwasu mrówczanego; prócz tego, jak fizyologija wykazała, znajduje się na skórze także amonijak — czy to jako wydzielina, czy produkt rozkładowy. Otóż, skoro oblejemy mrówczan amonu wrzątkiem, wywiąże się

kwias pruski (CNH); należy przeto dowieść tylko, czy po rozległym oparzeniu występują objawy podobne do objawów otrucia cyjanem i czy krew oparzonych daje reakcje kwasu pruskiego?

Po zatruciu tym ostatnim spotykamy (gdy śmierć nie następuje natychmiastowo) objawy następujące: duszność, osłabienie mięśniowe, mocne bóle głowy, nudności, małe tętno, sinica, śpiączka. Niekiedy występują przed śmiercią drgawki kloniczne i ciepłota znacznie się podnosi. Sekcja wykazuje bardzo znaczne zapalenie nieżytowe jelit oraz karminowo-czerwoną lub ciemno-błękitną płynną krew. Cyjan więc zabija głównie skutkiem porażenia ośrodka oddychania.

Porównyując teraz objawy występujące po rozległych oparzeniach skóry, widzimy, iż takowe aż do najdrobniejszych szczegółów zgadzają się z powyższymi. W obudwu razach występuje porażenie rdzenia przedłużonego (objawy asfiksji i bezwładu naczynio-ruchowego t. j. ogólny upadek ciepłoty i podnoszenie się jej przed śmiercią).

Aby mieć oczywisty dowód identityczności obudwu spraw chorobowych, należałoby dowieść istnienia cyjanu we krwi; lecz z drugiej strony, w obec bardzo małej ilości potrzebnej do otrucia, w obec zresztą działania cyjanu na skórę *in statu nascendi*—trudno niezmiernie stwierdzić obecność jego we krwi.

Po przejściu pierwszych groźnych objawów mózgowych, występują u oparzonych bardzo często krwawe wypróżnienia, przyczyną których, jak sekcja wykazuje jest nieżyt jelit *ciemkich* wraz z wrzodami w dwunastnicy, gdy tymczasem żołądek i jelita grube pozostają nienaruszonymi. Zkąd to pochodzi? Dla objaśnienia tej sprawy, przypomnijmy sobie powstawanie wrzodu drążącego żołądka. Najczęstszą przyczyną takowego bywa zmniejszona alkaliczność ścian żołądkowych, na które tym sposobem działa niedostatecznie zneutralizowany kwaśny sok żołądko-

wy. Ponieważ zaś alkaliczna reakcja ścian żołądka zależy od krążącej w nich krwi, przeto wszelkie zaburzenia cyrkulacyjne ułatwiają niszczące działanie soku na obnażone naczynia błony śluzowej żołądka. Tym sposobem złuszczenie nabłonka jest pierwszym warunkiem rozwoju wrzodu drążącego. Podobny wpływ soku żołądkowego utrzymuje się i w górnej części dwunastnicy, aż do ujścia przewodu trzustkowego, gdzie sok zostaje zneutralizowanym.

Przy zatruciu cyjankiem bardzo często nieotrzymujemy właściwej reakcji krwi, a to dla tego, iż jad w obecności zasady (krwi) zamienia się na mrówczan amonu przez przyjęcie wody; ten ostatni zaś powoduje złuszczenie nabłonka w dwunastnicy i umożliwia działanie soku żołądkowego na obnażone naczynia. Literatura sądowo-lekarska w rzeczy samej wykazała u otrutych cyjankiem, niejednokrotnie nieżyt jelit wraz ze sprawami nekrobiotycznymi w okolicy odźwiernika.

Niekiedy, po przebyciu pierwszego, najgroźniejszego okresu, oparzeni umierają nagle w II lub III tygodniu, a przy sekcji znajdujemy zatory w mózgu lub płucach. Celem wyjaśnienia tego zjawiska jedni przyjmowali wchłanianie cząstek zgorzelinowych z miejsc oparzonych do krwi; inni—skłonność jakoby krwi oparzonych do krzepnięcia. Autor powstawanie zatorów przypisuje stłuszczeniu przybłonka w tętniczkach, skutkiem czego przepływająca krew z łatwością tworzy skrzepy i odrywa je. Za pomocą podskórnych wstrzykiwań minimalnych dawek cyjanku autor to samo potwierdził na zwierzętach.

Autor objaśnia jeszcze w dalszym ciągu powstawanie po rozległych oparzeniach zapalenia płuc i nerek na tych samych, co powyżej, zasadach.

W końcu swjej pracy zastanawia się nad terapiją w przypadkach oparzenia. Istnieją tu 2 głównie wskazania:

1) Szybkie wydalenie jadu z ustroju i

2) podniecenie czynności osłabionych, a niezbędnych dla podtrzymania życia narządów.

W pierwszym razie najwłaściwiej będzie podnieść czynność organów wydzielniczych (nerek, skóry) przez wzmocnienie ciśnienia krwi w naczyniach. Ponieważ zaś z drugiej strony największe niebezpieczeństwo grozi choremu ze strony narządów oddychania, z tego powodu autor w obu razach zaleca energicznie zimne oblewania oraz podskórnie atropinę (gdyż zauważono u zwierząt, iż serce osłabione pod wpływem otrucia cyjankiem uderzało silniej po atropinie).

Sposób postępowania jest więc następujący: Po wystąpieniu śpiączki oblewa się głowę i tułów oparzonego zimną wodą co 10 minut; następnie stosuje się kąpiel 35° C. Gdyby te środki nie pomagały, a zagrażają zaburzenia w oddychaniu, należy chorego owinać w watę i zarządzić sztuczne oddychanie lub nawet wykonać tracheotomię. Podskórnie duże dawki eteru oraz atropinę ( $\frac{1}{200}$  grm.). Po ustąpieniu objawów ze strony płuc i serca, zaczynamy oblewania na nowo. P—i.

378. M. VANDENABEELE. **Przemywanie pęcherza moczowego bez sondy, za pomocą syfonu. Wpływ ciśnienia płynu na zwężenia cewki.** (*Journ. de Ther. Nr. 6, 7, 8, 9 — 1882.*)

Autor przeprowadza od syfonu rurkę gutaperkową, zakończoną króciutką sondą od 4 do 5 ctm. długości, którą wprowadza do cewki, w celu uniknięcia nieprzyjemnych skutków występujących często po wprowadzeniu instrumentów do tylniej części cewki (*pars membranacea, prostatica*) i do pęcherza.

Ciśnienie płynu możemy dowolnie wzmacniać lub osłabiać, podnosząc lub opuszczając syfon. Ciśnienie potrzebne dla wprowadzenia płynu do pęcherza (dla przecięcia *m. compressoris urethrae*, wynosi 1,70 do 1,75 metra wysokości (mierząc naturalnie od *os pubis*). Pod żadnym pozorem nie należy jednak zaczynać od

tego ciśnienia — zaczynamy od 30—40 ctm. i stopniowo a bardzo ostrożnie podnosimy syfon. Przy ciśnieniu 1 metra chory doznaje już nieprzyjemnego uczucia w cewce. Odtąd należy wzmacniać ciśnienie jeszcze wolniej. Zdarza się jednak, że i mniejsze ciśnienie wystarcza.

Płyn winien być ogrzany do 30° C. Może to być czysta woda, lub roztwór kwasu karbolowego 1:1000, *aqua picea*, i t. d. zależnie od wskazania. Wprowadzamy niewielką ilość płynu naraz, nie więcej, jak 60,00. Chory stoi podczas procedury, uciskając otwór cewki, i zaraz wydała wstrzyknięty płyn.

Co do przemywania pęcherza, musimy zauważyć, że właśnie tam, gdzie niebezpieczeństwo kateteryzacji najsilniej się uwydatnia, mianowicie przy atonii pęcherza jakiegokolwiek pochodzenia, metoda tu opisywana jest bezużyteczna, gdyż chory sam nie byłby w stanie wydalić całej ilości wstrzykniętego płynu, wprowadzenie więc kateteru jest nieuniknionem.

Natomiast przy *zwężeniach cewki* autor otrzymał szybkie, godne zaznaczenia rezultaty. Wiadomem jest, że ciśnieniem płynu można rozszerzać zwężenia — nawet w dawnych czasach radzono chorym urynować z wysileniem zacisnąwszy ujście cewki, co było nie bez korzyści.

Niewątpliwie można opisywaną tu metodą leczyć zwężenia, bez użycia jakichkolwiek instrumentów (choć w przytoczonych przez autora wypadkach nie ma ani jednej czystej obserwacji — *bougies* były wprowadzane od czasu do czasu dla przeświadczenia się o skutku).

Metoda ta winna być poleconą w wypadkach pewnych zwężeń (zwężenia niezmiernie wąskie, kręte, obecność obrażeń i *fausses routes*, siatkowate rozszerzenie cewki za zwężeniem), których po paru próbach nie udało się jeszcze przebyć. W ten sposób dałoby się uniknąć obrażeń cewki i *fausses routes*, a lekarz oszczędziłby sobie ciężkiej pracy. W tym jednak kierunku autor nie posiada ani jednej ob-

serwacyi. *Strictureae callosae*, o ile z jednej obserwacyi sądzić można, nie nadają się do leczenia tym sposobem.

*Febris urethralis* zjawia się i tutaj (co potwierdza nerwowe, odruchowe jej pochodzenie, a stawia w wątpliwość traumatyczne), czy rzadziej, lub słabiej, niż przy innych metodach, z małej ilości obserwacyj sądzić trudno.

*Funk.*

379. Prof. dr. EBSTEIN. **Przyczynę do nauki o przewlekłych nieżytach błony śluzowej dróg moczowych.** Zur Lehre von den chronischen Katarrhen der Schleimhaut der Harnwege und der Cystenbildung in derselben. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1882. Bd. XXXI. Heft 1 u. 2). Dr. DAMSCH. **Zaszczepialność gruźlicy jako środek rozpoznawczy przy chorobach moczopłciowych.** Die Impfbarkeit der Tuberculose als diagnostisches Hilfsmittel bei Urogenitalerkrankungen. (*Ibidem*).

Etiologija niektórych cierpień nieżytych błony śluzowej dróg moczowych nie jest jasna, sprawy gruźlicze zwłaszcza przedstawiają niekiedy bardzo wielkie trudności w rozpoznaniu. Autor na zasadzie jednego spostrzeżenia usiłuje podać w tym względzie pewne wskazówki ułatwiające rozpoznanie.

48-letni chory z daleko posuniętymi objawami suchot płucnych, od lat wielu cierpi na nieżyt górnych części dróg moczowych z wydzieliną ropiastą i krwawym zabarwieniem moczu, w którym nawet gołym okiem dostrzedz można niewielkie skrzepy śluzu, a pod drobnowidzem mnóstwo ciałek ropnych, gromadki bakteryj, nabłonek płaski. Żadnych objawów podmiotowych ani w okolicy nerek, ani podczas wydzielania moczu. Przy sekcyi znaleziono przewlekłą gruźlicę płuc z obecnością jam, gruźlicę śledziony, wątroby, gruczołów kręzkowych. W nerkach oprócz przewlekłego zapalenia liczne torbiele na powierzchni z żółtawą zawartością oraz drobne gruzelki; także torbiele, lecz bez gruzelków w miedniczkach

oraz moczowodach i pęcherzu.

Co było punktem wyjścia cierpienia dróg moczowych? Autor wykluczył pęcherz z powodu braku jakichkolwiek zaburzeń w wydzielaniu moczu lub bolesności w okolicy pęcherza; dalej wykluczył związek z gruźlicą, ponieważ cała błona śluzowa miedniczek, moczowodów i pęcherza była tylko w stanie przewlekłego nieżyty z utworzeniem torbieli, nieliczne zaś gruzelki, znalezione głównie w lewej nerce, były świeże i utworzyły się niezależnie od nieżyty zapewne drogą ogólną infekcyi, podobnie jak w wątrobie, śledzionie i t. d. Zresztą na tle ogólnego zakażenia gruźliczego mogło powstać zwykłe nieżytowe zapalenie, które dopiero w następstwie przybrało cechy typowe.

Ponieważ rozpoznanie, jak się wyżej powiedziało, przedstawia niekiedy wielkie trudności, przeto autor wpadł na myśl szczepienia wydzieliny nieżytywej do przedniej komórki oka królików. Doświadczenia odnośne, wykonywane przez HAENSELA i DAMSCHA, dały wynik pomyślny. Mocz ropiasty, wzięty od 7 chorych, wywoływał po 3 tygodniach charakterystyczne szare gruzelki na tęczówce, które w następstwie ulegały zserowaceni. Zliczby 13 szczepień, 11 przebiegało zupełnie pomyślnie, tylko w dwóch pozostałych wybuchło zakażenie septyczne, które doprowadziło do *panophthalmitis*.

Oprócz tego DAMSCH wykonał jeszcze 5 szczepień moczu prawie zupełnie czystego, wziętego od tychże chorych, lecz gruzelki nie rozwinęły się ani razu. Ztąd autor wnioskuje, iż cierpienie nerek musiało być jednostronnem, ostatni zaś mocz pochodził z nerki zdrowej. Wreszcie D. zaszczerpił mocz od 3 chorych z przewlekłym nieżytem pęcherza, u których gruźlicy podejrzawać nie było można; skutek okazał się ujemnym.

Aby się przekonać o wytrzymałości zarazka gruźliczego, autor zaszczerpił ośmiodniowy mocz królikowi i otrzymał również gruzelki na rogówce. *H. P.*

380. Prof. ALBERT. **O zapaleniu szpiku kostnego.** (*Allg. Wiener med. Zeitung.* Nr. 22. 82 r.).

A. obserwował 3½ letnie dziecko, które bez widocznej przyczyny dostało bólów w lewej nodze, dreszczów i silnej gorączki. Tegoż samego dnia obrzmienie lewej nogi; po kilku dniach zaczerwienienie skóry, a po wykonaniu w tym miejscu nacięcia wydzielilo się cokolwiek ropy. Badając dziecko po kilku tygodniach autor zauważył, iż dolna nasada kości piszczelowej oddzieliła się od trzonu, a ponieważ w danym przypadku nie było przyczyny urazowej, rozpoznano dobrowolne oddzielenie się nasad. (*Spontane Epiphysenlösung*). Nasady wyjęto. Okostna okazała się oddzieloną prawie na całej przestrzeni trzonu. Przebieg choroby był pomyślny, okostna przyrosła do kości, noga przybrała normalną formę. A. następnie zwraca uwagę na różne teoryje zapalenia szpiku kostnego. Dawniej wszystkie procesy zapalne w kościach uważano za zapalenie okostnej (*periostitis*) i o zapaleniu kości bardzo rzadko wspomniano. Dopiero CHASSAIGNAC przed 15 laty pierwszy dokładnie opisał tę chorobę i nazwał ją *Osteomyelite essentielle* i *Osteomyelite spontanée*, lub też *typhus de membres*. Obraz choroby jak ją opisuje CHASSAIGNAC, wiadomy: dreszcze, gorączka, stan ogólny przypominający tyfus (różnice temperatury ranniej i wieczornej). Nieżyt oskrzeli i powiększenie śledziony. Po 8 dniach zaczerwienienie skóry, a po zrobionem nacięciu, wydziela się cokolwiek ropy (zawierającej krople tłuszczu) zebranej między kością i okostną. Choroba umiejscawia się zwykle w długich kościach szkieletu i to na granicy nasady i trzonu, czasami w samym trzonie, i litylko u młodych osobników, u których rozrost kości jeszcze się nie ukończył.

Różne nazwy nadawano tej chorobie: *Spontane Epiphysentrennung* (KLOSE), *Periostitis phlegmonosa* (BÜCKEL), *Panostitis*

(WALDEYER), *Pseudorheumatismus* (ROSER). Przypuszczano nareszcie iż cały proces polega na zakażeniu i rzeczywiście KLEBS odkrył w organizmie chorych na zapalenie szpiku mikrokokki, a LÜCKE nazwał to zapalenie *zakaźnem zapaleniem szpiku i okostnej u młodych osobników*. Autor przytacza kilka wypadków, które zdaniem jego dowodzą, iż przypuszczanie zarazka w przypadkach zapalenia szpiku kostnego jest zupełnie niewłaściwem. Pojawia się ono bowiem po osteotomijach, po stłuczeniach i po zmiżdżeniu kości przy ranach postrzałowych. Autor jest zdania że te wypadki zapalenia szpiku kostnego, które nie kończą się śmiercią, dostarczają chorych z oddzieleniem się nasad i centralną nekrozą, i że wszystkie wypadki zgorzeli kostnej i tworzenia się martwaków są wynikiem lekkiej formy zapalenia; szpiku kostnego. Rozróżnić należy zapalenie szpiku kostnego różnego natężenia, wynikiem jego być mogą: 1) *necrosis centralis*,—najlejsza forma choroby. 2) Wypadki w których sąsiedni staw został zajęty, i przez zapalenie zlepne doprowadzony do zaniku. 3) Tworzenie się bliznowatej *ankylosis*—gdzie ropa przedostała się do stawu. 4) Ciężkie przypadki, z przebiegiem podobnym do tyfusu, są to te przypadki, które CHASSAIGNAC nazwał *Osteomyelitis κατ'έξοχήν*. Autor rozróżnia kilka rodzajów procesów zapalnych w kościach: 1) *Osteomyelitis spontanea—necrosis centralis*.—Zanik lub *ankylosis* sąsiedniego stawu, posocznica lub ropnica jako następstwo. 2) *Osteomyelitis traumatica*. 3) Zakaźne choroby kości, jak gruźlicze i przymiotowe. 4) Toksyczne zapalenie kości (*Phosphor-necrosis*). 5) Chroniczne zapalenie kości jak np. przy chronicznych wrzodach dolnych kończyn w kości goleniowej.

Guranowski.

381. Dr. ABADIE. **Rzadkie symetryczne nowotwory powiek.** (*Archives d'Ophth. franc. Juillet-août. 1881*).

Pod tą nazwą dr. A. opisał nowotwory wyrastające u 16-letniej dziewczyny

w okolicy gruczołów łzowych, a które rozpoznawano jako *adenoma gl. lacrymalis*. Wyłuszczone nowotwory były chrząstkowato-twarde i przrastały z jednej strony do chrząstki powiekowej (*tarsus*), z drugiej do gruczołu łzowego. Przy badaniu mikroskopijném, okazały się być *gruzelkami*, zawierającymi charakterystyczne komórki olbrzymie. Ponieważ chora po 3-ach latach wyzdrowiała, przeto dr. A. uważa ten wypadek jako proces miejscowy.

*Dr. J. Talko.*

382. Prof. WOLFE (Glasgow). **Tuberculosis iridis et corp. ciliaris.** (*Annales d'Oculist. Mars-Avril 1—1882*).

Do 6-ciu znanych w literaturze wypadków gruzelków tęczówki, dr. W. dołączył 7-my, obserwowany u 8-letniego chłopaka. W skutek uderzenia oka, zaczął pomału wyrastać w rzęskowej okolicy w tęczówce guziczek wielkości  $\frac{1}{2}$  ziarnka grochu, wywołując obrzmienie i rzęskową iniekcją na granicy rogówki i białkówki górnej części gałki. Z początku wzrok i wewnątrzoczne ciśnienie były prawidłowe, lecz stopniowo w całej tęczówce pokazały się gruzelki, poczem błona ta zmieniła się w nieforemną masę z zarośniętą źrenicą. Gałkę wyłuszczone. Powierzchnię tęczówki pokrywały wypociny składające się z okrągłych komórek, także wypociny infiltrowały miążż błony. Ciało rzęskowe ogromnie zgrubiałe i przepelnione okrągłymi komórkami. Traktowana hematotyliną massa ta zabarwiała się mocno, przeciwnie inne komórki pozostawały bezbarwnymi. Te ostatnie stanowiły prawdziwe gruzelki, składające się z komórek olbrzymich o wielu jądrach. Massy serowatej nie znaleziono. W kilka miesięcy później malec leczony był z powodu owrzodzeń obu goleni, przy zgrubieniu przednich części piszczeli.

*Dr. J. Talko.*

383. Dr. CASPER. **Wrzód powiek w zależności od wrzodu korzeni zębowych.** (*Hirschberg's Cent. f. Augenheilk. April 1882*).

Przed 2 lata PARINAUD ogłosił wypadek wrzodów d. powieki zależnych od przetok zębowych. Dr. C. z Berlina podaje obecnie 2 swoje spostrzeżenia, stwierdzające obserwacje dr. P. Wynika z nich że w razie istnienia wrzodów dol. powieki (*abscessus palp. inf.*) potrzeba koniecznie obejrzeć zęby pacjenta, gdzie można znaleźć wrzód dziąseł, karietyczny proces szczęki lub zębodołów, z kąd zapalenie łątwo przychodzi na zębowy wyrostek g. szczęki i d. powiekę. Sondą nie można przejść z zębodołu do górnej powierzchni powieki (resp. wrzodu d. powieki) ani też przeciwnie; jednakże nie ulega wątpliwości iż w podobnych razach istnieje ścisła między temi miejscami łączność: skoro ropa przestaje wydzielać się z zębodołu, twarz i powieka więcej obrzmiewają i przeciwnie.

*Dr. J. Talko.*

384. Dr. WEISS (z Nancy). **Pulsujący guz oczodołu, uleczony podwiązaniem tętnicy szyjowej wspólnej.** (*Revue Clin. d'Oculistique de sud-ouest. Mai 1882*).

Do wypadków szczęśliwie uleczonych tętniaków, przybywa nowy, który zdarzył się u 53-let. mężczyzny. W skutek spadnięcia pacjenta z wozu przed rokiem, poczęła prawa g. oczna być wypieraną z oczodołu (*exophthalmia*) przy jednoczesnej diplopii (*strabismus conv. paral.*), utracie słuchu na pr. ucho, porażeniu i znieczuleniu prawej połowy twarzy. W wysadzonej gałce czuć było pulsowanie, izochroniczne z tętnem. Chory uskarżał się na silny szum w całej głowie. V tego oka =  $\frac{1}{10}$ , tarcza nerwu biaława, żyły siatkówki rozszerzone.

Wszystkie te objawy ustąpiły po podwiązaniu katgutem tętnicy szyjowej wspólnej. Na drugi dzień i nieco później chory cierpiał na silny ból głowy, który wnet ustępował po przystawieniu pijawek za uchem, jedna po drugiej.

W miesiąc po operacji nie było już ani szumu, ani pulsacyi ocznej, ani też śladów *exophthalmii*; chory uskarżał się tylko na pewien rodzaj bólu głowy i pod-

wójne widzenie, które ustąpiło po strabotomii m. prostego wewnętrznego i przemieszczeniu prostego zewnętrznego ku przodowi, przy odpowiedniem użyciu pryzmatycznych szkieł. Następnie autor rozbiiera hipotezy możliwych w tym wypadku anatomopatol. zmian—czy miały tu miejsce: 1) tętniak zewnątrz lub wewnątrz oczodołowy *art. ophthalmicae*, 2) *aneur. carotidis internae*, czy też 3) *varix aneur. extra-orbitalis* między *carotidis int.* i *sinus cavernosus*? Dr. W. jest za tą ostatnią hipotezą. Utrata słuchu przemawia na korzyść pęknięcia skalistej kości.

*Dr. J. Talko.*

## MISCELLANEA.

### 385. Działanie lecznicze plastru thapsia.

Na posiedzeniu towarzystwa terapeutycznego w Paryżu, 12-go kwietnia r. b. roztrząsano kwestyję użyteczności plastru *thapsia*. Uznano nowy ten środek jako w wielu przypadkach szkodliwy; nie przytoczono zaś nic, co by na korzyść jego w obec innych tej kategorii środków przemawiało. Oto są w streszczeniu uwagi członków Towarzystwa:

C. PAUL powiada, że nie otrzymywał nigdy znacznych skutków z użycia tego plastru przy chorobach piersiowych, a nadto, że wysypka którą ten środek sprowadza wywołuje niekiedy gorączkę gdy takowej poprzednio nie było; nawet obserwowano przypadki róży rzekomej. U skrofulicznych lub limfatycznych osobników występuje niekiedy po użyciu plastru *ecthyma* powodująca nieuleczalne blizny.

MOUTARD-MARTIN podziela zdanie C. PAUL'a twierdząc iż *thapsia* jest co najmniej bezużyteczną, jeżeli nie szkodliwą. To samo stosuje się do oleju krotonowego.

FEREOL dodaje iż *thapsia* wywołuje częstokroć nader rozległe wysypki, ponieważ chorzy sami przenoszą za pomocą palców wziwastek drażniący na rozmaite części skóry, a zwłaszcza na skórę twarzy. Zresztą uznaje użyteczność tego środka przy chorobach piersiowych; olej zaś krotonowy uważa jako niewłaściwy w zastosowaniu u kobiet, gdyż lek ten, posiadając te same co *thapsia* własności pozostawia głębsze ślady w skórze, jakkolwiek jest mniej bolesnym.

BLONDEAU wąpi o skuteczności plastru; przypuszcza przytém że w niektórych aptekach dla wzmocnienia wpływu jego dodają doń nieco oleju krotonowego.

*J. Polak.*

386. Prof. CHERON otrzymywał pomyslnie rezultaty leczenia wrzodzących nabłoniaków (*epithelioma*) części pochwowój macicy za pomocą azotanu ołowiu. Oczyszcza się najprzód owrozdzenie tamponami namoczonymi w glicerynie, przemycywa 0,5% rozczyntem wodnym chlorku żelaza, a następnie wdmuchuje mieszaninę 1 cz.  $P_2O_5$  i 2 cz. proszku *lycopodium* na powierzchnię owrozdzenia; poczm zakłada się tampon bawełniany (*Practitioner.—Cincinnati Lancet.* 25 Febr. 1882).

387. Dr. LANGERAUX spostrzegł w swym oddziale w „Pitié“ dwa przypadki bezładu ruchowego u szwaczek uderzające podobieństwem objawów—i upatruje w nich jako przyczynę choroby przeciągłego szycie na maszynie. Rozbierając po szczególe przebieg choroby, autor dochodzi do następujących wniosków: 1) że u kobiet usposobionych do chorób nerwowych, szycie na maszynie może w danym przypadku wywołać bezład ruchowy (*ataxia*), 2) że objawy tego cierpienia poczynają się w kończynach dolnych i przybierają kierunek wstępujący. Bóle strzelające przebiegają od dołu ku górze. 3) Pod wpływem spoczynku, następuje szybko, długotrwała nieraz poprawa. 4) Szycie na maszynie działa szkodliwie nie przez pobudzenie popędu pciowego, ale raczej przez to, że sprowadza drżenie w mięśniach kończyn dolnych, które to drżenie przenosi się (?) na rdzeń kręgowy.

*Z. D.*

## Odpowiedzi Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w Opocznie i G. w Miechowie. Dzieło „o pielęgnowaniu chorych etc.“ wysłaliśmy pod opaską.

Dr. P. w Łucku i R. w Mohilewie. Dzieło dr. Dobieszewskiego „o leczeniu klimatycznym“ wysłane przez księgarnię Gebethnera i Wolffa.

Dr. P. w Sterdyniu Dzieło dr. Rejchmana wysłano.

## 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 mieszk. 4.

Wydawca:

Dr. Bauerertz Adam.

Redaktor:

Dr. Kazimierz Filipowicz.