

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Farmakologija.

388. SÉE i BOCHFONTAINE. **Własności fizjologiczne konwalii (*Convallaria majalis*).** Sprawozdanie z prac wykonanych w laboratoryjum kliniczném przy l'Hôtel-Dieu, przedstawione Akademji Nauk na posiedzeniu 3-go lipca r. b. przez VULPIANA. (*Journ. de théér.* 13, 1882).

W Rosyji używano od niepamiętnych czasów kwiatów konwalii po wsiach; w r. 1880 pisali o znaczeniu tego środka: TROICKI i BOHOJAWLEŃSKI, a potem d'ARY. Sześć obserwacyj niewydanych i kilka umieszczonych w czasopiśmie „Wraccz“ przemawiały za skutecznością tego środka przy zaburzeniach nerwowych serca a niekiedy i za wpływem na wydzielanie moczu. Od tego czasu literatura tego przedmiotu umilkła, ale powaga d-ra BOTKIN'A, który zajął się tą kwestyją pobudziła autorów do wykonania doświadczeń nad działaniem leczniczym w mowie będącej rośliny.

Do doświadczeń na zwierzętach brali autorowie wodny wyciąg z całej rośliny, oraz przedestyłowany nastój wysokowy z kwiatów. Przy poszukiwaniach klinicznych zadawali wyciąg z liści słabo działający i ekstrakt z całej rośliny, przedstawiający przetwór skuteczny. HARDY, dyrektor pracowni chemicznej przy l'Hôtel-Dieu uważa za składnik działający konwalarynę.

Doświadczenia wykonane na zwierzętach z krwią zimną wykazały, że serce przy bezpośrednim zetknięciu z kroplą wyciągu zmieszanego z równą częścią wody przestaje się kurczyć po upływie $1\frac{1}{2}$ —2 minut, ten sam skutek opó-

źnia się o kilka minut jeżeli środek zostaje wstrzyknięty pod skórę. Należy więc uważać konwalię jako truciznę, która podobnie jak *naparstnica*, *erythrophleum*, musi być zaliczoną do środków wstrzymujących ruchy serca w okresie *systoli* komórek, dla odróżnienia od tych które podobnie jak muskaryna zatrzymują ruchy komórek serca w okresie *diastoli*. U zwierząt wyższych wyciąg rozcieńczony, w ilości zaledwie czterech kropli wstrzyknięty w żyłę zwierzęcia średniej wielkości, powoduje w ciągu 10 minut śmierć zależącą od wstrzymania ruchów serca.

W dawkach nietrujących, jakie używają się w sztuce lekarskiej, a mianowicie przy chorobach serca, konwalija okazuje cztery okresy działania: W pierwszym występuje zwolnienie ruchów serca, zwiększenie ciśnienia w naczyniach, oddech staje się głębszym i mniej częstym. Drugi okres odznacza się nadzwyczajną nieregularnością rytmu i siły bicia serca; pojawiają się przerwy, po których następuje nagły skurcz. Głębokość i zwolnienie oddechu zwiększają się jeszcze w tym okresie; pneumograf wskazuje wówczas, że ruchy wdechowe odbywają się za pomocą nieprzerwanego szeregu drobnych drgań mięśni wdechowych.

W trzecim okresie ciśnienie krwi zwiększa się, a tętno staje się tak szybkim, że niepodobna zliczyć uderzeń, przytém bywa słabem. Amplituda ruchów oddechowych zwiększa się. W czwartym okresie (jeżeli dawka była nazbyt wielką lub nowa była zadana) ciśnienie spada, oddech zwalnia się znacznie i staje się głębszym. Serce coraz bardziej słabnąc

przestaje się wreszcie kurczyć, a następnie ustają i ruchy oddechowe.

Po śmierci zwierzęcia zdolność kurczenia zachowuje się w mięśniach, a pobudzalność w nerwach; zdolność odruchowa ośrodków nerwowych nie zmniejsza się. Pobudzalność jednak nerwu błędnego wyczerpuje się u psa podobnie jak u żółwia w dalszych okresach otrucia. W początkowych okresach wpływ na nerwy nie objawia się wcale, a konwalija zdaje się wywierać bezpośrednie działanie na mięsień sercowy.

Obserwacje kliniczne poczynione przez autorów pozwalają na następujące wnioski:

1) konwalija w odpowiedniej dawce (1—1½ grm.) i postaci przedstawia jeden z najmocniejszych leków przy zaburzeniach serca;

2) nie posiada ujemnych własności naparstnicy;

3) nie działa kumulacyjnie jak naparstnica przy dłuższem użyciu;

4) okazuje własności moczopędne i przewyższa pod tym względem inne leki, a pod wpływem jej ustępuje wodna puchlina pochodzenia sercowego. *J. Polak.*

389. SCHIFFER. **O działaniu wyciągu Guachamaca.** Odczyt miany w „Verein f. innere Medicin“ w Berlinie. (*Centr. f. Nervenheil.* 1882. Nr. 10).

Roślina *Guachamaca* należąca do rodziny *Apocynae* przed niedawnym czasem sprowadzoną została do Niemiec z Brazylii przez d-ra SACHS'A. Autor czynił doświadczenia z wzmiankowanym wyciągiem i znalazł, że działanie jego podobnem jest do działania kurary z tą różnicą, iż podczas okresu porażenia spowodowanego wyciągiem *Guachamaca*, oddechanie i krążenie nie ustają. Sądzi on przeto że środek ten zdolny jest usuwać stany chorobne z podwyższoną pobudzalnością ruchową, a być może jest także środkiem snotwórczym (*hypnoticum*). Autor czynił doświadczenia na żabach, królikach i ludziach. U żaby 10 miligr. wycią-

gu, wstrzykniętego pod skórę okazują się skutecznymi. Po okresie utajenia, trwającym 12—15 minut, objawiają się skutki działania środka. Żaba staje się leniwą, pozwala opuścić głowę, położyć się na grzbiecie, wreszcie występuje porażenie; krążenie i oddychanie trwają dalej. Przy umiarkowanej dawce, po 1 lub 2 dniach żaba powraca do stanu normalnego, przy silniejszej atoli porażenie kończy się śmiercią. U królików po zastrzyknięciu podskórnem 20—25 mgr. wyciągu, następuje okres utajenia, 15—18 minut trwający; poczem rozwija się porażenie; wzmożenie wydzielania śliny oraz ruchów kiszki występują przy niezmienionem krążeniu i oddechaniu. Po kilku dniach królik wraca do stanu pierwotnego. W przeciwstawieniu do kurary, wyciąg ten działa też w małych dawkach, podawany do żołądka. Na ludziach S. zrobił tylko kilka doświadczeń. Najprzód sam sobie zastrzyknął nieznaczną ilość środka i nie doznał żadnych zgoła objawów. Na klinice FRERICH-S'A zastrzyknął pod skórę 2-u chorym wzmiankowany wyciąg; u jednego 10 mlgr. nie sprawiły żadnych dolegliwości; u drugiego dotkniętego drgawkami i bezsennością, po zastrzyknięciu 10 mlgr. nastąpił dwugodzinny sen podczas dnia, a po przebudzeniu nie było żadnych zaburzeń. Na miejscu zastrzyknięcia utworzył się ropień. Dalsze doświadczenia z tym środkiem są niezbędne. *A. R.*

II. Medycyna wewnętrzna.

390. J. PAWIŃSKI. **O tak zwanym połowicznym skurczu serca.** *Hemisystolia cordis* Leydeni. (*Gazeta Lekarska* od Nr. 13 do 22 włącznie, 1882 r.).

Połowicznym skurczem serca (*hemisystolia cordis*) nazywa się obraz kliniczny, w którym na 2 uderzenia serca przypada 1 tylko tętno. (W niektórych razach zauważyć się daje szczególny rytm serca i tętna: przyłożwszy rękę do serca odczuć można 2 szybko po sobie następujące ude-

zenia, poczem następuje pauza, następnie znowu 2 uderzenia i t. d.; jeżeli w tymże czasie przyłożymy drugą rękę do tętnicy promieniowej, zauważyć można, że ilość tętna jest 2 razy mniejszą aniżeli ilość uderzeń serca t. j. jeżeli serce robi 80 uderzeń na minutę, tętno w tymże czasie wynosi 40).

Zjawisko to najczęściej zauważyć się daje przy zwężeniu lewego ujścia żylnego (*stenosis ostii venosi sinistri*) i przy niedomykalności zastawki dwudzielnej; daleko zaś rzadziej spotyka się przy wadach zastawek półksiężycowych aorty.

Co się tyczy siły uderzeń serca i tętna, zdarzyć się może, że siła tętna nie odpowiada sile uderzeń serca t. j. że uderzenia serca mogą być silne, siła zaś tętna mała: tętno ledwie wyczuwalne. Ta niestosunkowość pomiędzy siłą uderzeń serca a tętna może pochodzić stąd, że przy zwężeniu lewego ujścia żylnego, następuje zwykle bardzo wczesnie przerost prawego serca, które przez to przesunięciem zostaje ku przodowi, lewa zaś komórka zwraca się więcej ku tyłowi. Tym sposobem w uderzeniu wierzchołkowym serca (*Spitzenstoss*) przyjmuje udział przeważnie komórka prawa: uderzenie to będzie z powodu przerostu silne, tętno zaś z powodu zwężenia ujścia żylnego lewego resp. niedostatecznego napelnienia wielkiego krwio-biegu będzie słabe.

Zjawisko niestosunkowości pomiędzy częstością uderzeń serca a tętna było już spostrzegane i opisane przez dawniejszych autorów, jak przez KREYSIGA, ANDRAL'A, ADAMS'A i STOKES'A. Wszakże dopiero LEYDEN zwrócił na nie baczniejszą uwagę, a zarazem wypowiedział zdanie, że zjawisko to zależy od niejednoczesnego skurczu obu komórek serca. LEYDEN w pierwszym obserwowanym przez siebie przypadku utrzymuje, że z 2 szybko po sobie następujących uderzeń serca, pierwsze, t. j. to, któremu odpowiada tętno w tętnicy promieniowej, pochodzi skutkiem skurczu tylko lewej komórki, dru-

gie zaś uderzenie, przy którym brak tętna w tętnicy promieniowej, zależy od skurczu prawej tylko komórki bez żadnego udziału lewej. W dwu zaś następnych przypadkach, ponieważ pierwszemu i drugiemu uderzeniu wierzchołkowemu odpowiadało tętno żyłne (w pierwszym zaś przypadku tętno żyłne występowało tylko co drugie uderzenie serca), LEYDEN wywnioskował, że podczas pierwszego uderzenia kurczy się całe serce t. j. prawa i lewa komórka jednocześnie, a w drugim uderzeniu t. j. w tém, któremu nie odpowiada tętno arteryjalne, przyjmuje udział tylko prawa komórka. Że drugie uderzenie serca odpowiada tylko skurczowi prawej komórki, zdaniem LEYDENA, przemawiają za tém następujące dane:

1) pierwsze uderzenie wierzchołkowe serca odpowiada skurczowi lewej komórki, na co wskazuje także izochroniczne tętno w tętnicach;

2) przy drugim uderzeniu wierzchołkowym, które jest wyraźniejszym przy podstawie serca, aniżeli przy wierzchołku, brak tętna w tętnicach;

3) pulsacyja w żyłach szyjowych odpowiada nietylko pierwszemu, ale i drugiemu uderzeniu wierzchołkowemu.

Teoryja LEYDENA wkrótce zwróciła na siebie uwagę klinicystów, przeważnie niemieckich: coraz częściej spotykano się z niestosunkowością pomiędzy ilością uderzeń serca i tętna, przyczem autorowie podzielili się na 2 obozy: jedni starali się potwierdzić przypuszczenia LEYDENA, drudzy zaś wprost im odmówili wszelkiej słuszności. Do ostatniej kategorii należy WIDMAN, FRÄNTZEL, a głównie BOZZOLO. BOZZOLO wręcz odrzuca teoryję LEYDENA i powiada, że pierwsze uderzenie nierytmicznie pracującego serca odbywa się ze siłą, zdolną do wpędzenia dostatecznej ilości krwi do tętnic obwodowych; drugie zaś uderzenie jest słabe i jako takie nie jest w stanie rozciągnąć tętnicy obwodowej (promieniowej). BOZZOLO sądzi, że hemisystolia cordis nie istnieje, a zjawisko to

należy uważać za *zakłócenie rytmu, zależne od nieprawidłowego unerwienia serca*. Wreszcie za poglądem LEYDENA przemawiali GERHARDT, FRIEDMAN, a głównie MALBRANC.

Po tym wstępie autor przechodzi do swych własnych spostrzeżeń i wniosków. Z pierwszych przytoczymy w streszczeniu obserwację 1:

43-letnia kobieta wstąpiła do oddziału klinicznego prof. LAMBLA w Warszawie, użalając się na kaszel, duszność i obrzęk nóg. Autor znalazł rozdemę płuc i chroniczny nieżyt oskrzeli; przerost serca; przy wysłuchiwaniu szmer rozkurczowy. Oprócz tego zauważyć się dawał szczególny rytm serca i tętna: uderzenia serca były silne, tętno zaś bardzo słabe, przytém ilość uderzeń serca była 2 razy większą od ilości uderzeń tętna. Kobieta ta wkrótce zmarła (po powtórném wstąpieniu do szpitala Dzieciątka Jezus), przyczém oględziny pośmierne wykryły zwężenie lewego ujścia żylnego, znaczne rozszerzenie ujścia żylnego prawego, prawej komórki i prawego przedśionka.

Przypadek ten, przedstawiający obraz kliniczny, który LEYDEN uczynił zależnym od niejednoczesnego skurczu obu komórek serca, dał autorowi możność sprawdzenia, o ile teoria LEYDENA jest słuszną lub nie. W tym celu autor zadał sobie następujące 3 pytania:

1) Czy w obrazie klinicznym, noszącym nazwę „*połowicznego skurczu serca*“, w którym na 2 uderzenia serca przypada jedno tętno arteryjne, a 2 tętna żylna, brak rzeczywiście jednego tętna, jakto z obmacywania tętna wnosimy, czy też—być może—tętno to istnieje, lecz fala krwi jest tak słaba, iż niepodobna jój wyczuć? odpowiedź na to pytanie rozstrzygnie zasadniczą kwestyję, a mianowicie czy tak zwana *hemisystolia* istnieje lub nie.

2. Czy t. z. *hemisystolia cordis* zdarza się tylko przy wadach zastawek serca, a głównie zastawki dwudzielnej, na co dotychczasowe spostrzeżenia wskazują, czy

też może występować przy innych chorobach?

3) Jaka jest istota *hemisystoliae*? By odpowiedzieć na te pytania, autor zdjął z tej chorób kilka bardzo ważnych i pouczających linii sfigmo—i—kardyjograficznych za pomocą ulepszanego poligrafu GRUNMACHA, który kreśli jednocześnie na jednym i tymże papierze i uderzenia serca i tętna. (Dotychczas autorowie zdejmowali linie sfigmograficzne i kardyjograficzne na oddzielnym papierze, skutkiem czego linie te nie mogły być pomiędzy sobą porównane, a tém samém nie mogły być rozstrzygające). Nie mogąc do naszego streszczenia dołączyć rysunków, objaśniających tekst, a które są w wysokim stopniu pouczające, musimy ograniczyć się do wypowiedzenia ostatecznego wyniku badań autora. PAWIŃSKI przekonał się, że *przepuszczenie tętna*, jakie ma miejsce przy t. zw. połowicznym skurczu serca, *jest tylko pozorném*; w rzeczywistości zaś *każdemu drugiemu uderzeniu serca odpowiada drugie tętno arteryjne*, które z powodu małości jest niedostępne dla zmysłu dctyku. Rozpatrując rysunki, przedstawiające rewolucyje ¹⁾ serca, widzimy, że niektóre rewolucyje są większe, drugie zaś mniejsze. Tak samo się rzecz ma z tętnem: jedne są większe, drugie mniejsze. Większe rewolucyje serca są w stanie przepchnąć dostateczną ilość krwi do tętnic obwodowych, przeto obmacywanie tętnicy promieniowój wykrywa tętno; drugie zaś mniejsze rewolucyje serca, a następujące zwykle po każdej większej, nie są w stanie wywołać wyraźnego rozszerzenia tętnicy obwodowój resp. promieniowój, skutkiem czego przyłożony palec nie wyczuwa tętna, chociaż ono de facto istnieje, czyli że brak tętna przy

¹⁾ Pod nazwą *rewolucyje serca* (*Herzrevolution*) pojmować należy jednorazową czynność serca od jednej paury serca do drugiej, zatém skurcz i rozkurcz przedśionka, skurcz komórki, rozkurcz téjże, aż do t. zw. paury serca t. j. chwili, w której całe serce pozostaje w stanie rozkurczu.

drugiem uderzeniu wierzchołkowym serca jest tylko *pozornym*. Zdaniem autora, dwa po sobie szybko następujące uderzenia serca, otrzymywane przy t. zw. połowicznym skurczu, zaliczyć należy do typu tętna *dwudzielnego* lub *bliźniaczego* (*pulsus bigeminus*), a który polega na przedwczesnym skurczu komórki, a ponieważ w takich razach komórka tylko bardzo słabo napędnąć się może, nic przeto dziwnego, że tętno będzie słabe i w niektórych okolicznościach dla zmysłu dotyku niedostępne.

Autor następnie, podobnie jak MALBRANC, oblicza czas trwania rewolucyj serca. Obliczenia te, o których nawiasowo wspomnieć należy, że są nadzwyczaj ściśle, doprowadziły jednak autora do wręcz przeciwnych wyników, do jakich doszedł MALBRANC. Obliczenia te również dowodzą, że przy t. zw. połowicznym skurczu serca *lewa komórka nie odpoczywa, lecz kurczy się, i wypycha pewną, choć niewielką falę krwi do aorty i do tętnic obwodowych*.

Co się tyczy obecności drugiego tętna żylnego w czasie drugiego uderzenia wierzchołkowego serca, wtedy kiedy tętno arteryjne znika, a co było najważniejszym powodem, który skłonił LEYDENA i MALBRANCA do przyjęcia połowicznego, naprzemiennego skurczu serca, obecność ta, zdaniem autora, nie przemawia wcale za połowicznym skurczem serca, gdyż przedewszystkiem lewa komórka, jak to pokazują ściśle rysunki graficzne autora, kurczy się; oprócz tego zdarza się często, jak to słusznie utrzymuje WIDMAN, że w skutek małego ciśnienia w żyłach, większa tętnica, przylegająca do żył, wywołuje w niej falę i że tym sposobem wiele zjawisk, opisywanych jako tętnienie żył szyjowych, jest po prostu tętnem tętnic szyjowych, udzielonem żyłom szyjowym.

II. Tak zwany połowiczny skurcz serca najczęściej spotyka się przy chorobach zastawek, głównie przy zwężeniu lewego ujścia żylnego i przy niedomykalności

zastawki dwudzielnój; może wszelako się zdarzyć i przy innych chorobach, jak przy rozedmie płuc (sposzczenie III autora) i przy stwardnieniu ścian naczyń bez organicznej wady zastawek (w okresie napadu CHEYNE-STOKES'A, sposzczenie IV).

Ostateczne i ważniejsze wyniki autora są następujące:

1) Pomimo pozornego braku tętna *można wykazać* za pomocą dokładnych przyrządów graficznych *istnienie drugiego mniejszego tętna*, odpowiadającego drugiemu uderzeniu wierzchołkowemu.

2) *W drugim uderzeniu wierzchołkowym serca przyjmuje udział nie tylko prawa ale i lewa komórka*.

3) *Dwa z sobą w związku będące tętna, z których jedno jest wyczuwalne, drugie zaś niedostępne dla dotyku, są niczem innym jak tylko tętnem dwudzielnem, bliźniaczem lub naprzemiennem (p. bigeminus et p. alternans)*, na co już WIDMAN zwrócił uwagę.

4) *Dwudzielność fal tętna ma swoje źródło w podobnej dwudzielności uderzeń serca (Herzbigeminie)*.

5) *Tak zwana hemisystolija serca zdarza się nie tylko przy wadach serca, ale i w innych chorobach, łączących się z zakłóceniem unerwienia serca*.

6) *Może występować nie tylko przy zwolnionem, jak dotychczas powszechnie utrzymywano, ale nawet przy bardzo przyspieszonym tętnie (160, 180, 200 na minutę)*.

7) *Tak zwany połowiczny skurcz serca jest niczem innym jak tylko typową peryjodyczną arytmiją serca, w której zmiana unerwienia serca większą odgrywa rolę, aniżeli stosunki mechaniczne*.

Jednym słowem, zdaniem autora, przy tak zwanem „*hemisystolia cordis Leydeni*“ nie istnieje jednostronny tylko skurcz serca, ale *nieregularne, peryjodycznie powtarzające się, niezupełne skurcze, przyczem obie połowy serca jednakowo przyjmują udział*.

W końcu zaznaczyć wypada, że obserwacje PAWIŃSKIEGO zgadzają się w zu-

pełności z obserwacjami RIEGELA, który robił te doświadczenia na zwierzętach sposobem endokardjograficznym. (Nie wiedząc zupełnie o doświadczeniach RIEGELA, autor do tych samych, co RIEGEL doszedł wyników).

Przypisek sprawozdawcy. Jako przyczynek do obszerniej i wyczerpującej literatury, dołączonej do pięknej pracy autora, sprawozdawca pozwala sobie przytoczyć jeszcze pracę d-ra H. COOK'A, drukowaną w styczniowym zeszyte angielskiego miesięcznika „Practitioner“ pod nagł.: „Couplerhythm of the heart.“ W 3 przypadkach COOK'A ilość uderzeń serca była 2 razy większą od ilości uderzeń tętna. Zjawisko to nie trwało ciągle, a występowało nagle, utrzymywało się przez godzin, lub dni kilka, poczem przechodziło i ilość tętna stała się równą ilości uderzeń serca. Pierwszy przypadek COOK'A odnosi się do chorego, dotkniętego gorączką przepuszczającą (ilość uderzeń serca 100, tętno 50); drugi chory był dotknięty rozedną płuc i białkomoczem (serce bije 88 razy, tętno 44); trzeci chory dotknięty był niedomykalnością zastawki dwudzielnej (ilość uderzeń serca 72; tętna 36). W rysunkach sfigmograficznych, dołączonych do pracy COOK'A, można się również dopatrzeć drugiej fali, którą jednak COOK mylnie bierze za wznórek fali zwrotnej (*Rückstosselevation*). COOK uważa, że zjawisko podwójnych uderzeń serca i pojedynczego tętna jest skutkiem nieprawidłowego unerwienia serca.

H. Goldblum.

391. Prof. Dr. KORCZYŃSKI. **Zapalenie płuc pierwotne z naciekiem surowiczym.** (*Medycyna NN-ra: 11, 12, 13, 1882*).

Pod powyższą nazwą, autor opisuje pierwotne zapalenie płuc, należące do typu zapaleń płatowych, w którym nacieki w ciągu całego przebiegu pozostają czysto surowiczym i które przez właściwe mu zmiany anatomiczne jak i obraz kliniczny zasługują na odróżnienie jako odrębna postać chorobowa.

Już TRAUBE zwrócił uwagę na podobne sprawy zapalne w płucach i nadał im nazwę: *Pneumonia serosa*. Ani jeden jednak z sześciu przypadków opisanych pod powyższą nazwą u TRAUBEGO nie występuje samodzielnie; są to raczej przykłady wiotkich nacieków zapalnych, albo zapaleń płuc w okresie surowiczego nawalu zapalnego, lub wreszcie przedsta-

wiają puchlinę zapalną, która przyłączyła się do zapalenia włóknikowego.

Autor opisuje następujący przypadek.

Chory, 60 lat liczący, dobrze zbudowany, ale słabo odżywiany; robi wrażenie osobnika mocno niedokrwistego.

Choroba zaczęła się silnym dreszczem, bólem w piersiach z dusznością i kaszlem i ogólnym osłabieniem; płwocina krwawa, lepka, ze znaczną ilością drobnych baniek powietrza. Ciepłota 38,8, liczba oddechów 30, tętno 108.

Z przodu z prawej strony w szczycie odgłos wypukowy, bębenkowy, przy wdechu lekkie pęcherzykowe rżenia.

W trzecim dniu choroby stwierdzono:

Z prawej strony z przodu nad i pod obojczykiem aż do górnego brzegu 2-go żebra: odgłos wypukowy lekko przytłumiony, bębenkowy, również w szczycie prawej pachy. Z tyłu odgłos wypukowy w szczycie, do grzebienia łopatki przytłumiony i bębenkowy.

Przysłuch z przodu wykazuje wdech szorstki pęcherzykowy z obfitymi drobnobańkowymi rżeniami, wydech mocno słyszalny, niekiedy słabe furczenia; w pasze wdech pęcherzykowy z nielicznymi trzeszczącymi rżeniami, wydech słyszalny. Z tyłu nad grzebieniem prawej łopatki, oddech szorstki pęcherzykowy, rżenia pęcherzykowe nierównobańkowe, wydech mocno słyszalny.

Po stronie lewej z przodu w szczycie, szmer pęcherzykowy, z obfitymi subkrepitującymi rżeniami, wydech słyszalny. Drżenie klatki piersiowej w ogóle słabe, nigdzie nie okazuje wyraźnego wzmożenia. Przewodnictwo głosu po całej stronie prawej nie przekracza granic prawidłowego natężenia; kaszel częsty, męczący, odkrztuszanie trudne. Badanie drobnowidzowe płwociny wykazuje obecność obfitej ilości ciałek krwi czerwonych i białych, śluzu i nielicznych drobnych komórek nabłonkowych.

Stłumienie serca osiąga środka mostka; tony słabe, drugi ton nad tętnicą

płucną zaostrozony. Tętno 96, małe, łatwo daje się ugnieść.

Wątroba i śledziona miernie powiększone, nienamacalne. Brak apetytu, nudności, pragnienie. Mocz w skąpej ilości, c. g. 1030, nie zawiera białka. Chory bardzo drażliwy, majaczy, nie sypia. Po wykluczeniu zawału krwawego, zapalenia nieżyłowego, pozostawało do rozstrzygnięcia między zapaleniem płuc włóknikowym obustronnym środkowym, gdzieby naciek po stronie prawej z drugiego na trzeci dzień przybliżył się do powierzchni, a po stronie lewej otoczony był mięszem niezgęszczonym, a zwykłym zapaleniem obustronnym z naciekiem wiotkim skutkiem długotrwałej niedokrwiłości. Zapalenie płuc starcze, zostało wykluczone, ponieważ wiek chorego, zdolność odkrztuszania, jakość plwocin i umiejscowienie procesu zaprzeczały temu przypuszczeniu.

W dalszym ciągu choroby objawy wypukowe i przysłuchowe przybrały nieco szersze rozmiary pozostając jednak w tym samym stopniu natężenia, t. j. nie doszło do zupełnego stępienia, oskrzelowego oddechu i bronchofonii.

Oslabienie ogólne wzrastało, chory ciągle majaczył, zrywał się z łóżka, 6-go dnia choroby przyłączył się obrzęk kończyn dolnych, zauważono ślady białka w moczu.

Chory zerwawszy się z łóżka upadł na ziemię i prawie natychmiast zakończył życie. Badanie pośmiertne wykazało: Rozlane, przewlekłe zapalenie śródserdza, z rozległymi zbliznowaceniami szczególnie w lewej komórce, rozszerzenie prawej komórki, zwyrodnienie tłuszczowe mięśni. Rozległe zapalenie śród-tętnicze, szczególnie w tętnicy płucnej i tętnicach wieńcowych. Stłuszczenie wątroby i nerek. Nieżyt przewlekły żołądka.

Opłucne prawego płuca zrosnięte na znacznej przestrzeni, lewe płuco nieznacznie przyrosnięte. Płuca w przednich

częściach silnie rozdęte, w całości prawidłowej objętości. Na rozkroju miąższ jednostajnie ciemno-czerwony, w wysokim stopniu obrzękły, z przekroju spływa duża ilość pianistej, krwawej cieczy. Miąższ górnych płatów ciemniej ubarwiony, jest znacznie kruchszy, oskrzela prawidłowe.

Z przebiegu choroby widzimy, że sprawa zapalna ograniczała się na zapalnej puchlinie, a wypocina pozostawała surowiczokrewną, że przeto zmiany anatomiczne odpowiadają właśnie pojęciu „*pneumonia serosa*.”

Nieobecność zmian zrazikowych i prawidłowość oskrzeli wyklucza zapalenie nieżytowe. Nie było to także nacieczenie opóźnione tylko, gdyż choroba ciągnęła się dni sześć, a z drugiej strony miąższ był w górnych płatach kruchy czego nie bywa w pierwszym okresie zapalenia. Autor tłumaczy przyrodę surowiczego zapalnego nacieku na podstawie:

- 1) wieku i wodnistości krwi,
- 2) przewagi czynności prawego serca nad lewym (cf. WELCK, VIRCHOW'S Archiv T. 72).
- 3) Miażdżycy tętnicy płucnej, potęgującej wpływ wyżej wymieniony.
- 4) Łatwości występowania surowicy do pęcherzyków z powodu zmian w tętnicy płucnej i wodnistości krwi.

Opisany proces daje niepomysłne rokowanie. Rozpoznanie jego jest możliwem, jeżeli od początku, po wykluczeniu środkowego zapalenia z obwodowym zbręknięciem, pojawiają się plwociny obrzękowe, w przeciwnym razie za wskazówkę służy: brak wyraźnego stłumienia, bronchofonii, zwiększonego drżenia, brak albo mała wybitność oskrzelowego oddechu,—jeżeli wszystkie te objawy utrzymują się czas dłuższy, kiedy można już oczekiwać objawów zwątrobień.

Przypadek ten udowadnia, że o przyrodzie zmian anatomicznych często na pewno orzekać można tylko wtedy, gdy

znamy przebieg kliniczny danego procesu. Dotyczy to témbardziej zapaleń płucnych, że podług badań C. POSNERA (V. A. tom 79) między zbręknięciem zapalnym a niezapalnym nie ma ścisłych granic drobnowidzowych. O. Hewelke.

392. M. REJCHMAN. **Przypadek chorobowo wzmożonego wydzielania soku żołądkowego.** (*Gazeta Lekarska* Nr. 26, 1882 r.)

Na posiedzeniu klinicznym Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 20 Czerwca r. b. R. odczytał pod powyższym tytułem historiją chorego, cierpiącego od wielu lat na żołądek. Z początku głównymi objawami choroby były częste wymioty i bóle w dolku podsercowym.

Badanie chorego wykryło prawidłowy stan płuc, serca i śledziony. Chory skarżył się na bóle w okolicy żołądka: rozpoczynały się one nad wieczorem, trwały przez całą noc, dochodząc do najwyższego natężenia nad ranem. Przyjęcie pokarmu w części uspakajało te bóle. Chory uskarżał się prócz tego na zgagę i silne pragnienie; apetyt był powiększony; granice żołądka prawidłowe. Z rana na czczo można było z żołądka wydobyć około litra płynu mętneho, zielonkawego, zawierającego znaczny osad, składający się przeważnie z pokarmu krochmalowego. Odczyn płynu kwaśny, a stopień kwaśności waha się pomiędzy 2 do 3 pro mille.

Dla zbadania źródła tego płynu, autor postąpił w ten sposób: Późno wieczorem wypompał choremu całą zawartość z żołądka, następnie przemył go i zabronił choremu jeść lub pić do następnego rana. Autor przekonał się, że chory ściśle się zastosował do tego polecenia. Nazajutrz z rana żołądek chorego zawierał płyn kwaśny, bez osadu, zielonkawy, w ilości 180—300 ctm. sześciennych. Kilkakrotnie autor powtórzył to doświadczenie i zawsze otrzymywał ten sam wynik. Rozmaite doświadczenia, wykonywane nad tym płynem, przekonały autora, że *płyn ten jest sokiem żołądkowym*, posiadającym znaczny

stopień kwaśności i zabarwionym nieco przez żółć. Jeżeli wieczorem żołądek nie został opróżniony, to płyn wydobywany zeń rano na czczo, składał się z soku żołądkowego jakoteż z niewessanego napoju i pokarmu. Ciąta białkowate chory trawił szybko i dokładnie, pokarmy krochmalowe pozostawały przez bardzo długi czas w żołądku niestrawionymi. Wchłanianie płynów jakoteż produktów trawienia było bardzo upośledzone. To chorobowo wzmożone wydzielanie soku żołądkowego stanowi według autora, przyczynę wszystkich nieprawidłowości i dolegliwości, jakie u chorego obserwować było można. Dane dostarczone przez dokładne badanie jasno określały zasady, jakich trzymać się należało przy leczeniu. Dwa razy dziennie wyprowadzano kwaśną zawartość z żołądka; następnie przemywano go wodą. Zalecono choremu pokarmy wyłącznie białkowate: mleko, jaja na miękko, mięso i rosół. W celu usunięcia nadzwyczaj dokuczliwego pragnienia zalecono ławatywy z czystej letniej wody, które w odbytnicy się wchłaniały. Dla zwiększenia upośledzonego wchłaniania w żołądku, zalecono gorące i prysznicowskie okłady na brzuch, jakoteż zimne wycierania całego ciała. Po niejakiem czasie leczenie powyższe wywarło dobroczynne swe działanie: bóle żołądka, zgaga i pragnienie powoli ustępować zaczęły; ilość wydobywanego z żołądka na czczo płynu coraz bardziej zmniejszała się, jak również wzmożone łaknienie chorego, sen stał się spokojniejszym i trwalszym, chory zaczął powoli powracać do sił. Przypadek powyższy zasługuje na szczególniejszą uwagę dla tego, że stanowi dowód istnienia form chorobowych, zależnych od wzmożonego wydzielania soku żołądkowego.

H. Goldblum.

393. KORCZYŃSKI. **Przyczynę do etiologii i rozpoznawania wrzodów gruczolanych pierwotnych w jelitach.** (*Medycyna* 26, 27 i 28—1882).

Autor obserwował dwa przypadki

przemawiające za możliwością pierwotnego umiejscowienia się wrzodów gruźliczych w kiszkiach. Jeden przypadek był poprzednio już opisany przez d-ra PONTKŁĘ (sprawozd. z klin. lek. krak. 1881, str. 83), obecnie autor szczegółowo opisał drugi przypadek obserwowany również w klinice krakowskiej. Chory dotknięty od kilku miesięcy silną biegunką, znacznym upadkiem odżywiania, obrzękami kończyn i tułowia, przez długi czas nie kaszłał ani też nie gorączkował. Dopiero pod koniec życia wystąpiły objawy gorączkowe i nieznaczny kaszel, przy czém fizykalne badanie płuc wykryło w nich bardzo małe zmiany. Stolce składały się z płynnego kału, śluzu i nieprzetrawionych resztek pokarmu, raz tylko zauważyć się w nich dała krew. Chory zmarł, a badanie pośmiertne wykazało: na błonie śluzowej kiszki cienkich liczne wrzody, $1\frac{1}{2}$ — 2 cali średnicy mające, przedstawiające wszystkie cechy wrzodów gruźliczych; otrzewna odpowiadająca dnom wrzodów była usiana licznymi, szaremi guziczkami; dolna część częściej i górna część kiszki biodrowej była zlepiona w jeden kłębek w skutek sprawy zapalnej w błonie surowiczej; w płucach zauważyć się dawały nieliczne prosowate guziczki, ognisk serowatych ani też miejsc stwardniałych nigdzie w płucach nie było; na opłucnej płucowej można było widzieć liczne szare prosowate guziczki.

Ten wynik badania pośmiertnego obok przebiegu choroby, w którym od początku prawie wyłącznie występowały objawy kiszkowe, zniewala wnosić, że zmiany gruźlicze w kiszkiach stanowiły sprawę pierwotną, a świeże gruzelki w płucach rozwinęły się dopiero w następstwie.

Z okazji tych dwóch przypadków prof. KORCZYŃSKI robi następujące uwagi. W drugim przypadku objawy kiszkowe wystąpiły bezpośrednio po przedźwignięciu się i wstrząśnięciu chorego, tak, iż należałoby wnosić, że wpływy mechaniczne mogą powodować rozwój sprawy

gruźliczej w kiszkiach. Zapewne, wpływy te same przez się nie są w stanie wywołać sprawy gruźliczej, lecz jeżeli ustrój jest usposobiony do tego rodzaju sprawy, jeżeli w nim istnieją zarazki gruźlicze, bez umiejscowienia sprawy chorobowej, to uderzenie w dany organ lub okolicę może w niej tę sprawę umiejscowić. Dalej autor zwraca uwagę, iż przy uporczywych biegunkach, należy nietylko bardzo dokładnie zbadać płuca, lecz również przekonać się czy istnieje stan gorączkowy i czy biegunka tlómaczy dostatecznie znaczny upadek sił i odżywianie. Rozpoznanie zostaje znacznie ułatwionem gdy jednocześnie wystąpią objawy zadrażnienia otrzewnej, gdy powstanie krwotok lub przedziurawienie kiszki, albo też gdy pojawiają się objawy pozwalające wnosić o upośledzeniu drożności kanału kiszkowego. Biegunka sama przez się, nawet z jednoczesnymi zmianami w płucach nie jest dowodem obecności owrzodzeń gruźliczych w kiszkiach, gdyż nie we wszystkich przypadkach biegunki wklajającej przewlekle suchoty płucne, wrzody gruźlicze w kiszkiach wykazać się dają. Z drugiej zaś strony przy niewątpliwych gruźliczych owrzodzeniach błony śluzowej kiszki, biegunki często nie bywa. Obecność lub brak biegunki zależy nie tyle od wrzodów gruźliczych, ile od rozprzestrzenienia niezytu towarzyszącego tym wrzodom.

M. Rejchman.

394. Prof. MOLESCHOTT. **Użycie jodoformu przy cukromoczu.** (*Wien. Med. Woch. Nr. 17, 18, 19—1882*).

Autor opisuje pięć przypadków cukromoczu, w których z bardzo dobrym skutkiem używał jodoformu. Już po kilkunastu dniach ilość cukru, dochodząca do 3⁰/₀, zmniejszała się znacznie albo też cukier zupełnie ginął, nawet bez zachowania ścisłej, wyłączającej użycie krochmalu, diety. W jednym z tych przypadków przez czas kilku miesięcy wykonywano codziennie dokładną analizę moczu. W tym ostatnim jednakże w miarę przerwania użycia

jodoformu cukier znowu pojawiał się ale w nieznacznej ilości. Wpływ na cukier był daleko wyraźniejszy aniżeli na ilość moczu, owszem często bardzo ze zmniejszeniem się ilości moczu, ilość cukru zwiększała się i odwrotnie przy użyciu jodoformu. W moczu, jak to już poprzednio MOLESCHOTT okazał, tylko część jodu przyjętego w jodoformie, wykryć się dawała, natomiast takowy wydzieliał się w moczu jeszcze przez kilka dni po przerwaniu użycia jodoformu.

Co do dawek M. widział dobre skutki już przy użyciu 0,10—0,20 (1½—3 gr.) dziennie, w bardziej upartych przypadkach dłuższe użycie 0,30—0,40 (5—7 gr.) nigdy złych skutków nie wywoływało. Jako środek najlepiej znoszący zapach jodoformu zaleca M. kumarynę i podaje do wewnątrz: *jodoformi* 1,0 *Extr. Lactuc. sat.* 1,0 *Cumarini* 0,1 z gummą arabską na 20 pigulek, z których 2—8 dziennie podaje.

Jul. Kramsztyk.

III. Choroby nerwowe i Psychiatria.

395. Dr. ADOLF STRÜMPPELL. **Przyczynę do patologii i anatomii patologicznej nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych.** (*Deut. Archiv. f. Klin. Medic. I. XXX*).

W obszerniej swój pracy autor podaje spostrzeżenia z wielu przypadków nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych obserwowanych na klinice prof. WAGNERA w Lipsku. Cierpienie to autor obserwował zarówno u kobiet jak u mężczyzn, szczególnie zaś u osób w młodym jeszcze wieku. Z 32 chorych, 24 miało lat od 10 do 30; najmłodsza z chorych miała 4½ miesiąca, najstarsi 52 i 66 lat; oba te ostatnie przypadki zakończyły się śmiercią. Przebieg choroby nie u wszystkich chorych był jednakowy. Z bardzo małemi wyjątkami choroba zaczynała się dosyć nagle bólem głowy i karku, uczuciem zimna i ogólnemi przypadłościami—początkowych dreszczów prawie nigdy nie

było, rzadko tylko w pojedynczych przypadkach występowały wymioty. Czasami już w ciągu pierwszych kilkunastu godzin, częściej w ciągu pierwszych 2—3 dni objawy przedstawiały obraz ciężkiego cierpienia mózgowego. W niewielu przypadkach początek był więcej łagodny, a dopiero po tygodniu choroba występowała w całej swojej sile. W dwóch przypadkach miały miejsce objawy zwiastunne: ogólne niedomaganie, ból głowy, bóle w kończynach. Przypadki, zaczynające się łagodnie, łagodniej też przebiegały, i żaden z tych nie zakończył się niepomyślnie. W przypadkach z szybkim przebiegiem objawy chorobowe trwały 5—10 dni, w ciągu których następowała śmierć lub też zwrot ku lepszemu.

Niektóre przypadki zasługują na uwagę z tego względu, że zaczynały się nagle ciężkimi objawami, lecz po kilku już dniach następowało polepszenie, i chory prędko wracał do zdrowia. Podobne przypadki autor nazywa *meningitis cerebro-spinalis abortiva* (tém mianem LEYDEN i ZIEMSEN nazywają przypadki przebiegające lekko-ambulatoryjnie). W jednym z rzeczonych przypadków objawy mózgo-we tak były ciężkie, gorączka tak wysoka (40,9°), że rokowanie zdawało się być bardzo niepomyślnem; tymczasem ciężki stan trwał tylko 4—5 dni, i chory po 10 dniach zupełnie wyzdrowiał. Zdarzało się też tak, że choroba ciężko się zaczynała i trwała 4 do 6 tygodni, poczem chory powoli wracał do zdrowia, lub też następowała śmierć.

Co się tyczy gorączki, to w ogóle nie zachodzi tu stały stosunek między nią a ciężkością przypadłości chorobowych. Daje się niekiedy zauważyć ciężkie przypadki, przebiegające bez lub z bardzo nieznacznym podniesieniem ciepłoty, albo też z początku ciepłota znacznie podniesiona, po kilku już dniach opada bez zmiany innych objawów. Pochodzi to ztąd, że pomimo ustąpienia ostrego zapalenia, w mózgu i mleczu pacierzowym istnieją jeszcze

głębokie zmiany, które wywołują przypadłości mózgowe.

W wielu bardzo przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych gorączka jest typu powrotnego. Ciepłota rzadko podnosi się do 40° , a waha się między $39,5^{\circ}$ i $38,5^{\circ}$, krzywa ciepłoty podobna do krzywój tyfusu brzuszego tylko cokolwiek mniej regularna. Może też gorączka mieć charakter przepuszczający. Autor spostrzegał kilka przypadków z podobną gorączką; wszystkie były długotrwałe i zakończyły się pomyślnie. Przepuszczający typ gorączki najwyraźniej zauważyć się daje w pierwszych $1\frac{1}{2}$ —3 tygodni, później gorączka staje się nieregularną i powoli ginie. Najwyższa temperatura w tych razach przechodzi 40 ; rano zwykle spada do 37° — 38° . Chinina nie wywiera tu żadnego wpływu.

W przypadkach kończących się śmiercią, ciepłota z początku nieznaczna, przed śmiercią zaczyna się podnosić i dochodzi czasem do 43° . Zależy to bez wątpienia od paraliżu ośrodków ciepłotę regulujących. Pośmiertnego podniesienia ciepłoty autor nie zauważył.

Objawy mózgowie cechujące w mowie będącą chorobę, bynajmniej nie są stałe. Spostrzegać się nieraz daje silne zajęcie mózgowia, innym razem umysł zupełnie swobodny, silny ból głowy lub brak takowego, mięśnie karkowe znacznie stężone, lub objaw ten występuje w stosunkowo nieznacznym stopniu. Żrenice są stale zwężone, to znów wkrótce rozszerzają się. Nerw twarzowy bardzo często bywa w stanie podrażnienia, co wywołuje stężenie mięśni czoła i twarzy. Raz tylko autor zauważył jednostronny niedowład (*paresis*) tego nerwu.

W trzech przypadkach zauważono silny szczykoscisk; cechuje on wysoki stopień cierpienia mózgowego; z trzech tych przypadków dwa zakończyły się śmiercią. Oftalmoskop często wykrywa zmiany w nerwie wzrokowym, chociaż wzrok zupełnie nie jest upośledzonym. Nieraz zdarzyło

się autorowi spostrzegać zaburzenia w powonieniu. W podobnych przypadkach prof. WEIGERT znajdował przy sekcji ropne zapalenie górnych części jamy nosowej. Na tej zasadzie WEIGERT jest zdania, że zapalenie w jamie nosowej nieraz może być punktem wyjścia choroby, zarazek tą drogą przedostaje się do mózgu, aby tam swój wpływ wywierać. Skurcze mięśni w kończynach przytrafiają się wprawdzie, lecz dosyć rzadko. W jednym tylko przypadku miał miejsce zupełny bezwład kończyn dolnych. W zachowaniu się odruchów nie widać żadnej regularności. Podczas kiedy odruchy skóry zdają się być nieco podniesionymi, odruchy ścięgnięste są albo zupełnie normalne albo znacznie osłabione.

Objawy ze strony innych organów spostrzegano w rzadkich tylko przypadkach. Raz tylko pojawiła się żółtaczka, dwa razy rozwolnienie z domieszką krwi i śluzu. W moczu wykazać się daje obecność białka; w jednym przypadku autor widział mnóstwo cylindrów szklitych. Nieco więcej zasługuje na uwagę pojawienie się zapalenia stawów charakteru goścowego, na co już dawno zwracano uwagę podczas niektórych epidemij zapalenia opon mózgowych.

Co się tyczy zmian anatomo-patologicznych, to punktem wyjścia ich prawie zawsze jest ropne zapalenie opon miękkich. Znaleźć w nich można mnóstwo ciątek ropnych, między którymi przebiega znaczna ilość naczyń o grubych ścianach, mocno krwią napełnionych, gdzie niegdzie nawet widać wylewy krwi. Pod błoną pajęczą w mózgu, częściej w rdzeniu kręgowym spostrzegamy nieznaczny naciek komórek okrągłych, nie mających zapewne doniosłego znaczenia klinicznego. Większego znaczenia są naczynia, odchodzące od naczyń błony pajęczej i rozgałęzające się w istocie mózgowej i rdzeniowej, gdyż po nich zapalenie się rozprzestrzenia, W całym mózgu i mleczu paciierzowym znajdują się rozrzucone gniazda zapalne,

składające się z komórek i leżące naokoło naczyń, większe gniazda w białej istocie mózgowej, mniejsze zaś wszędzie a nawet w wielkich szarych zwojach. Zgodnie z SCHULTZEM autor znalazł także przerost cylindrów osiowych wrdzeniu kręgowym. W przypadkach zapalenia opon mózgorzrdzeniowych, spostrzeganych przez autora, prócz zmian drobnowidzowych, zauważono także w mózgu ropnie większego rozmiaru. Zdaniem autora, ropnie te pochodzą ztąd, że zarazek za pomocą naczyń (?) przechodzi w istotę mózgową i przyczynia się do utworzenia małych gniazd ropnych, coraz bardziej się powiększających, dochodzących do wielkości orzecha laskowego. L. Krause.

396. Dr. GEORG FISCHER. **O szczegółólném cierpieniu rdzenia kręgowego u pijaków.** (*Archiv. f. Psych. u. Nervenk. Bd. XIII. H. 1*).

Autor opisuje szczegółowo z przypadki w których u osobników bez wyraźnego usposobienia dziedzicznego ani przyczynowej choroby (przymiot), w skutek li tylko nadużycia napojów wysokowych (piwo), palenia tytoniu i beczynnego próżniaczego życia, jednocześnie z wystąpieniem pewnych objawów psychopatycznych (osłabienie władz umysłowych, melancholija) rozwija się cały zbiór zaburzeń nerwowych, jako to: porażenia mięśni w rozmaitych częściach ciała (kończyn górnych i dolnych), zanik mięśniowy oraz zmniejszenie lub zniesienie pobudzalności elektrycznej, wybitne zwiększenie konsystencji oraz bolesność porażonych mięśni, utrata pobudzalności mechanicznej mięśni oraz odruchów kolanowych, wyraźny bezład ruchów (*ataxia*), lekkie uczucia podmiotowe (*paraesthesia*), zmniejszenie uczucia dotyku, zwolnienie przewodnictwa bólu, podwójne wrażenie dotyku i bólu, zwolnienie odruchów skórnych. Obok tych objawów lekkie wahania gorączkowe, zaburzenia ze strony żołądka, przyśpieszenie tętna, oraz oznaki osłabionej czynności serca. Brak wszelkich silniejszych za-

burzeń uczucia, jako to: bólów przeszywających, uczucia opasania, jako też bólów dowolnych i wrażliwości przy dotykaniu nerwów. Czynności odżywcze oraz mm. zwieracze prawidłowe. Nerwy czaszkowe nie przedstawiają zbroczeń. W jednym przypadku nastąpiło wyzdrowienie, w drugim trwale polepszenie. Jakkolwiek autor z tego powodu nie badał pośmiertnie rdzenia kręgowego, wszelako z przebiegu objawów klinicznych usiłuje umiejscowić anatomiczną przyczynę cierpienia w rdzeniu. Niektóre objawy, jak: porażenie, zanik mięśni porażonych, zniesienie pobudzalności elektrycznej oraz odruchów kolanowych, pozwalają na przypuszczenie zmian anatomicznych w przednich rogach istoty szarej rdzenia (*Poliomyelitis anterior*). Inne znów objawy, jak: zmniejszenie uczucia dotyku, znieczulenie, zdwojone wrażenie dotyku i bólu, zwolnione przewodnictwo bólu i t. p. dają się wytłumaczyć zmianami chorobnymi w rogach tylnych istoty szarej oraz w tylnych pęczkach. Nakoniec nadczułość skóry i mięśni (zgodnie z wynikami doświadczeń) tłómaczy zwyrodnieniem bocznych warstw skrajnych (*seitliche Grenzschichten FLECHSIGA*—części pęczków bocznych, leżące na granicy rogów przednich i tylnych). W skutek tych wywodów, autor przypuszcza w tych przypadkach *przyostre zapalenie istoty szarej rdzenia* oraz niektórych części przyległych pęczków tylnych i warstw skrajnych. Przytaczając literaturę przedmiotu, pomiędzy innymi wspomina iż HUSS (1852), odróżniał rozmaite postacie opilstwa przewlekłego (*alcoholismus*) jako to: paralityczną, drgawkową, znieczulającą, nadczulą i przypuszczał przyczynę tych powikłań w rdzeniu kręgowym. Odnośne spostrzeżenia przytacza LENDET. Autor sądzi więc iż zatrucie wysokowe może wywołać ciężkie cierpienia rdzenia, których przyczynę anatomiczną bliżej zbadać jeszcze należy. Rokowanie w tych przypadkach w ogóle jest pomyślném (po wstrzymaniu nadużyć). A. R.

397. KIERMANN. **Przyczynek do psychiatrii.** (*The Journal of nerv. a. ment. dis.* 1881.—*Centr. f. Nerv.* 1882. Nr. 10).

1. *Zboczenia umysłowe spowodowane reumatyzmem.* Autor przytacza 15 spostrzeżeń które dzieli na 3 klasy: 1) przypadki ostre kończące się wyzdrowieniem, śmiercią lub ogłupieniem, 2) przypadki przechodzące w bezwład ogólny postępowy, 3) takie wreszcie, w których gościec stanowił komplikacje zboczeń umysłowych. Wnioski autora są następujące: Gościec spowodowywa pewne zaburzenia psychiczne, które mogą być ostremi, przemijającymi lub przewlekłymi. W ostatnim razie spostrzega się trzy okresy: okres melancholijnego nastroju, potem usystematyzowanych błędnych wyobrażeń, wreszcie stan w zupełności przypominający bezwład ogólny postępowy. W przebiegu obłąkania przewlekłego występujący gościec, sprowadza polepszenie, które jednakże jest przemijającym. W odmianie ostrój rokowanie jest w ogóle pomyślnem; jednakże kończy się ona częściej śmiercią, aniżeli forma przewlekła. Przy ostatniej przeciwnie, wyzdrowienie jest rzadkiem. Dziedziczność jako moment usposabiający odgrywa tu ważną rolę. Następne porażenia serca wywierają niejaki wpływ na istotę błędnych wyobrażeń.

2. *Psychozy wywołane wpływem gorąca.* Autor przytacza odnośną literaturę, jakoteż 10 spostrzeżeń, w których pod wpływem silnego gorąca występowały zboczenia umysłowe. Dziedzicznego usposobienia w tych wypadkach nie było; chorobie podlegały osoby średniego wieku. Początek choroby po większej części ostry; przechodzi ona w ogłupienie (*dementia*) i kończy się pod postacią bezwładu ogólnego postępowego.

3. *Psychozy traumatyczne.* Przytoczywszy literaturę, K. opisuje 45 własnych spostrzeżeń, jakich dokonał na 2200 przypadków obłąkania w ogóle. Wnioski jego następujące: obrażenia zewnętrzne wywołują pewne formy obłąkania, większość

których nie jest w związku z padaczką. Większa ich część kończy się bezwładem ogólnym; znacznej liczbie towarzyszą wyobrażenia depressyjne. Obrażenia przed 40-ym rokiem życia sprowadzają łatwiej obłąkanie aniżeli w późniejszym wieku. Lekkie obrażenia są równie niebezpiecznymi jak ciężkie, często nawet bardziej. We wszystkich przypadkach psychozy traumatycznej, rokowanie powinno być ostrożne.

4. *Psychozy spowodowane chininą.* K. przytacza 2 wypadki, w których przy zadawaniu chininy wielokrotnie rozwijało się cierpienie umysłowe. W obu przypadkach dziedziczne usposobienie odgrywało rolę, w jednym po użyciu chininy, występowały napady ostrój manii wraz z halucynacjami słuchu, w drugim zawsze stan wybitnego (ostrego) ogłupienia. W obu przypadkach nastąpiło wyzdrowienie.

5. *Psychozy spowodowane użyciem ołowiu.* K. z liczby własnych 30 spostrzeżeń przytacza 7 dla ilustracji rozmaitych postaci chorobnych. Psychozy te są według niego bądź ostre bądź przewlekłe; we wszystkich przypadkach charakter depressyjny przeważa. Forma ostra występuje zwykle jako zaduma czynna (*melancholia agitata*), przewlekła bądź jako pomięszanie (*Verrücktheit*) z posuniętą głupotą bądź też jako bezwład ogólny. W formie ostrój rokowanie jest pomyślne, w przewlekłej zaś niepomyślne. Jako środki lecznicze ważne są *Antisaturnina*. Dziedziczne usposobienie i tutaj odgrywa rolę.

A. Rosenthal.

IV. Dermatologija i Syfidologija.

398. M. E. BALTUS. **Nouveaux cas de maladie des roseaux, dus au sporotrichum dermatodes, (champignon parasite de l'Arundo donax).** (*Journal des sciences medicales de Lille*, 5 Mai 1882. *Annales de Dermatologie* 1882, 25 Juin.)

Pewien ogrodnik z synem zbierał

trzcinę, ściętą przed laty i oddawna leżącą w rowie. Trzcina była wilgotną i wydawała silny pleśniowy zapach.

Wieczorem tegoż dnia syn ogrodnika poczuł silne swędzenie i ból w oczach, nosie i gardle, przytém brak łaknienia i senność. Nazajutrz rano i ogrodnik czuł się niezdrowym, twarz była zaczerwieniona i obrzmiała, swędzenie silne, zwłaszcza w oczach. Dnia następnego u obu chorych zjawily się na twarzy, między palcami, w pasie, a najwięcej na częściach płciowych, obfite *vesico-pustulae* na zaczerwienioném, bolesném tle. Przytém katar spojówki i lekki kaszel.

Następnego dnia choroba zjawila się u trzech mężczyzn, którzy w przeddzień zdejmowali trzcinę z woza i kładli przed domem, a także u dziewczynki, która bawiła się na kupie trzciny. U tych chorych zajęta była tylko twarz, przeważnie oczy.

Następnie zachorowały cztery koty i trzy psy, które tarzały się wśród leżącej przed domem trzciny — u wszystkich brzegi nozdrzy czerwone, bolesne, pokryte strupami. Tymczasem u pierwszych dwóch chorych *pustulae* przyschły szybko, i wyleczenie nastąpiło w kilka dni, później nieco u ogrodnika, którego *scrotum* było mocniej zajęte.

Przywieziona trzcina była pokryta ogromną ilością ciemno-zielonych plam, które pod mikroskopem okazywały gęstą sieć grzybni i liczne zarodniki; — jest to *mucor viridescens*. Przyczyną jednak choroby trzcinowej nie są te zielone plamy, ale pleśń, znajdująca się w stosunkowo niewielkiej ilości na trzcinie, w postaci białawego pyłu, który przy potrząsaniu trzcina rozlatuje się na wszystkie strony. Pył ten posiada nieprzyjemny, drapiący smak, silny pleśniowy zapach i łatwo wywołuje kichanie. Prof. PLANCHON zaliczył pleśń tę do rodzaju *Sporotrichum*. *Sporotrichum dermatodes* zjawia się jedynie na trzcinie ściętej i leżącej długo w miejscu wilgotném.

Pierwsza wiadomość o téj chorobie datuje z końca przeszłego stulecia. Jest to dość rzadka choroba, częściej zdarza się w okolicach, gdzie używają trzciny przy budowie domów, np. w Prowancyji. Symptomatologija w krótkich słowach jest następująca: nazajutrz po zetknięciu z trzcina, ociążałość, senność, silne pragnienie, anorexia. Szybko zjawia się silnie swędzące zaczerwienie na powiekach, skrzydłach nosa, szyi, worku jądrowym, a następnie liczne *vesico pustulae*.

Najsilniejsze objawy są zwykle na *scrotum*, tu cała powierzchnia pozbawioną jest naskórka i pokryta obfitą wydzieliną, zasychająca w strupy. Po tygodniu strupy się oddzielają i naskórek jest odnowiony. W ten sposób następuje wyleczenie siłami natury. Pleśń wywołuje także katar na błonie śluzowej oka, nosa, gardła. Temperatura zwykle podniesiona, odpowiednio do siły miejscowych objawów. W wypadkach opisanych przez MICHEL'A, objawy były wyjątkowo ciężkie, zakończyły się nawet śmiercią u 60-letniego starca. Choroba nie oszczędza zwierząt.

Co do leczenia, posmarowanie oliwą laudanizowaną, lub zimne okłady sprawiają znaczną ulgę, zmniejszając nieznośne swędzenie. *Funk.*

399. Dr. BARTOSZEWICZ. **Traitement des affections cutanées par les scarifications.** (*Thèse du doctorat. Paris, 1882.*)

Autor zbierał materyjały do swéj pracy w szpitalu Saint-Louis, przeważnie u VIDALA, który używa skaryfikacyj, jako samodzielnej metody leczniczej.

Lekarze, którzy pierwsi używali wyskrobywania, nacinania, nakłuwania, wleczeniu wilka (i innych chorób skóry), mieli na celu jedynie ułatwić zetknięcie się pewnych środków, zwłaszcza żrących, z głębszemi warstwami nowotworu. VOLKMANN pierwszy wprowadził w Niemczech mechaniczne leczenie wilka.

Naprzód ostrą łyżeczką wyskrobuje powierzchnią, gąbczatą masę nowo-

tworu, następnie wążutkiem skaryfikatorem dosięga głębszych jego części. Albo też, zamiast skaryfikacyj, na trzeci lub czwarty dzień po wyskrobaniu przypala powierzchnię pączką saletranu srebra. W podobny sposób postępował HEBRA.

Lekarze wiedeńscy używają ostrój łyżeczki i w wielu innych chorobach skóry, jak w *epithelioma*, *acne rosacea*, *acne vulgaris*, *sycosis* itd.

BALMANO SQUIRE używa małych łyżeczek, które działają delikatniej, następnie skaryfikuje igłą kataraktową i podobnie jak VEIEL z Canstadt, napuszcza nacięcia roztworem 50% chlorku cynku w wysokoku.

Zasługą jest VIDALA że przyjąwszy tę metodę, odrzucił wszystko zbyteczne, mianowicie następczą kauteryzację, a z pewnemi wyjątkami i wyskrobywanie. Także *Haemostatica*, jak *sesquichloretum ferri*, są zbyteczne.

Co do instrumentów, igła BALMANO SQUIRE'a jest bardzo delikatna, gnie się i prędko się niszczy.

Skaryfikator HEBRY posiada trójkątne ostrze, i powyżej ostrza zgrubienie, pozwalające nacinać tylko do pewnej głębi. Można mieć ich kilka z ostrzami rozmaitej długości.

Skaryfikator złożony BALMANO-SQUIRE'a o 12—16 ostrzach. Skraca on znacznie robotę, daje nacięcia ściśle równoległe, ale jest drogi i koniecznie częste ostrzenie jego jest bardzo mozolne. VIDAL używa najczęściej swego skaryfikatora o wążutkiej klindze, dłuższej na 2½ ctm., zakończonej trójkątnym ostrzem.

Instrument należy trzymać jak pióro i dość lekko. Głębokość nacięć bywa różna, zależnie od grubości chorągwej tkanki. Niekiedy, zwłaszcza w *lupus exuberans*, skaryfikacje bywają na 1 ctm. i więcej głębokie. Tkanka wilka jest bardzo miękką w porównaniu ze zdrową skórą — ręka operującego szybko przyucza się chwycić tę różnicę konsystencji i nią się kieruje przy określaniu głą-

bokości, do jakiej nacięcia mają sięgać. Skaryfikacje są bolesne, zwłaszcza przy pierwszych posiedzeniach. Niekiedy bóle są tak silne, że trzeba użyć miejscowego znieczulenia, za pomocą pulweryzacji eteru, albo mieszaniny lodu i soli kuchennej. Po znieczuleniu jednak krwotok jest silniejszy, z powodu parezy naczyń i zablźnienie późniejsze.

Jako haemostaticum wystarcza zwyyczajna wata. Po operacyi ból trwa jeszcze godzinę i więcej; dobrze jest robić przez ten czas zimne okłady. Skaryfikujemy raz na tydzień. Skaryfikacje przy wilku zasługują na pierwszeństwo przez wyskrobywaniem ostrą łyżeczką, nie tylko dla tego, że sięgają głębiej i ścigając nowotwór we wszystkich kierunkach pewniej chronią od recydyw, ale są i mniej bolesne, i dają białawą, gładką, cienką bliznę, gdy wyskrobywanie nie rzadko zostawia bliznę czerwoną, wyniesioną, keloidową.

Jak działają skaryfikacje? Prawdopodobnie, niszcząc rozszerzone naczynia (*acne rosacea*, *telangiectasiae*) i wywołując zapalenie, ułatwiające wessanie nacieczeń komórkowych (*lupus*).

Przejdźmy teraz do oddzielnych chorób, w których skaryfikacje są wskazane.

Lupus tuberculosus. Często starczy do wyleczenia 8—10 posiedzeń. Jeśli znaczna przestrzeń skóry zajęta jest wilkiem, to rozdzielamy ją na pewną ilość posiedzeń, a każde miejsce musi być 8 do 10 razy skaryfikowane. Niekiedy jednak i mniej posiedzeń wystarcza, nawet 3, ale to bardzo rzadko.

Zaczynamy zawsze nacinania od brzegu nacieczeń, by wstrzymać dalsze posuwanie się wilka. Dobrze jest przytęm skaryfikować i wążki pasek pozornie zdrowej skóry. Powtarzając skaryfikacje w już operowanym miejscu, robimy je w innym kierunku, pod różnym kątem do poprzednich. Powtarzamy nacinania raz na tydzień, niekiedy co 5, lub 6 dni.

Łatwo zrozumieć, że przy obszernym, starym wilku leczenie może trwać długo, 10 miesięcy, rok i nawet więcej, — ale i to nie jest wiele, gdy idzie o *zupelne wyleczenie* wilka.

U chorych, wybitnie skrofulicznych, leczenie posuwa się wolniej. W każdym razie zdarzają się niespodzianie szybkie, i z drugiej strony niespodzianie powolne rezultaty, których powody są dla nas zupełnie niejasne. Jednorazowe wyskrobanie przed skaryfikacjami skraca robotę. W przerwach między posiedzeniami VIDAL stosuje *plaster czerwony* z cynobru i minium.

Powoli wytwarza się delikatna, biała, gładka blizna, ale pod nią guziki wilka łatwo recydują. Jeśli blizna jest jeszcze świeża, czerwona, guziki wilka są niewidoczne.

Ale łatwo je demonstrować jeśli eteryzujemy badaną powierzchnię: blizna wraz z głębszemi tkankami blednieje, a nowe guziki wilka przedstawiają się w postaci żółtawych wysepek. Najlepiej jest takie wysepki pod blizną skaryfikować igłą BALMANO-SQUIRE. Chory po zniknięciu nowotworu powinien być jakiś czas, 2 do 3 miesięcy w obserwacji — często tu i owdzie występują recydywy.

Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że im wilk głębiej sięga, im szybciej i głębiej niszczy tkanki, tém lepiej działają skaryfikacje. W żadnej chorobie skóry skaryfikacje nie dają tak świetnych rezultatów jak u złośliwych, szybko drążących formach wilka (*lupus vorax*). Niekiedy już trzykrotna skaryfikacja wstrzymuje dalszy rozpad tkanek, czego nie można było osiągnąć poprzednio, nawet za pomocą *ferri candentis*.

Lupus erythematosus. Godne jest uwagi, że choroba ta, która dość często leczy się dobrze mydlami (*Spir. saponis kalinus*) plastrem rtęciowym i innymi środkami, skaryfikacjom poddaje się trudniej, niż *lupus vulgaris*.

VIDAL wyrzekł się prawie skaryfiko-

wania przy tej chorobie. [NEUMANN w Wiedniu skaryfikuje z dobrym skutkiem brzegi *plaques* obfitujące w *telangiectasiae* Ref.] Natomiast przy *lupus erythematosus acneiformis* (Referujący nie widzi cech, mogących wyróżnić tę formę od zwykłego *lupus erythematosus*) skaryfikacje głębokie sprowadzają wyleczenie bez recydyw. W jednym wypadku próbowano poprzednio w przeciągu lat wielu rozmaitych metod, zawsze bezskutecznie; głębokie skaryfikacje wyleczyły wilka w ciągu trzech miesięcy.

W naevi vasculares skutek nacinań nie jest świetny — *à priori* można się było spodziewać daleko lepszego. Skaryfikować można tylko płaskie znamiona (*taches vineuses*), gdyż wzniesione dają bardzo silne krwotoki; przy skaryfikowaniu płaskich, upływa za każdą razą do 30 gramów krwi.

Im barwa jaśniejsza, tém lepszy skutek — dla różowych znamion może wystarczy 15 do 20 posiedzeń, ale dla fioletowych znacznie więcej. Dotąd obserwacji bardzo mało (ani jednej z zupełnym wyleczeniem), gdyż jak mówi BALMANO-SQUIRE, chorzy zwykle znoszą swoje *naevi* z iście mahometańską rezygnacją.

Zdaje się, że lepszy skutek dają inne metody leczenia *taches vineuses*, jako to: *ung. tartari stibiat*, *oleum crotonis*; a zwłaszcza szczepienie wakuiny i sposób BROCA (zdjęcie naskórka za pomocą amonii gryzącej i następne smarowanie 20% roztworem *sesquichloreti ferri*.)

Przy *Acne rosacea* skaryfikacje oddają znakomite usługi; szczególnie w zastarzałych wypadkach żadna metoda nie wywiera tak szybkich skutków. Działanie nacięć opiera się tu prawdopodobnie na niszczeniu rozszerzonych naczyń.

VIDAL używa często przy *acne rosacea* skaryfikatora BALMANO-SQUIRE'A o 16 ostrzach; nozdrza przy operacji zatyka watą. W zastarzałych wypadkach ze znacznym rozrostem tkanki łącznej nacięcia muszą być bardzo głębokie. [W wy-

padkach jednak ze znacznym rozrostem tkanki łącznej, w postaci miękkich guzów i płatków, w wypadkach które H. HEBRA pod nazwą *rhinophyma* uważa za niemające związku z *acne rosacea*, najlepiej jest za pomocą noża oddalić wszystko zbyteczne. Naskórek odradza się na ranie niezmiernie szybko z zagłębionych gruczołów łojowych. Ref.]

Przy *sycosis* autor zaznacza także znakomite działanie skaryfikacyj i większą gwarancję od recydyw, aniżeli to dać może każda inna metoda, nie wyłączając epilacji.

Wyżej wymienione choroby skóry nie wyczerpują pola dla opisaney metody — należy ję próbować i przy innych sprawach chorobnych, między innymi przy opierających się leczeniu specyficznemu i miejscowemu, drażących wrzodach przymiotowych.

Funk.

400. LAGOUT. **Herpès noir des lèvres.** (*Union medicale*, 1882, Nr. 84).

Kobieta 21-letnia, pierwiastka, gorączkuje cztery dni przed porodem. Na skórze brzucha, u lewego grzebienia biodrowego, zjawia się bolesna zgorzelinowa *plaque*, która zwiększając się szybko osiąga 8 ctm. długości i 6 szerokości, jest owalna, dobrze ograniczona. Poród odbywa się prawidłowo, dziecię zdrowe. Po porodzie temperatura, jak poprzednio znacznie podniesiona, odpływy (*lochiae*) normalne, brzuch lekko wzdęty, bolesny tylko w okolicy *plaque*. Nazajutrz po porodzie zjawiają się na ustach cztery pęcherzyki *herpes*, napełnione ciemnym płynem, następnego dnia nowe pęcherzyki podobnego charakteru. Na *plaque* oddziela się powoli strup, zostawiając powierzchowne owrzodzenie, pokryte szarym nalotem. Zjawiają się ciągle nowe pęcherzyki. Chora nie ma wymiotów, ani czkawki; przy ciągle trwającej wysokiej temperaturze i pulsie 140, zachowuje zupełną przytomność umysłu. Śmierć w tydzień po porodzie. Autor uważa każdy *herpes febrilis* za samodzielną, ostrą wysypkową choro-

bę, a nie za *epiphenomenon* innę choroby. Gorączka poprzedza tu o kilka dni wysypkę. Autor podobnie, jak prof. PARROT, a także FERNEI i LEPINE, (artykuł „Pneumonie“ w słowniku JACCOUD) sądzi, że ten sam pierwiastek chorobny wywołuje ostre zapalenie płuc.

Funk.

401. E. FINGER (z kliniki prof. NEUMANNA w Wiedniu). **O związku pomiędzy rumieniem wielopostaciowym (*Erythema multiforme*) a sprawą przymiotową.** (*Prager Med. Woch. Nr. 27.* 1882).

HEBRA, połączywszy w jedną całość różnorodne postacie rumienia, jako *Erythema exsudativum multiforme*, wyłączył *E. nodosum* i postawił jako samodzielne cierpienie, przyjąwszy pod uwagę wybitne różnice w postaci, umiejscowieniu, przebiegu i objawach. NEUMANN także oddziela *E. nodosum* od *E. multiforme* i zwraca uwagę, że pierwsze nie posiada typu rocznego, że występuje nieraz wśród groźnych objawów, nie dotyka przeważnie młodych osobników, jak to czyni *E. multiforme*, i nie przechodzi nigdy w którąkolwiek postać tego ostatniego. Co się tyczy podstawy anatomicznej, szukają ję w zapaleniu naczyń krwionośnych i chłonnych; BOHN uważa guzy przy *E. nodosum* za infarkty zatorowe naczyń włoskowatych i drobniutkich tętnic; LEWIN uważa wszelkie rumienie za nerwice naczyńniowe, źródłem których są zmiany w nerwach naczyńniuruchowych. Przyczyny tych cierpień są niejasne. LEWIN przyjmuje odruchowe pochodzenie w skutek podrażnienia błony śluzowej cewki moczowej. ROSANELLI przypuszcza tu czynnościowe zбочzenia nerwu współczulnego; w ten sam sposób wyjaśniają występowanie rumienia w przebiegu ostrych gorączkowych cierpień, jak duru wysypkowego, ropnicy, zapalenia płuc. Niejednokrotnie wykazano dla *E. nodosum* związek z cierpieniami gośćcowemi, ropnicą (NEUMANN), gruźlicą (UFFELMANN).

Wielu dermatologów wspomina o wy-

stępowaniu *E. multiformis* przy sprawach przymiotowych. Tak HEBRA spostrzegał raz *E. papulatum* poprzedzające wybuch *rupiae syphiliticae*; prócz tego spotykał niejednokrotnie chorych, cierpiących poprzednio na przymiot z wykwitami *Herpes iris* i *E. papulati* na powierzchni grzbietowej rąk. NEUMANN leczył chorego, którego grzbiet pokryty był grupami guziczek przymiotowych, a dłonie odnawiającymi się ustawicznie wykwitami *Erythema iris*. Spostrzegał również *Erythema iris*, jako wysypkę poprzedzającą *Pemphigus syph. neonatorum*. Występowanie rumienia wielopostaciowego u osobników ze świeżym przymiotem opisuje także LIPP, TANTERI, DANIELSSEN; ten ostatni sądzi, że ma tu miejsce tylko przypadkowy zbieg dwóch cierpień, bez związku przyczynowego.

Autor spostrzegał na klinice w ciągu pół roku 7 wypadków *E. nodosi*, i 3 *E. multiformis* u syfilityków; przyczem na 240 mężczyzn syf. wypada 1 raz *E. nodosum* i 1 *E. multiforme*, na 105 kobiet wypada za to 6 razy *E. nodosum* i 2 *E. multiforme*. Sprawy te zatem są niezbyt rzadkie i występują częściej u kobiet syfilitycznych, czemu nie będziemy się dziwić, gdyż rumienie w ogóle są częstsze u kobiet.

We wszystkich 9 wypadkach rumień wystąpił w ostrym okresie przymiotu, w czasie przebiegu pierwszej wysypki, między 10 a 20 tygodniem po zarażeniu. W 2 wypadkach *E. nodosi* było znaczne podwyższenie ciepłoty z wieczornymi nasileniami, przyczem wysypka przymiotowa szybko znikła sama przez się, jak to się zdarza przy wybuchu innych spraw gorączkowych. Umieszczenie rumienia było we wszystkich wypadkach typowe, t. j. przeważnie na grzbietowej powierzchni kończyn.

Opierając się na stwierdzonym i przez innych autorów, zjawianiu się rumienia zwykle w jednym i tym samym okresie przymiotu, nieco przed lub w przebiegu

pierwszej wysypki, u osobników leżących w szpitalu, nie wystawionych na zewnętrzne wpływy, autor skłania się do przyjęcia związku przyczynowego między przymiotem i rumieniem. Nic to dziwnego, skoro przyjmujemy dla *E. multiforme* i *nodosum* zmiany w naczyniach krwionośnych i chłonnych, a świeży przymiot jest w stanie podobne zmiany wywołać.

Funk.

402. Prof. B. TEISSIER. **Przyczynek do historii przymiotu serca.** (*Annales de Dermatologie et de Syph.* 1882 Nr. 6).

Znanych w nauce przypadków przymiotu serca jest dotychczas 19. W poniżej opisanym prócz zmian w sercu i nerkach nieznajdujemy nic a nic na skórze, błonach śluzowych, w wątrobie, płucach, mózgu, kościach. Chora, 27-letnia publiczna dziewczyna, silnej budowy, często nadużywająca absyntu, cierpiała w 1876 na zapalenie pochwy z nadżarciami szyjki macicy, a w 1879 na łepieże płaskie na migdałkach i podniebieniu miękkim. Po 1879 nie znajdowano u niej przy oględzinach objawów przymiotu; doznawała tylko duszności i bicia serca przy każdym zmęczeniu i wstępowaniu na schody. Nagle 14 marca 1882 zjawiała się duszność, wzmagająca się z wielką szybkością; obok tego silne bóle brzucha. Wieczorem stan już był nader niepokojący, i zawezwany lekarz znalazł chorą w stanie groźącym uduszeniem, z wyrazem niezmiernej trwogi, znaczną sinicą, pulsem drobnym, nieprawidłowym, trudnym do zliczenia. Nazajutrz rano zmarła. Oględzin zwłok dokonał prof. COLRAT. Pominąwszy obrzęk płuc, zmiany znajdują się wyłącznie w sercu i nerkach. Co do zmian w sercu, oba listki osierdzia zdrowe, serce nie przerosnięte, zewnątrz jednym słowem nic nie-normalnego.

W lewej komórce drobne wyrosła na zastawkach aorty i w bliskości tychże. Wsierdzie w lewej, ale znacznie więcej w prawej komórce, miejscami nieprzezroczyste, matowe, białe-żółtawe, zgrubiałe.

Ściany lewej komórki prawie normalne, natomiast w ścianach prawej komórki i przegrodzie znajdujemy znaczne zmiany. Przednia mianowicie ściana prawej komórki w górnej połowie straciła zupełnie wygląd mięśnia. Grubość jej mniej więcej prawidłowa, lecz barwa białoszara, twardość znacznie zwiększona; trzeszczy pod nożem. Na przecięciu ukazują się małe ogniska, wielkości soczewicy, mleczno-białe, wyróżniające się bardzo wydatnie na szarawém, półprzezroczystém tle ściany. Takież masy białe znajdują się w tylnej ścianie prawej komórki, przegrodzie i na przednim wale zastawki trójdzielnej. W przegrodzie międzykomórkowej są one najwyraźniej rozwinięte, mają wygląd sérowaty, środek ich jednak nie przedstawia ani śladu zmiękczenia. Ogniska te znajdują się w otocze z tkanki włóknistej, lub też wśród prawidłowo wyglądającej tkanki mięśniowej; w każdym razie są ściśle związane z otaczającymi częściami i nie dają się wyłuszczyć. Nie wystają do wewnątrz jam sercowych, w miejscach tylko gdzie są zupełnie powierzchowne, wsierdzie przedstawia się biało-żółtawém, matowém, zgrubiałém. Aorta nie rozszerzona, na 6 ctm. powyżej zastawki narodził wielkości soczewicy.

Pod mikroskopem widzimy przede wszystkim nacieczenie drobno-komórkowe w tkance łącznej i w naczyniach. Nacieczenie to w tkance łącznej międzymięśniowej rozpycha i uciska włókna mięśniowe. W miejscach, gdzie zmiany są starsze, okrągłe komórki nacieczenia wydłużają się, przyjmują kształt wrzecionowaty, stają się coraz rzadsze, miejsce zaś ich zastępuje tkanka włóknista. Włókna mięśniowe w tych miejscach zanikły zupełnie, znajdujemy tu wyłącznie tkankę włóknistą. W naczyniach znajdujemy *periarteritis*, nacieczenie komórkowe na błonie zewnętrznej (*adventitia*) i często jednocześnie i *endarteritis*, zgrubienie i nacieczenie w błonie wewnętrznej (*intima*), i to niekiedy

tylko w jednym miejscu, i wtedy widzimy guzik wystający w światło naczynia. Włókna mięśniowe dotknięte są jedynie następczo. Zanikają one w skutek ucisku. Co do *zmian ograniczonych*, to znajdujemy wspomniane ogniska serowate tak w tkance mięśniowej o wyglądzie prawidłowym, jak w tkance włóknistej, która tamtą zastąpiła. Powierzchnowa warstwa ich utworzona jest prawie wyłącznie z młodych komórek i dokoła niej nacieczenie komórkowe przedłuża się między włókna mięśniowe i znika w miarę oddalenia od nowotworu. Natomiast w miarę zbliżania się ku środkowi ogniska, komórki stają się coraz bardziej ziarniste, nie barwią się karminem, i jądro ich znika. Wreszcie w środku masy znajdujemy tylko ziarnisty rozpad.

Wielkość tych mas jest różna; wymiar większej części wynosi 16—17 milimetrów. Są jednak i mniejsze, zaledwie gołym okiem widzialne, wielkości najdrobniejszych gruzelków—w tych nie można jeszcze odróżnić zserowanego środka. Olbrymich komórek nie znaleziono ani w tych drobnych grudkach, ani w większych ogniskach sérowatych. W miejscach, zajętych przez opisane nowotwory, włókna mięśniowe zanikają, lub też ulegają białkowemu zwyrodnieniu. W tym ostatnim razie włókno mięśniowe traci prądkowanie i jądra, i zamienia się w masę jednorodną, szklistą. Spostrzegamy to przeważnie w sérowatym ośrodku gummatów.

Prócz zmian w sercu, znajdujemy je w obu nerkach. Widzimy tu drobne guziczki syfilityczne i pasemka włókniste w substancji korowej jakoteż zmiany w naczyniach, nie różniące się od wyżej opisanych w sercu.

Wypadek opisany, jest we wszystkich punktach typowym dla przymiotu serca. Zapytaćby tylko można, czy i jaką rolę w śmiertelném zejściu odgrywały zmiany w nerkach.

Funk.

403. Prof. O. HEUBNER. **Erythema exsudativum multiforme.** (Remittirendes Fieber mit Phlyctaenideneruption WUNDERLICH). (*D. Arch. f. Kl. Med. XXXI Bd.*).

Chory 45-letni, słabo zbudowany i chudy, dostał przy lekkich dreszczykach wysypki na kończynach, podobnej na pierwszy rzut oka do wietrznej ospy. W cztery dni później wysypka już rozwinięta przedstawiała się: 1) jako pęcherzyki, to drobne jak łebek szpilki, to duże, wielkości soczewicy i grochu: półkuliste, napężone, z lekko mętną zawartością, bez wpuhlenia, na lekko przekrwionej i nacieczonej powierzchni; lub jako 2) strupki, brunatnego koloru, różnej wielkości, wytworzone w skutek przyschnięcia opisanych pęcherzyków. Na grzbiecie goleni wykwity ułożone są grupami, jak *herpes*, na grzbiecie nóg pęcherze są najobfitsze i największe (około 70 z prawej strony). Na udach i ramionach pęcherzyki drobne i rzadkie. Na tułowiu, mianowicie na lewej połowie grzbietu, kilka grup pęcherzyków. Ręce, twarz i głowa wolne.

Silne bóle w nogach. Śledziona powiększona. Gorączka niewysoka, z wieczornymi nasileniami, towarzyszy całemu przebiegowi sprawy. Nazajutrz nowe pęcherze i pęcherzyki na grzbiecie rąk i palcach, ugrupowane nader charakterystycznie (grupa taka uważana osobno niczym nie różni się od zwykłego *herpes labialis*). Bóle, podobne do gośćcowych i uczucie palenia w zajętej skórze odbierają sen.

Następnego dnia zjawia się na lewym wskazującym palcu czerwony, gorący guz (*Erythema nodosum*). Pęcherzyki stają się krwotocznymi na obwodzie, ztąd brunatna barwa strupów. Krwotoki nosowe. W parę dni później zjawia się *po obu stronach grzbietu nosa motylkowate różycowe zaczerwienienie skóry*. Strupki zaczynają odpadać, zostawiając lekko łuszczące się guziczki, gdzieś jednak nadżarcie, nawet powierzchowne owrzodzenia. Te ostatnie na grzbiecie goleni siedzą na gu-

zowato nacieczonych podstawach. W dwa dni później w okolicy kości krzyżowej i krętarzy (*trochanter*) występują guzy, które po dwóch dniach rozpadają się w wrzody z nacieczonym otoczeniem i spadzistym brzegiem. W cztery dni później nowy wybuch choroby z dreszczami, znacznym podniesieniem ciepłoty i nowymi pęcherzykami na przedramionach i gołeniach, po części z krwawą zawartością. W tydzień później stan chorego zaczyna się polepszać, wrzody goić się, jednakowoż nowe wykwity zjawiają się jeszcze w ciągu dwóch tygodni. Po odpadnięciu strupów zostają jeszcze długo plamy barwnikowe.

Z jaką sprawą mamy tu do czynienia? Nader podobny do opisanego wypadek GERHARDTA, dał powód do dyskusji między nim a KAPOSIM. GERHARDT stawia go obok wypadków WUNDERLICH, które ten ostatni uważa za nową, nieznaną dotąd sprawę chorobną „remittirendes Fieber mit Phlyctaenideneruption;“ KAPOSI zaś zalicza go do *erythema exs. multiforme* (HEBRA). Co się tyczy opisanego wypadku, to wzięwszy na uwagę objawy rumienia (*erythema*) na nosie, palcach, i t. d., trudno wątpić, że wkracza on morfologicznie w sferę *erythema exs. multiforme*. Jeśli jednak klinicyści, jak WUNDERLICH i GERHARDT uważają podobne wypadki za coś osobnego, a nie za zwykły *Herpes iris*, i t. d., to nie jest to bez przyczyn. Trudno bo niedopatrzyć różnicy pomiędzy temi wypadkami z wstrząśnieniem całego ustroju, silną gorączką, bólami w kończynach, zapaleniem oskrzeli, płuc, katarem kiszek, obrzmieniem śledziony, nawet z białkomoczem, a zwykłym rumieniem wysiękowym wielopostaciowym (*erythema exs. mult.*) drobnym i łagodnym cierpieniem, z miejscowymi objawami, nieodrywającymi nawet chorych od zajęć. LEWIN też odróżnia „łagodne“ i „złośliwe“ formy rumienia; trudno tylko dowieść tożsamości obu form, etiologicznie w każdym razie nie, gdyż co do przyczyn rumienia,

brak nam jakichkolwiek pewnych danych¹⁾.

Zresztą fakt nie jest odosobnionym, ogromne różnice uważamy też w przebiegu pokrzywki, *erythema nodosum*, *herpes labialis*. Raz mamy tu do czynienia z lekami, czysto miejscowymi objawami, innym razem z silnym odczynem całego ustroju, gorączką, objawami ze strony wielu narządów.

Cierpienia pomienione mogą być także komplikacją ostrych zakaźnych chorób. Tak pokrzywkę spotykamy przy durzycy brzusznej, powrotnej, ostrych wysypkach; *erythema nodosum* przy gościu stawowym i t. d. I *erythema exs. mult.* może stanowić komplikację ostrych zakaźnych chorób. HEBRA spostrzegł ją w jednym wypadku durzycy brzusznej (i gruźlicy płuc). Fakt ten daje klucz do wyjaśnienia kilku wypadków WUNDERLICHA, w których mamy do czynienia prawdopodobnie z durzącą brzuszną skomplikowaną rumieniem. Autor spostrzegł także dwa przypadki *erythema exs. mult.* po odrze. Nie wszystkie jednak ciężkie wypadki rumienia wielopostaciowego są objawem skórny jakiej ostrzej zakaźnej choroby, owszem, niektóre przedstawiają niewątpliwie samodzielne ostre cierpienie. W ten sposób więc możemy spotkać *Erythema exs. multiforme*, jako:

- 1) czysto miejscową, bezgorączkową chorobę skóry,
- 2) ostre gorączkowe ogólne cierpienie z zaburzeniami w rozmaitych narządach,
- 3) komplikację ostrych zakaźnych chorób.

Funk.

404. G. T. JACKSON. **A rare case of Erythema nodosum.** (*The Medical Record.* 1882, Czerwiec 10).

Wypadek ten dotyczy mężczyzny 27-letniego, zajętego męczącą pracą umysłową i bardzo nerwowego. Chory nieco

anemiczny; trawi dobrze, ma język czysty. W ostatnich czasach doznawał zmartwień. Wysypka wystąpiła nagle, w ciągu nocy, bez podwyżki ciepłoty. Na skórze prawej połowy szyi, na przestrzeni ograniczonej od góry szczęką dolną, od dołu prawym obojczykiem, od przodu środkową linią szyi, od tyłu linią przeprowadzoną od wyrostka sutkowego do acromion, znajduje się sześć rozrzuconych guzów, owalnych, z dłuższym wymiarem od 1/2 do 1 cala, wzniesionych i naprężonych, zabarwionych różowo; zabarwienie znika przy nacisku. Prócz guzów rozrzucone były w tej samej okolicy wykwitki *erythematis papulati*. Lewa połowa szyi i reszta ciała zupełnie wolna od wysypki. Chory nie doznaje świerzbienia, ani bólu. W następnych kilku dniach *erythema papulatum* rozszerzyła się na prawą połowę mostka i powyżej prawego m. *pectoralis majoris*. Zjawił się także kłujący ból w całej okolicy, zajętej wysypką. Po czterech dniach trwania, wysypka zaczęła powoli znikać, z lekkim łuszczeniem naskórka, i po trzech tygodniach nie zostawiła śladu.

Wypadek ten zasługuje na uwagę, z powodu umiejscowienia wysypki na szyi, na przestrzeni zaopatrywanej przez powierzchowne gałęzie *plexus cervicalis*, gdy tymczasem zwykle *erythema nodosum* znajduje się na wyprostnej powierzchni goleń; i z powodu wystąpienia na jednej stronie, gdy zwykle proces ten bywa symetryczny.

Funk.

V. Gyniekologija i Pediatria.

405. MAX STUMPF. **O zmianach wydzieliny mleka pod wpływem niektórych środków lekarskich.** (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. XXX. Hft. IV.* 1882).

Prace dotychczasowe, odnoszące się do zmian, jakie zachodzą w wydzielinie mleka pod wpływem zmian fizjologicznych, patologicznych i pod wpływem rozmaitych środków lekarskich, okazały że

¹⁾ W opisanym też wypadku NEISSER poszukiwał bakterji w płynie pęcherzyków—bezskutecznie.

ciała, z zewnątrz do organizmu wprowadzone, przechodzą do mleka, ale ich wpływ na samo wydzielanie mleka mało jest znany. Doświadczenia swoje przeprowadził S. na kozie i na kilku kobietach karmiących. Jodek potasu tak po jednokrotnym jak po dłuższym użyciu wywoływał znaczne zmniejszenie ilości mleka, ale podczas kiedy w pierwszym razie ciężar właściwy opadł, a ilość części stałych powiększyła się, w drugim razie tak ciężar jak i zawartość części stałych wzmożły się i stosunek pojedynczych części składowych okazał się innym aniżeli przy jednokrotnym użyciu, ilość mianowicie białka i cukru uległa znacznemu powiększeniu. Autor sądzi, że jodek potasu wywołuje pewne zaburzenia funkcji gruczołów mlecznych. Ciekawe bardzo wyniki dały doświadczenia z użyciem spirytusu i piwa, ze względu że jak wiadomo, kobiety karmiące, dla poprawienia dobroci mleka używają znacznych ilości piwa. Autor znalazł, że tylko ilość tłuszczu zwiększa się, na zawartość zaś białka i cukru nie wywiera wpływu. Alkohol wywołuje zapewne stłuszczenie gruczołów mlecznych, podobnie jak innych organów.

Ołów nie wpływa widocznie na ilość i jakość mleka, jakkolwiek przechodzi doń; pilokarpina i morfina nie dały pewnych wyników, kwas salicylowy powiększa ilość mleka wraz z ilością cukru, ale tylko w małych ilościach daje się w mleku odnaleźć.

Jul. Kramsztyk.

406. DEPAUL. **Zwężenie miednicy; cięcie cesarskie; cephalotripsia; odpowiednia dyjeta.** (*Gazette des hopitaux* Nr. 72—1882).

Miednica, której wymiar prosty (*conjugata vera*) mniej niż 6 ctm. wyna. i jest rzadkością; z obliczeń przez autora dokonanych wynika, że na 100 wypadków zwężeń, skutkiem krzywicy powstałych, w $\frac{1}{3}$ cz. wymiar prosty krótszym jest, w $\frac{2}{3}$ zaś dłuższym od 6 ctm.

Przy zwężeniu $6\frac{1}{2}$ ctm., gdy płód nie żyje, ucieka się autor do cephalotrypsyi,

którą to operację za trudną do wykonania i niebezpieczną dla matki uważa; gdy płód żywy—cięcie cesarskie podaje jako wskazanie. Poród jednak przy tych warunkach ($6\frac{1}{2}$ ctm.) może się niekiedy ukończyć pomyślnie dla matki i dziecka, już to przez założenie kleszczy, już to dobrowolnie. Przy zwężeniu 4 ctm. wynoszącym, zawsze cięcie cesarskie wykonać należy. Z 26 kobiet, w tych okolicznościach przez autora operowanych, wszystkie zmarły — kilkoro dzieci wydobyto żywych.

Zwężenie miednicy $4\frac{1}{2}$ ctm., skonstatowane podczas ciąży, nastęrcza wskazanie do wywołania poronienia w 2—5 miesiącu, — $6\frac{1}{4}$ — $7\frac{1}{2}$ ctm., — porodu przedwczesnego w $7\frac{1}{2}$ —8 miesiącu.

Upusty krwi i odpowiednia dyjeta (głodowa) są w stanie, zdaniem autora, opartem na doświadczeniu w tym względzie, wpłynąć na zmniejszenie objętości płodu, nie przeszkadzając bynajmniej jego rozwojowi. Autor, między innymi cytuje wypadek, w którym wymiar prosty wynosił $7\frac{1}{2}$ — $7\frac{3}{4}$ ctm. Przy pierwszym porodzie wykonano cephalotrypsję; poród drugi, który poprzedziła ciąża z odpowiednio zachowaną dyjetą, odbył się prawidłowo i dziecko donoszone i zdrowe ujrzało światło dzienne, dziś młodzieniec 28-letni. Przy 3-iej ciąży, zapóźno, bo w $8\frac{1}{2}$ miesiącu zasięgnięto rady autora, przy porodzie cephalotrypsja musiała być zastosowaną, przy 4-iej znowu odpowiednia dyjeta a owocem ję dziecko żywe, obecnie 26-letni mężczyzna.

J. E.

407. E. SMITH. **Drgawki u dzieci.** On convulsions in children. (*The Lancet* Nr. 1 i 2—vol. II—1882).

Wstrząśnienie układu nerwowego, znane pod nazwą drgawek dziecięcych (*eclampsia*) stanowi bardzo częste w wieku dziecięcym zjawisko. Zależy ono od podnieconej wrażliwości ośrodków odruchowych, umieszczonych w móście i w rdzeniu przedłużonym. Drgawki stanowią właściwie objaw chorobny, który zależeć może

od bardzo wielu przyczyn i stosownie do tego mogą one być objawem choroby ciężkiej lub też mniej niebezpiecznej. Dla lekarza-praktyka rzeczą jest niezmiernej wagi poznać przyczynę drgawek, gdyż tylko w ten sposób można określić znaczenie i doniosłość tego objawu chorobnego.

Podczas dwu pierwszych lat życia, skłonność do drgawek jest nadzwyczaj wielka. W tym czasie układ nerwowy dziecka szybko się rozwija, przytém ośrodki odruchowe są niezmiernie wrażliwe na każde podrażnienie obwodowe. W tym czasie powstające drgawki najczęściej są natury odruchowej.

Według autora, istnieją pewne szczególne warunki, uspasabiające dzieci do drgawek. W niektórych np. rodzinach wszystkie dzieci przechodzą w dzieciństwie drgawki, w innych znów skłonność do drgawek ograniczoną jest tylko do jednej płci, tak że tylko chłopcy lub też dziewczęta podlegają napadom drgawek.

Krzywica, zdaniem SMITHA, bardzo uspasabia dzieci do drgawek, u dzieci rachitycznych najmniejsze podrażnienie — często tak nieznaczne, że nie może być ujęte, wywołuje napady.

Stan odżywienia u dzieci nie zdaje się mieć wielkiego wpływu: dzieci dobrze i źle odżywiane mogą jednakowo podlegać drgawkom. Jednak u dzieci nadzwyczaj wyniszczonych są one rzadko pochodzenia odruchowego; daleko zaś częściej powstają skutkiem cięższego cierpienia wewnątrz-czaszkowego. W ogóle przyjęć można, że drgawki, powstałe u dziecka rocznego, dobrze odżywionego i dotychczas zdrowego, są natury odruchowej — zaś u dziecka wyniszczonego poprzedniemi chorobami, drgawki są wyrazem cierpienia cięższego, które bardzo często stanowi ogólną gruźlicę z wtórnym gruźliczym zapaleniem opon.

Sam napad b. często dostarcza ważnych wskazówek, służących dla odróżnienia, czy drgawki są pochodzenia ośrodko-

wego, czy też powstały na drodze odruchowej. Drgawki, będące skutkiem cierpienia mózgowego, są częściowe: kurcze ograniczone są do jednej połowy ciała. Oprócz tego przypadłości, pozostałe po ukończeniu napadu: porażenie, zezowatość (*strabismus*), nierówność źrenic, opadnięcie jednej powieki (*ptosis*), również przemawiają za tém, że jakieś cierpienie wewnątrz-czaszkowe wywołało drgawki. Otrętwienie (*stupor*), przez dłuższy czas utrzymujące się po ukończonym napadzie, również jest złym znakiem, gdyż przemawia za cierpieniem ośrodkowym.

Pamiętać należy, że drgawki często bardzo są pierwszym objawem gruźlicy wtórnej. Jeżeli u dziecka, cierpiącego przez czas dłuższy np. na nieżytowe zapalenie płuc, nagle nastąpi napad drgawek, w takim razie można prawie bez błędu przypuścić, że nastąpiło gruźlicze zapalenie opon mózgowych.

Oprócz tego należy odróżniać drgawki dziecięce (*eclampsia*) od padaczki (*epilepsia*).

W tym celu trzeba dokładnie rozpytać się o stosunki rodzinne. Następnie wiek dziecka daje ważne wskazówki: do zupełnego ukończenia pierwszego ząbkowania drgawki prawdopodobnie nie są natury padaczkowej. Z wysokim odczynem gorączkowym występujące drgawki są również po większej części pochodzenia odruchowego i bardzo często zapowiadają wystąpienie jakiejś ostrej wysypki lub innego ostrego cierpienia. Daleko już trudniej wykluczyć padaczkę u dzieci starszych: napad, trwający dłużej jak godzinę jest eklamptyczny — napad zaś padaczki rzadko trwa dłużej 10 lub 15 minut; oprócz tego, trzeba zbadać mocz, czy nie zawiera białka resp. czy drgawki nie są pochodzenia mocznicowego.

W ogóle pamiętać należy, że drgawki odruchowe u dzieci 4-letnich należą do rzadkości: w tym wieku jeżeli drgawki nie są pochodzenia mózgowego, w takim razie mają swoje źródło w mocznicy lub

też zapowiadają wystąpienie jakiegś choroby gorączkowej.

Drgawki dziecięce (*eclampsia*) stosownie do przyczyny stanowią objaw bardzo niebezpieczny lub też tylko ciężki. Dla oceny ważności tego objawu, należy rozważyć wiek dziecka, naturę i siłę napadu, i możliwą przyczynę, która napad wywołała.

Napady drgawek zwrotnych lub też zapowiadających jakieś ostre cierpienie pociągają po większej części za sobą złych następstw. Podczas krztuśca występujące drgawki, zależne od niedokładnego utlenienia krwi, również przechodzą.

Drgawki pochodzenia mózgowego (na nie wskazują wymienione powyżej następstwa napadu: otrętwienie, porażenie, nierówność źrenic i t. d.) stanowią objaw bardzo groźny.

Co się tyczy postępowania lekarza, zezwanego do dziecka, cierpiącego na drgawki, pierwszym jego obowiązkiem będzie, jeżeli dziecko ma drgawki w chwili przybycia, umieścić je w kąpieli ciepłej, 32° C. mającej, przytém na główkę stosować zimne okłady. Postępowanie to, zdaniem autora, jest najlepsze, gdyż uspokaja układ nerwowy, przytém jest tak skutecznym, że nierozsądnie byłoby tego nie robić. Kąpiel trwać powinna 10 do 15 minut, a u dzieci słabych 2 do 3 minut. Kąpiel po ukończonym napadzie nie jest potrzebna. Kiszki należy oczyścić za pomocą lewaty wy z wody mydlanej, a jeżeli żołądek jest przepelniony, podać łyżeczkę winka wymiotnicowego.

Jeżeliby drgawki powróciły, należy podawać chlorał. Dziecku półrocznemu lub rocznemu można śmiało podawać 2 lub 3 razy dziennie po 2 do 3 gran chlorału, rozpuszczonego w wodzie. Jeżeli dziecko nie może przyjmować przez usta, można zastosować połowę tej dawki chlorału przez odbytnicę.

Bromek amonu (3-4 gran co 2 godziny) i szalęj cieszą się tutaj zasłużoną w istocie sławą.

Leczenie bromkiem amonu lub potasu jest głównie wskazane przy drgawkach, wikłających przebieg krztuśca.

Po ustąpieniu drgawek i podrażnienia nerwowego, ządaniem lekarza będzie poprawić ogólny stan zdrowia chorego dziecka za pomocą wina, żelaza, tranu rybiego i świeżego powietrza. *H. Goldblum.*

MISCELLANEA.

408. **Klasy pomocnicze przy szkołach miejskich dla dzieci słabo rozwiniętych umysłowo w Brunszwiku.** Dr. BERKHAN już dawno zwracał uwagę na to, że w niższych klasach szkół miejskich znajduje się znaczna liczba dzieci nieudolnych, półidyjotycznych, którzy nie mogą odnieść należytej korzyści z wykładów, prowadzonych dla wszystkich uczniów umysłowo dostatecznie rozwiniętych i wystąpił z wnioskiem do magistratu miasta o otworzenie klas specjalnie dla tych dzieci przeznaczonych. Sposobem próby założono w roku 1881 kilka takich klas przy szkołach i wynik okazuje się bardzo dobrym. Na naukę czytania, pisania, rachunków, historii świętej, przeznaczono po pół godziny, na pogładową naukę o rzeczach, gymnastykę i t. p. po godzinie dziennie. *K.*

409. **Skuteczność chinoidyny w zimnicy.** BURDEL powiada, iż chinoidina, która jak wiadomo znacznie jest tańszą niż chinina, działa skutecznie w przypadkach zimnicy, przy postaciach łagodnych lub przewlekłych tej choroby, zwłaszcza zaś w czwartkach i przy charactwie malarycznym; działanie przeciwgorączkowe alkaloidu tego przewyższa nawet skuteczność chininy. Zadawać ją należy w wysokich dawkach i przedłużać użycie do 4-5 tygodni. Najlepiej zadawać ją w przerwach pomiędzy napadami, w pigułkach, w proszkach lub roztworze winnym, wyskokowym lub w kawie. Rozpuszczalną staje się przez rozcieranie z kwasem winnym (0,20 kwasu na 1 gram chinoidyny). Dzieciom najmniejszym przepisuje autor 0,10 centigr. pro dosi (w mocno ocukrzonym odwarze kawy), dzieciom 2-6 letnim 0,20-0,30 cent., dorosłym 0,50-1 gramm. (*Union médicale* 91, 1882). *J. P.*

410. **Nominacyja.** Rozporządzeniem Ministeryjum Spraw Wewnętrznych kolega *Albert Rosenthal* zatwierdzony został w obowiązkach ordynatora etatowego szpitala Ś-go Jana Bożego w Warszawie.

Odpowiedzi od Redakcyi.

Dr. *Muszalskiemu w Prenach.* Dawka *Pelletier. tannic.* wynosi dla dorosłych 1/2 grm.

D-rowsi *Pocobutowi w Lucku.* Dr. K. B. ul. Aleksandryja 6, Dr. Alb. R. ul. Bonifraterska 6.

Wydawca:
Dr. Bauerertz Adam.

Redaktor:
Dr. Kazimierz Filipowicz.