

## KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Histologija.

531. J. BRUN, prof. w Genewie. **Najlepsze sposoby rozpoznawania i robienia preparatów mikroskopowych bakterij gruźliczych.** Note sur les meilleurs procédés pour reconnaître et faire des préparations microscopiques des bactéries de la tuberculose. (*Revue médicale de la Suisse romande* 8/82).

Poprzednio już autor podał nowy sposób podwójnego barwienia zastosowany do badania histologicznej budowy roślin. Barwienie to za pomocą wodnego roztworu błękitu pruskiego i wyskokowego – safraniny, okazuje najdrobniejsze szczegóły budowy komórek. Chlorofil zachowuje barwę swą i postać, drzewnik zaś, cząstki tłuszczowe, żywiczne i t. p. barwią się rozmaicie i dla tego łatwo dają się jedna od drugich odróżnić. Prof. KOCH z Berlina pierwszy zastosował sposób autora (p. odczyt BRUN'A w tow. fizyczném i przyrodniczném w Genewie) do badania bakterij i wykrył za pomocą tego barwienia bakteryje gruźlicy. EHRLICH później zmodyfikował nieco sposób KOCHA.

Autor wreszcie proponuje jeszcze następujące ulepszenia w barwieniu:

1) Nie należy ścinać białka, które przy wysokiej ciepłocie staje się nieprzezroczystém, przytém unikać suszenia preparatu przy 100°–120°, albowiem wówczas bakteryje kurczą się i zmniejszają objętość.

2) Nadawać przezroczystość istotom organicznym za pomocą kwasu octowego.

3) Zobojętniać działanie kwasu azotowego, który odbarwia bakteryje czyniąc je niewidzialnemi.

4) Unikać balsamu kanadyjskiego, którego wskaźnik refrakcyi jest nader wysoki (1,53) i używać płynu obojętnego, mającego podobny wskaźnik refrakcyi jak istoty białkowane (1,37).

Stosując się do tych przepisów najłatwiej można wykryć mikroby i przyrządzić trwałe preparaty mikroskopowe w następujący sposób.

Najlepiej jest badać płwocinę; jakkolwiek można używać z powodzeniem i cieniutkich skrawków płuc, zachowanych w wysokoku, albo wreszcie i płynu wyciśniętego z płuc.

Odrobinę płwociny ścisnąć pomiędzy dwoma szkiełkami; rozdzielić takowe przez ześlizgiwanie i wysuszyć na powietrzu (w ciągu kilku minut). Otrzymany w ten sposób cienki pokład śluzowy zawiera przeważnie białko, śluz, często ciała ropne, tłuszcz, ciała krwi, komórki, cząsteczki węgla i rozmaite składniki kurzu.

Wszystko to barwi się za pomocą zwilżenia szkiełka kilkoma kroplami stężonego roztworu fuksyny lub błękitu metylenowego (równe części wody i wysokoku i  $\frac{1}{30}$  cz. aniliny dla zalkalizowania płynu). Barwienie powinno trwać przynajmniej kwadrans. Potém szkiełko kładzie się w miseczkę z wodą, która zlewa się, a preparat poddaje się jeszcze działaniu (w ciągu minuty najwyżej) następującej mieszaniny:

Kwasu azotowego stężonego cz.	5,
„ octowego (glaciale)	10,
wody	55.

Gdy preparat przedstawia już nader słabe zabarwienie, wówczas szybko się zmywa i pokrywa się na kilka minut stężonym roztworem wodnym aniliny, która zobojętnia wszystkie kwasy i barwi tylko

bakteryje. Jeszcze wyraźniej można je widzieć używając następującej mieszanki:

gliceryny	cz. 10,
glukozy zwyczajnej	— 40,
wysokoku kamforowego	— 10,
wody	— 140,
	(przecedzić).

Przecedzony płyn posiada wskaźnik refrakcji 1,37. Pole widzenia lepiej mieć bezbarwne niż kolorować je wezuwiną, albowiem barwa ciemnopomarańczowa przyćmiewa błękitny kolor bakteryi.

Przy opisanym sposobie barwienia wystarczy zupełnie powiększenie 200—300 razy.

Bakteryje gruźlicze przedstawiają się w postaci krótkich laseczek o końcach zaokrąglonych, niekiedy są sklejone ze sobą, zwykle otoczone cienką bezbarwną warstwą śluzową i rozsypane w nieładzie. Niekiedy posiadają wyrostki odpowiadające zarodnikom albo segmentacji: grubość bakteryi wynosi  $1\ \mu$ — $1,3$ , a długość  $5$ — $10\ \mu$ .

Autor widział w płwocinie inny jeszcze rodzaj bakteryj—bez wyrostków i o końcach zaokrąglonych; bakteryje te mają szerokości  $1\ \mu$ — $1,5$ , a długości  $8$ — $14\ \mu$ . Zbliżone są postacią do tych, jakie obserwowano w solonym i zepsutym nieco mięsie z Ameryki Północnej. Odczynniki barwiące nie działają na nie tak jak na bakteryje KOCHA. Wreszcie obserwował autor i mikrokokki pojedyncze, lub ułożone w czworoboki. J. P.

## II. Medycyna wewnętrzna.

532. J. BURNEY YEO. **O zaraźliwości suchot płucnych.** (*Brit. Medical Journal* Nr. 1120—r. 1882).

Przed niedawnym czasem KOCH odkrył w gruźelkach i w płwocinie suchotników pewien mikroorganizm, nazwany przezeń lasecznikiem gruźelkowym. Lasecznik ten daje się sztucznie hodować, przez co otrzymać można następne pokole-

nia, posiadające niezmienną jadowitość i moc wywoływania gruźelków, w ustroju pewnych zwierząt.

Odkrycie KOCHA jest, według autora, niezmiernie ważne i na jego zasadzie wypowiada on następujące twierdzenia:

1. Gruźelka jest chorobą zakaźną, zależną od swoistego zarazka i szerzącą się za pomocą przenoszenia się zarazka z człowieka na człowieka.

2. Specyficzny zarazek gruźelka jest pasorzytem znajduwanym tylko w gruźelku. Może być otrzymany w oddzielnej formie i hodowany. Następne pokolenia nie utracają pierwotnych właściwości.

3. Pewne formy choroby, znane pod nazwą „*zotzów*,” są właściwie gruźlicą; właściwe zotzom anatomo-patologiczne produkty zawierają zakaźny organizm, taki sam jak gruźelki.

4. Choroba, znana pod nazwą *suchot płucnych*, jest przeważnie chorobą gruźelkową i zależy od tego samego lasecznika gruźelkowego.

5. Suchoty płucne są chorobą zakaźną.

Z tych 5 twierdzeń, trzy pierwsze zostały dowiedzione [?] za pomocą doświadczeń; dwa zaś ostatnie wynikają mniej więcej z 3 pierwszych. Że suchoty płucne są chorobą zaraźliwą—myśl to nie nowa. Zdanie takie wypowiadali GALEN, MORGAGNI i wielu innych. Słynny lekarz francuzki PIDOUX był przeciwnego zdania. Autor, będąc przez 10 lat lekarzem zakładu poświęconego wyłącznie dla chorych piersiowych, widział przeszło 27 tysięcy chorych i od kilku już lat zadawał sobie pytanie, czy suchoty są zaraźliwe lub nie. W tym samym czasie również HERMAN WEBER zajmował się tą kwestyją, a zebrawszy 68 przypadków suchot płucnych, przekonał się, że w 10-ciu stanowczo dało się stwierdzić zarażenie się żony od męża lub odwrotnie. Jedną z obserwacji WEBERA jest nadzwyczaj ciekawa: Mężczyzna, którego matka, dwaj bracia i siostra

umarli na suchoty, i który miał dwa razy krwotok płucny, zaślubił kobietę zupełnie zdrową i pochodzącą ze zdrowej rodziny. Po trzecim porodzie żona umarła na suchoty. Po jakimś czasie ożenił się powtórnie z kobietą młodą i zdrową. Po roku pożycia i ta umarła na suchoty galopujące. Ożenił się po raz trzeci z kobietą zdrową i pochodzącą z wyjątkowo zdrowej rodziny. Podczas drugiej ciąży rozwinęły się u niej objawy suchot, które po 8-mio miesięcznym trwaniu o śmierć ją przyprowadziły. Mężczyzna ten, cierpiący widocznie na manię żenienia się, pojął czwartą żonę, również kobietę zdrową. W 3 miesiące po pierwszym porodzie dostała suchot galopujących i umarła. Mąż zaś, z powołania majtek, podczas ciągłych morskich podróży, zdawał się być zupełnie zdrowym; gdy jednak po jakimś czasie zmuszony został przez czas dłuższy pozostać na lądzie, dostał sam suchot i wkrótce też umarł.

Przypadek ten jest według autora dowodem zaraźliwości suchot płucnych. Drugi przypadek WEBERA podobny jest do pierwszego. Mąż-suchotnik, żonaty trzykrotnie; stracił swe trzy żony skutkiem suchot.

W przypadkach opisanych przez WEBERA, kobiety zwykle dostawały suchot z nadzwyczaj ostrym przebiegiem, podczas gdy choroba u mężów miewała zwykle przebieg powolny, przewlekły. Fakt, że u kobiet choroba się rozwijała podczas ciąży i połogu, naprowadza na myśl, że kobiety zarażone zostają podczas zapłodnienia i od płodu *in utero*, tak samo jak to ma miejsce przy przymocie. Nadto, podczas okresu połogowego ustrój kobiety ma być szczególnie skłonny do przyjęcia i rozwoju zarodków choroby zakaźnej. Ścisłe i pouczające obserwacje WEBERA zdają się wskazywać, że dla zarażenia się suchotami płucnymi potrzeba pewnych szczególnych warunków, których wszakże dotychczas nie znamy.

Autor utrzymuje, że z samych obser-

wacyj klinicznych trudno byłoby dowieść zaraźliwości suchot płucnych. Bardzo wielu lekarzy uważa obserwacje WEBERA jako wyjątkowe.

Następnie przechodzi do dowodzenia na początku postawionych twierdzeń.

1. *Że gruźlica jest chorobą zaraźliwą*, na to jeszcze nie wszyscy się zgadzają. W r. 1865 VILLEMIN ogłosił wyniki swych doświadczeń, mających na celu stwierdzenie tego poglądu; zaszczepiał on gruźlicę i po pewnym czasie otrzymywał ogólną gruźlicę. CHAUVEAU te same doświadczenia robił na wołach, którym wraz z paszą dawał produkty gruźlicze, wzięte z człowieka. I tu rezultat był dodatni. Inni badacze, w tej liczbie SANDERSON i WILSON FOX byli o tyle przeciwnego zdania że utrzymywali, jakoby dla wywołania gruźlicy nie koniecznie trzeba szczepić produkty gruźlicze, ale inne materje, jak np. kawałki serowatego mięsaka, ropę i t. d. W tymże czasie CHAUVEAUX, KLEBS i BÖLLINGER starali się dowieść słuszności badań VILLEMINA. W r. 1874 trzej lekarze greccy, umierającemu skutkiem gangreny nogi 55-letniemu mężczyźnie zaszczepiali pod skórę płwocinę, wziętą od suchotnika. W 3 tygodnie później znaleźli stwardnienie wierzchołka prawego płuca. Trzydziestego ósmego dnia po zaszczepieniu chory umarł skutkiem gangreny nogi. Sekcja wykryła w prawym wierzchołku płuc, 17 rozmaitych wielkości gruźliczek, w lewym, 2 gruźliczki i 2 na powierzchni wątroby. Obserwacja ta, jest niezmierniej doniosłości.

Następnie TAPPEINER, GERLACH, COHNHEIM i inni wypowiadali to samo zdanie, że suchoty są zaraźliwe. Najbardziej pouczające pod tym względem doświadczenia wykonał niedawno H. MARTIN<sup>1)</sup> w Paryżu.

Odsyłając czytelnika do referatu, tutaj dla zaokrąglenia przedmiotu przytoczymy

<sup>1)</sup> H. MARTIN. Przyczynek do nauki o związku pomiędzy gruźlicą a zółtami. Referat w n. II „Kroniki Lekarskiej“ z r. b.

jeden z wniosków MARTINA: Gruzełek zaszczipiony miejscowo wywołuje zawsze ogólną gruźlicę, przytém siła zarazka zwiększa się w następnych jego generacjach.

2. Doświadczenia KOCHA dowodzą mają słuszności drugiego twierdzenia, że *swoisty jad gruzelka polega na obecności lasiecznika (bacillus) gruzelkowego.*

3. Wedle MARTINA i KOCHA, *pewne formy zółdów są gruźlicą.* W świeżo wyciętym gruczole zółwowym KOCH wykrył właściwy gruzelkowi mikroorganizm. MARTIN zaś, jak wiadomo, otrzymał cały szereg następczych generacyj gruźlicy, zaszczipiwszy pierwszy raz śwince morskiej nieco ropy, wziętej z gruczolu podżuchowego dziecka, zmarłego na odrę. Autor zgadza się z MARTINEM, który utrzymuje że tylko niektóre zółzy są gruźlicze; inne zaś przedstawiają formę limfatyczną. Objawy będą jednakowe i *tylko szczepienie* jest w stanie (według autora) wykazać, które zółzy są gruźlicze, a które niegruźlicze.

4. Ponieważ płwocina suchotników zawiera lasiecznik gruzelkowy, przeto autor wnioskuje, że *suchoty są po większej części gruźlicą.* Niezaraźliwymi będą te formy, które właściwie nie są suchotami, ale formami przewlekłego zapalenia płuc.

5. Ostatnie twierdzenie, że *suchoty są chorobą zaraźliwą*, obecnie jeszcze nie może być w sposób stanowczy dowiedzioném.

H. Goldblum.

533. VULPIAN. **Leczenie gorączki durzycowej za pomocą kwasu salicylowego.** Odczyt miany na posiedzeniu akademii lekarskiej w Paryżu, 22-go sierpnia r. b. (*Journ. de théér.* 18 - 1882).

VULPIAN robił doświadczenia nad działaniem salicylanu bizmutowego w gorączce tyfusowej.

W kilku przypadkach salicylan bizmutu w ilości 12 grammów na dobę wywołał znaczne niżenie ciepłoty i polepszenie stanu ogólnego chorych; polepszenie to poprzedzane było przez poty mniej lub

więcej obfite. Ale najczęściej skutek nie był trwały, a w kilku przypadkach wystąpiła duszność lub krwotoki; w dawkach o połowę mniejszych, lek o którym mowa, nie wywołuje zasługujących na uwagę skutków.

Wpływ salicylanu bizmutowego na substancyje zawarte w jelitach był widoczny, albowiem u większości chorych wypróżnienia traciły prawie zupełnie woń, i prawdopodobna jest, że zarazek zmieszany z kałem został zniszczony przynajmniej w części. Na czas trwania i przebieg choroby środek ten nie wywierał szczególnego wpływu.

Ideałem w mowie będących doświadczeń byłaby tego rodzaju rezorbcycja środka przeciwnilnego zastosowanego podskórnice, przez płuca lub przez kanał pokarmowy, iżby po wessaniu i zmieszaniu się ze krwią środek ten zachował swe własności a nie sprowadzał niebezpieczeństwa.

Dotychczas nie posiadamy jeszcze środków pozwalających na osiągnięcie tego celu.

Kwas karbolowy nazbyt jest trujący aby mógł być użyty w większych dawkach. Kwas salicylowy, według spostrzeżeń autora nie skracał przebiegu choroby; w każdym razie dla powzięcia pewniejszych wniosków wypadałoby posiadać większą statystykę. Wyraża jednak autor zdanie, iż żaden środek tak stale—na pewien czas tylko wprawdzie—nie niża ciepłoty i nie polepsza stanu ogólnego.

LANCEREAUX na témże posiedzeniu zwrócił uwagę, iż lek pomieniony prawdopodobnie działa tylko antitermicznie t. j. nie wpływając na samą istotę gorączki, ale na ciepłotę. L. otrzymał podobne skutki stosując wanny letnie 28—30° oraz naparstnicę.

BOULEY przypuszcza, że środki niżające ciepłotę działają jak zimna woda w znakomitým doświadczeniu PASTEUR'A wykonaném na kurze i ustrój przedstawia

pod ich wpływem warunki mniej dogodne dla rozwoju mikrobów. J. P.

534. HENOCH. **Przyczynek do nauki o dyfteryi.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 40, 1882).

Choć już upłynęło 60 lat od czasu gdy BRETONNEAU pierwszy opisał dyfteryję, jednakże dotąd jeszcze lekarze rozmaicie się zapatrują na tę chorobę; i z tego powodu zachodzą częste nieporozumienia pod względem jęj rozpoznawania i leczenia. Co chwila jedni lekarze ogłaszają niezawodne środki specyficzne, gdy inni — na podstawie doświadczeń obalają takowe. Przecenianie to wartości środków terapeutycznych pochodzi najczęściej z mylnego rozpoznania. Nie mówiąc o zapaleniu gardła mieszkowém (*angina follicularis*), chorobą, która bywa najczęściej rozpoznawana jako dyfteryja, jest zapalenie gardła dławcowe (*angina crouposa*). Objawy tęj ostatniej na pierwszy rzut oka są bardzo zbliżone do objawów dyfteryi, i najdoświadczeńsi lekarze często się mylą w rozpoznawaniu, które jest bardzo ważnem ze względu na rokowanie, gdyż to ostatnie przy zapaleniu gardła dławcowém najczęściej bywa pomyślném, czego nie można powiedzieć o dyfteryi.

Przy zapaleniu gardła dławcowém często się tworzą ropnie, po przecięciu których nigdy rana nie pokrywa się wyśiękiem. Zapalenie dławcowe zazwyczaj rozpoczyna się silną gorączką, gdy przy dyfteryi gorączka rozwija się powoli.

Zmiany chorobowe ograniczają się najczęściej do migdałków i języczka, przy dyfteryi zaś rozszerzają się na podniebienie i gardziel.

Najważniejszy objaw rozpoznawczy stanowi rozszerzenie się zmian patologicznych na tylną jamę nosową, co zawsze prawie zdarza się przy dyfteryi, nigdy zaś przy zapaleniu dławcowém. Pojawienie się białka w moczu nie stanowi ważnego objawu rozpoznawczego, gdyż przy dyfteryi takowe nie zawsze się znajduje.

W razach bardzo wątpliwych rozstrzyga ostatecznie drobnowidz. Autor rozróżnia dyfteryję i zapalenie gardła dyfterytyczne przy płonicy, jako dwie zupełnie odrębne choroby zakaźne, i — aby uniknąć nieporozumień — radzi pierwszą nazwać inaczej, jak to już proponował SENATOR np. *Synanche contagiosa*.

Autor przytacza przypadki, gdzie choroby po szczęśliwém przebyciu płonicy ze zgorzeliną gardła (*Rachennecrose*), wkrótce umierali na dyfteryję, jako też przypadki płonicy z zgorzeliną gardła wkrótce po przebyciu dyfteryi.

Kończy zaś swoją pracę, cytując przypadki, dowodzące że bakteryje dwóch odrębnych chorób zakaźnych mogą się rozwijać w organizmie równocześnie.

C. Stiche.

### III. Choroby nerwowe i Psychiatryja.

535. RAYMOND i Ch. BRODEUR. **Przyczynek do nauki o obrażeniach mózgowych umiejscowionych in lobulo insulae.** Contribution à l'étude des lésions cérébrales localisées au lobule de l'insula. (*Révue de Médecine*. 7/82).

*Obs. I. Krwotok mózgowy umiejscowiony w istocie białej leżącej pomiędzy przedmurzem (l'avant-mur) i szarą istotą wysięki (insulae) prawej półkuli. Napad porażenia połowicznego lewego bez utraty przytomności, bez afazy, przykurczeń i znieczulenia.*

Kobieta 85-letnia, która dotychczas cieszyła się jak najlepszym zdrowiem, 19 stycznia r. b. w chwili kiedy miała położyć się w łóżko, dostała zawrotu głowy i upadła nie straciwszy jednak przytomności. Zbadana nazajutrz przez interna DUBIEF, który podał tę obserwacyję, przedstawiała następujące objawy: porażenie połowiczne lewe, kończyzna górna zupełnie sparaliżowana, dolna zaś wykonywała nader ograniczone ruchy, nie podtrzymując jednak ciężaru ciała; przykurczeń niema, jak również zboczenia rysów twarzy, ani zamknięcia powieki; mówi z łatwością,

położenie języka prawidłowe. Pewien stopień otrętwienia umysłowego, rodzaj śpiączki, przeszkadzającej szybkiemu odpowiadaniu na zadane pytania, czucie ogólne zmniejszone. Ograniczonych znieczuleń niema, lecz dopiero energiczne pobudzenie którejkolwiek okolicy ciała jest w stanie wywołać czucie i ból. Oddziaływanie mięśni na prąd elektryczny prawidłowe. Chora umarła 23-go stycznia nie okazawszy przed śmiercią żadnych nowych objawów. Badanie pośmiertne mózgu w części obwodowej nie wykryło nic nieprawidłowego; opona miękka oddziela się lekko od zawojów zupełnie normalnych; przecięcia pionowe po lewej stronie również nie wykazują nic nieprawidłowego, po prawej zaś trafiają na ognisko świeżego krwotoku wielkości orzecha laskowego, położone w zrazie wysepki (*in lobulo insulae*). Ognisko to zajmuje istotę białą, położoną pomiędzy przedmurzem i szarą istotą wyspy, z której pozostała tylko obwódka grubości około milimetra. Przedmurze nieco odsunięte na wewnątrz, ale zachowane w całości i oddzielone od ogniska cienką warstwą istoty białej. Zawoje środkowe również jak pozostała część prawej półkuli i rdzeń pacierzowy nie przedstawiały nic nieprawidłowego.

*Obs. II. Krwotok mózgowy umiejscowiony w białej i szarj istocie zrazu wyspy (lobulo-insulae) polączony ze zniszczeniem części przedmurza. Porażenie połowiczne lewe bez utraty przytomności, bez przykurczenia i znieczulenia (opis przez BRODEURA).*

Chory przybył do szpitala 24 lutego 1882 r. Pacjent lat 80 wieku liczący, w 1864 roku wstąpił do szpitala nieuleczalnych. W ogólności czuł się zawsze dobrze. Poprzedniego dnia używając zimnych natrysków na głowę, jak to zwykł był codziennie czynić, dostał zawrotu głowy i upadł, a gdy go podniesiono był ubezwładniony po stronie lewej i mówił

z trudnością. Przytomności nie stracił. Badanie wykazało: dewiacja rysów twarzy na prawo, spojenie warg podniesione do góry po tójże stronie. Ruchy języka swobodne, ale koniec tegoż skierowany na lewo. Lewa powieka górna pokrywa całą gałkę oczną; wzrok prawidłowy; porażenie kończyny górnej zupełnie jest niż dolnej, przykurczenia niema. Czucie po stronie porażonej osłabione; słuch, powonienie, smak—prawidłowe, drgawek i wymiotów niema. Oddziaływanie elektryczne prawidłowe. W moczu niema ani cukru, ani białka. Następných dni porażenie zwiększało się, polykanie stało się nader trudnym, a 27-go t.m. chory umarł. Badanie mózgu wykazało, że tętnice podstawy tegoż i ich główniejsze rozgałęzienia uległy zwyrodnieniu ateromatycznemu. Opony prawidłowe i nie zrosnięte z zawojami mózgowymi. Na całej powierzchni mózgu niema rozmiękczenia, ale rozdzielając wargi szpary SYLWIUSZA na prawej półkuli można spostrzedz, że zawoje zrazu wysepki są rozmiękczone, a przy naciskaniu wycieka z nich krew. Wykonywając cięcia przez środek zrazika natrafiamy na ognisko krwotoczne wielkości małego orzecha, które odsunęło przedmurze na wewnątrz; przedmurze w znacznej części zniszczone. Na zewnątrz ognisko zajmuje całą istotę białą i znaczną część grubości istoty szarj zawojów zrazu. Ognisko więc krwotoczne umiejscowione jest w białej i w większej części szarj istoty *lobuli insulae*. W innych miejscach nieprawidłowości nie wykryto.

*Obs. III. Rozmiękczenie mózgu umiejscowione w zawojach zrazu wysepki. Trzy napady porażenia połowicznego lewego. Śmierć (opis BRODEURA).*

71-letni chory wstąpił do szpitala 23 lutego r. b. Poprzednio pędził życie nieporządne. W r. 1878 dostał nagle porażenia lewej połowy ciała polączonego z trudnością w mówieniu, ale przy zach-

wanej przytomności. Mowę wkrótce odzyskał chory w zupełności, źle tylko władał lewą nogą. W 6 miesięcy potem nastąpił nowy napad porażenia z zakłóceniem mowy, w skutek czego pacjent wstąpił do zakładu nieuleczalnych. 23-go lutego wystąpił trzeci napad, którego następstwem było znowu porażenie lewej połowy ciała, kończyna górna zupełnie ubezwładniona, dolna w pewnym stopniu tylko. Dewiacja rysów twarzy na prawo; przykurczeń niema. Czucie zmniejszone w członkach porażonych; smak, słuch i powonienie prawidłowe. Oddziaływanie elektryczne zachowane. 25-go t. m. wieczór wystąpiła śpiączka, a 26-go chory umarł. Mózg błądy, niedokrwisty, jakby zbrzęknięty. Opona mięka oddziela się z łatwością od zawojów (zdrowych). Zwyródnienie ateromatyczne naczyń sześciokąta WILLISIUSZA. Oddalając od siebie wargi szpary SYLWIUSZA po stronie prawej, spostrzeżono zupełne rozmiękczenie zawojów zrazu wysepki. Rozmiękczenie to nie sięga na wewnątrz po za przedmurze i zajmuje zarówno białą jak szarą istotę zrazu.

Opisane spostrzeżenia przedstawiają typowy obraz zmian umiejscowionych *in lobulo insulae* (niezmiernie rzadkich). Zmianom tym nie towarzyszyło zwyródnienie następcze odnóg mózgowych i pęczków rdzenia. Rychła śmierć nie pozostawiła czasu na rozwój tych spraw. Fakt ten, tłómaczy brak przykurczeń po stronie porażonej. Bezwład dotyczył przeważnie kończyny górnej; czucie pozostało dość prawidłowem, a odruchy skórne i ścięgniaste nie wzmożone. Takie więc są objawy zmian umiejscowionych ściśle w zrazie wysepki. Chory opisany w obs. III, przedstawiał zaburzenia mowy, a jednak nie znaleziono w lewej półkuli widocznych zmian; tylko naczynia mózgowie były mocno ateromatyczne; może więc zaburzenie w krążeniu krwi spowodowało afazyję. Wczesną śmierć chorych objaśnia autor

raczej wykrytymi zaburzeniami w nerkach i płucach, niż zmianami w mózgu.

J. P.

536. Dr. De CÉRENVILLE. **Spostrzeżenia kliniczne nad użyciem wstrzykiwań podskórnych strychniny w niektórych cierpieniach układu nerwowego.** (*Revue méd. de la Suisse Romande* Nr. 6—7, 1882).

Pomimo wielkich postępów, jakie uczyniła w ostatnich latach nauka o chorobach nerwowych, działanie niektórych środków leczniczych pozostało, jak dotąd, mało jeszcze zbadanem. Między nimi istnieje jeden bardzo ważny, działający (według autora) w niektórych cierpieniach specyficznie niemal, którego wartość leczniczą wszakże nie została należycie ocenioną. Tym środkiem jest strychnina.

Zanim strychnina prawie w zupełności zaniechaną została, używano jej dawniej często przy rozlicznych porażeniach (TROUSSEAU, BRETONNEAU, TANQUEREL). Z nowszych klinicystów LEYDEN utrzymuje, iż strychninie należy się większa uwaga w leczeniu chorób nerwowych; ERB poczytuje ją za użyteczną głównie w porażeniach przewlekłych, stałych, bez objawów pobudzenia. NOTHNAGEL i ROSSBACH nie wierzą w jej skuteczność; w bezwładach pochodzenia mózgowego bywa ona raczej szkodliwą, tak samo w rdzeniowych, o ile takowe zależą od zmian anatomicznych. Jedyne bezwłady z zatrucia ołowiem pochodzące, stanowią niejaki wyjątek. NAGEL przypisuje strychninie wielki pożytek w leczeniu ślepoty samoistnej, niedoślepu i ślepoty urazowej i toksycznej, zaniku brodawki wzrokowej.

Autor stosował strychninę tylko w chorobach przewlekłych, ponieważ w chorobach rdzenia ostrych, w których zazwyczaj istnieje stan podrażnienia, mogłaby ona to podrażnienie jeszcze potęgować. Spostrzeżenia swe czynił w następujących cierpieniach: 1) Zanik mięśniowy obwodo-

wy, spowodowany zapaleniem nerwu; 2) Zapalenie rdzenia (*Myelitis*) ze stwardnieniem lub bez; 3) stwardnienia tylne; 4) bezwład pochodzenia mózgowego oraz rozmiękczenie mózgu.

1) *Zanik mięśniowy pochodzenia obwodowego*. W 14 przypadkach nastąpiło częściowe lub całkowite polepszenie. Ze strony nerwów *czuciowych* należy zawsze uwzględniać stopień bólu—samoistnego czy wywołanego uciskiem—jakoteż sposób jego rozprzestrzenienia się. Skoro podczas leczenia zaniku strychniną, powstaje newralgija ograniczona do pojedynczego pnia nerwowego, najczęściej kulszowego, nie należy natychmiast przerywać użycia strychniny, lecz dopiero po kilku dniach; gdy jednakże ból pozostaje lub się wzmacnia, może nastąpić pogorszenie. Przeciwnie, w razie bolesnego podrażnienia kilku na raz nerwów w różnych miejscach, np. kulszowego, sprychowego lub środkowego, usuwamy strychninę natychmiast, ponieważ mamy do czynienia z rozwijającym się zapaleniem ostrym nerwu. Po przejściu podrażnienia pod wpływem kąpieli, bromku potasu i zastrzykiwań morfiny, ponowne stosowanie strychniny bywa zupełnie skutecznym. Nerwy *odżywcze* dostarczają cennych wskazówek. Pod wpływem zapalenia tworzą się zniekształcenia stawowe, podobne do opisanych przez CHARCOT'A. Przeważnie ulegają cierpieniu stawy napiętkowo-palcowe, goleniostopowy, barkowy. Staw grubiej skutkiem rozrostu otaczającej tkanki włóknistej, staje się bolesnym, kończyna przybiera postawę na pół zgiętą. Po pewnym czasie następuje unieruchomienie kończyny (*ankylosis*). W takich razach strychnina bywa bardzo źle znoszona. To samo powiedzieć można i o innych zaburzeniach odżywczych, jako to wysypki skórne. Ze strony *mięśni* autor rzadko spostrzegał podrażnienie w postaci przykurczeń lub drgawek, co nakazuje zmniejszyć dawkę strychniny. *Nierówność źrenic* wskazuje, iż zwykły zanik przechodzi w zapalenie

nerwu z podrażnieniem i również zmusza do oględniejszego użycia strychniny.

2) *Zapalenie rdzenia w okresie ustalenia (stationnaire) lub powolnego pogorszenia*. Tu przytoczone są trzy przypadki, ostatni z porażeniem opuszkowym zanikowym. We wszystkich poprawa była widoczną.

3) *Stwardnienie pęczków tylnych; mimowolny odpływ moczu*. Z liczby 5 odnośnych przypadków, w dwóch po użyciu strychniny bóle błyskawiczne znacznie się wzmożyły, w dwóch innych prawie wcale ich nie było. Poprawa ruchów i koordynacji nastąpiła w dwóch przypadkach, w trzech pozostałych zaburzenia te nie uległy zmianie. Czynności pęcherza moczowego w trzech przypadkach wróciły do stanu prawie normalnego.

Można tedy postawić następujące wskazania: w stwardnieniach bardzo bolesnych strychnina jest przeciwwskazaną, nawet w razie istnienia mimowolnego odpływu moczu; w mało bolesnych należy stosować takową umiarkowanie; w niebolesnych wreszcie—strychnina oddaje znakomite usługi przy zaburzeniach ruchu i urywania. Zdanie więc NOTHNAGLA i ERBA, dla których strychnina jest bezwzględnie szkodliwą przy wjadzie rdzenia (*entschieden verwerflich*), jest błędnym.

4) *Porażenia mózgowie*. Autor w tym dziale przytoczył cztery przypadki. W jednym był bezwład kończyny górnej prawej po ataku apoplektycznym; w drugim rozmiękczenie mózgu, rozwijające się szybko, z częściowym bezwładem kończyn, zaburzeniami psychicznymi i zupełną niemotą; w obudwu nastąpiła poprawa. Dwa inne przypadki rozmiękczenia, bez względu na użycie strychniny, coraz się pogorszały.

W świeżym zapaleniu rdzenia u dzieci (*myélite infantile*) strychnina według autora znakomicie dopomagała leczeniu elektrycznością; toż samo w cierpieniu przewlekłym. Ruchy powracały, zanik zaś ustępował nader wyraźnie.

*Ogólne krzepiące działanie strychniny*



uwydatnia się w przypadkach osłabienia nerwowego, będącego następstwem chorób wycieńczających, osobliwie tyfusu i dyfterytu. Częstość po obniżeniu gorączki widzimy bardzo powolną rekonwalescencyję, przytępienie czynności mózgowych, nieprawidłowe krążenie i t. p.

Wystarczy wtedy kilka miligrammów strychniny, ażeby przeistoczyć cały obraz chorobowy i usunąć groźące powikłania. Poprawa uwydatnia się przez wzmocnienie siły mięśniowej, oddziaływanie żrenic, poprawę ogólnego odżywiania. Najusilniej zaleca autor wstrzykiwania strychniny w zaburzeniach układu nerwowego i mięśniowego kończyn w następstwie tyfusu (bezwład, zanik).

*Działanie strychniny na pęcherz moczowy* nie ulega żadnej wątpliwości, i to nie tylko w razie samoistnej inkontynencji, lecz również towarzyszącej niektórym cierpieniom rdzenia, najczęściej wjadowi. Autor przekonał się o tém dowodnie, zaprzestawszy bowiem wstrzykiwań strychniny, widział zawsze pogorszenie, z chwilą zaś ponownego użycia takowej wracała poprawa.

*Sposób przepisywania. Dawka.* Powszechnie obawiają się dwóch następstw po użyciu strychniny: otrucia oraz działania kumulacyjnego. Pierwsza obawa jest płonna, drugą poważniej brać należy. Autor sądzi jednak, iż działanie kumulacyjne występuje tylko przy wewnętrznym używaniu strychniny np. w pigułkach, wstrzykiwania natomiast mają być zupełnie nieszkodliwymi, ponieważ wchłanianie leku odbywa się natychmiastowo, a wraz z niem wydzielanie; można bez żadnej szkody dla ustroju dawać po  $\frac{1}{10}$  gr. pro dosi w przeciągu kilku tygodni. Jest to wszelako dawka maksymalna, zaczynać zaś radzi autor od  $\frac{1}{60}$  gr., podnosząc dawkę o tęż ilość co tydzień.

Nadmiar strychniny przejawia się u jednych nadwyzwyczajnym rozdrażnieniem, u innych lekkim szczękościskiem, uporczywym bólem głowy, drgawkami w koń-

czynach dolnych i karku, nakoniec uczuciem parcia w pęcherzu (*tenesmus*).

Autor w niektórych przypadkach robił bardzo liczne wstrzykiwania: w jednem przewlekłym zanikowem zapaleniu nerwu 315 razy, w zapaleniu rdzenia kręgowego 100, w wjadzie 117, rwie kulsowej 100 i t. d. Gdy iniekcye mają być liczniejszemi, wybierać potrzeba różne okolice ciała; w cierpieniach ograniczonych (zanik) w sąsiedztwie siedliska choroby.

P—i.

537. Dr. WAHL. **Tetanus hydrophobicus.** (*St.-Petersburger medicin. Wochenschrift. Nr. 39—1882*).

ROSE (w dziele PITHA-BILLROTH), mówiąc o rozpoznaniu wodowstrętu, przytacza przypadki tężca przy jednostronnem porażeniu nerwu twarzowego i kurczu mięśni połykowych, przedstawiające objawy bardzo zbliżone do wodowstrętu, i jako główną ich przyczynę uważa uraz (*trauma*) w okolicy nerwów mózgowych. W jednym z tych przypadków przyczyną choroby było uderzenie w okolice dolnego brzegu lewego oczodołu, w drugim—obrażenie prawej górnej szczęki; w obu zaś kurcz mięśni połykowych, zwiększona pobudliwość odruchowa i porażenie nerwu twarzowego stanowiły główne objawy chorobowe.

Autor przytacza historycję choroby zupełnie podobną do opisanych przez ROSE'GO: F. M. introligator, wieku lat 41, będąc pijany spadł ze schodów; w skutek czego nastąpiło obrażenie czoła nad prawym oczodołem i dość znaczna wybroczyna podskórna na prawym policzku. Po opisanym wypadku pacjent czuł się zupełnie dobrze, dopiero dziewiątego dnia wystąpił szczękościsk, porażenie nerwu twarzowego, zwiększenie pobudliwości odruchowej, zwłaszcza przy dotykaniu warg, i od czasu do czasu napady zaduszania. *Sensorium* nie zajęte, tętno—100, ciepłota normalna.

13-go dnia choroby wystąpił nagle napad asfiktyczny, tak że musiano wykonać

przecięcie tchawicy. Wprowadzenie sondy żołądkowej było połączone z wielkimi trudnościami z powodu szczękościsku, który występował przy każdym usiłowaniu dokonania tej czynności, a nawet przy dotykaniu warg.

14-go dnia choroby — głowa przechylona ku prawej stronie, źrenice zwężone nie oddziałują na światło, ciągły wpływ śliny, zresztą objawy też same co poprzednio.

16-go dnia pobudliwość odruchowa znacznie zwiększona, tak że przy najbliższym dotknięciu ciała występuje szczękościsk i kurcz przelyku, ten ostatni powstaje przy każdym usiłowaniu przełknięcia śliny lub wody, ciepota 37<sup>o</sup>,4, tętno nikle, przyspieszone. Objawy chorobowe nadzwyczaj przypominają wodowstręt.

18-go dnia chory umarł.

Sekcja wykazała: w miejscu urazu, kości nie uszkodzone, czaszka nie symetryczna, szwy skostniałe, w zatoce podłużnej liczne skrzepy, twardówka zgrubiała, naczyniówka przekrwiona, opona pajęcza miejscami zmętniała, prawa tętnica kręgową węższa od lewej, prawa połowa mostu VAROLA nieco mniejsza od lewej, natomiast piramida i ciało oliwkowate prawe szersze i pełniejsze od lewego, w komórkach bocznych mózgu kilka kropel płynu, mózg na przekroju suchy i zbity, usiany licznymi kapilarnymi wybroczynami krwi, szara substancja móżdżku ciemno zabarwiona.

Wyżej wymienione objawy chorobowe obserwowane za życia, przemawiały by za zmianami w okolicy czwartej komórki, lub też mostu, jak o tém świadczą doświadczenia FORGET'A, WERNICKE'GO, JOFFROY'A, NOTHNAGLA. W tym przypadku sekcja nie wykazała żadnych wybitniejszych zmian w mózgu; za życia nie obserwowano tężca mięśni karku i brzucha, zatem o tężcu urazowym niema mowy. Chorobę zatem obserwowaną uważać należy za tak zwany tężec wodowstrętowy (*tetanus hydrophobicus*).

W końcu autor zwraca uwagę na nadzwyczaj rzadkie zjawisko *tężca mięśni w obrębie porażonego nerwu twarzowego*.

C. Stiche.

538. A. SAUZE. **O wzmaganiu się ilości przypadków bezwładu ogólnego postępującego.** De l'accroissement du nombre des cas de folie paralytique et de ses causes. (*Annales Med. Psychol.* 1881).

Autor zastanawia się nad etiologią porażenia postępującego i przychodzi do wniosku, iż nadużycie napojów wysokowych stanowi pierwszą, najważniejszą przyczynę cierpienia. Częstość przypadków tej choroby w północnych krajach w porównaniu z południowymi przypisuje głównie większemu użyciu wysokości. Drugą przyczyną cierpienia jest nadmierna praca umysłowa, zwiększone wymagania życia, walka o byt, czyli jak się wyraża „gorączkowy“ tryb życia. Nadużycia płciowe oraz palenie tytoniu odgrywają już drugorzędną rolę; pierwsze zazwyczaj powodują cierpienia mlecza pacierzowego. Wyniki swjej pracy autor opiera głównie na porównawczej statystyce zakładów, północnych i południowych departamentów Francji i przychodzi do wniosków następujących: Wzmaganie się przypadków porażenia postępującego od lat kilku jest znacznem. Na południu (Francji i w innych krajach), gdzie choroba ta była rzadkością, dochodzi ona obecnie do tej samej cyfry co na północy. Głównymi przyczynami tego zjawiska są nadużycia napojów wysokowych i nadmierna czynność mózgowa, które w ostatnich czasach znacznie się wzmogły. Dowodem znaczenia wzmiankowanych przyczyn jest rzadkość tej choroby u kobiet, dzięki ich spokojnemu i regularnemu życiu; w rzadkich przypadkach dotyczących kobiet, działają też same przyczyny. Przeistoczenie obłąkania w bezwład postępujący jest cechą patologiczną obecnego wieku; w obec nieminiejszania się wspomnianych przyczyn przy współdziałaniu dziedziczności, oba-

wiać się należy ciągłego wzmagania się bezwładu postępującego.

*A. Rosenthal.*

#### IV. Chirurgija.

539. SONNENBURG (z Berlina). **O zastosowaniu ciągłych kąpeli przy leczeniu chorób chirurgicznych.** (*Odczyt na kongresie chirurg. niemieckich.*)

W Berlinie stosowano już od roku na klinice oraz w szpitalu starozakonnych ciągłe kąpiele przy chorobach chirurgicznych; kąpiele te zbliżone są do zalecanego przez LANGENBECK'A jeszcze w piątym dziesiątku b. w. ciągłego zanurzania rany. Odpowiednie urządzenie wykonane przez firmę BÖRNER i S. w Berlinie pozwala na utrzymanie usta wicznie, w dzień i w nocy—jednakowej ciepłoty, chory umieszcza się wygodnie i zabezpiecza od utonięcia. S. umieszczał w kąpeli oprócz pacjentów cierpiących na choroby skórne, odleżyny, oparzenia, przewlekłe ropienia, również świeżo operowanych, natychmiast po operacji. Najlepsze wyniki daje ten sposób po wycięciach odbytnicy i macicy, przy operacjach wykonywanych na jelitach, na pęcherzu moczowym, po odjęciu wielkich guzów miednicy. Pacjenci nie czują bólu, nie gorączkują, wydzielina rany odchodzi dobrze, sprawa gojenia nie pozostawia nic do życzenia. Przez rok leczono za pomocą ciągłych kąpeli około 40 chorych; pacjenci używali kąpeli nieprzerwanie w ciągu kilku dni do kilku miesięcy. Powikłań ran nie obserwowano.

HAGEDERN nadmienia, że od 17 już lat posiada w swym oddziale szpitalnym w Magdeburgu dwa bardzo wygodne urządzenia do ciągłych kąpeli, z których otrzymywał świetne skutki zwłaszcza przy rozległych oparzeniach, mianowicie tułowia. Nieznośne bóle znikają szybko pod wpływem tych kąpeli, które przytém wywierają wpływ nader uspakajający; wprawdzie w ciężkich przypadkach niepodo-

zna zapobiedz śmierci. Ciepłota wody wynosić powinna zawsze 30° R., w przeciwnym razie dokucza chorym uczucie zimna, i już przy 29° R. nie mogą często kroczyć wytrzymać. Poznawszy dobroczynny wpływ kąpeli (H. nazywa je „Wasserbett“) chorzy chętnie pozostają w niej całe tygodnie a nawet miesiące. Nie mniej zadawalniające rezultaty otrzymują się przy rozległych zapaleniach tkanki łącznej podskórnej, ciężkich zapaleniach szpiku kostnego, zgorzeli, przy obrażeniach jelit, po herniotomii, litotomii; w przypadkach takich nie obserwowano aniznacznej reakcyi ogólnej ani bólów; wszyscy operowani (16) wyzdrowieli.

SCHEDE (z Hamburga) otrzymywał jak najlepsze skutki, a w wielu wypadkach (w r. 1875) niewątpliwie uratował za pomocą tego środka życie pacjentów. S. nigdy nie stosował kąpeli natychmiast po operacji; ale dopiero gdy rozmaite środki przeciwgnilne nie wystarczały. Najczęściej stosował środek w mowie będący przy odleżynach, przy powikłanych ranach miednicy i uda, przy obfitej cuchnącej wydzielinie, przy ropnem zapaleniu około macicy u położnic. Niektórzy pacjenci pozostawali w kąpeli przez całe 10 miesięcy; jeden chory przebył w wannie pięć kwartałów bez przerwy (w dzień i w nocy). Kąpiel sama przez się posiada własności przeciwgnilne, które potęgują się dodaniem środków farmaceutycznych zwłaszcza siarczyków alkalicznych nieprzedstawiających niebezpieczeństwa w użyciu. Ciepłota wody wynosić powinna w ogólności 30° R.

BARDELEBEN przypomina, iż WEBER zalecał dodanie soli kuchennej do kąpeli, ziarnina wówczas mniej buja, sam zaś B. używa tymolu lub octanu alunu.

*J. P.*

540. HELFERICH (z Monachium). **O transplantacji mięśni u człowieka.** (*Ibidem.*)

Przypadek podany przez autora dotyczył guza umieszczonego w górnej połowie mięśnia dwugłowego prawej kończy-

ny górnej. Ponieważ szybki rozwój guza i zaburzenia w czynności ręki wymagały wycięcia nowotworu, a do tego potrzebnem było odjęcie górnej połowy pomiennego mięśnia w całej grubości, przeto postanowił H. przenieść odpowiedni kawał mięśnia wyciętego z psa, do czego upoważniały autora doświadczenia GLUCK'A. 16-go lutego 1882 wykonał autor odjęcie guza; z mięśnia pozostał mały pęczek grubości ołówka. Brak utworzony przez wycięcie został natychmiast zapełniony odpreparowanym już mięśniem psa (m. dwugłowym uda) nieco dłuższym i równiej grubości, który został przszyty przy górnym ścięgnię za pomocą 6, przy dolnym zaś za pomocą 30 szwów katgutowych.

Operację wykonano przy zachowaniu środków przeciwnilnych z wyjątkiem sprayu. Opatrunek LISTER'A. Gdy 10-go dnia zmieniano opatrunek, spostrzeżono że pęczek grubości  $\frac{1}{8}$  mięśnia uległ zgorzeli. Następny opatrunek miał miejsce znowu po upływie dni 10. Zagojenie nastąpiło w zupełności; po 4 tygodniach zastosowano elektryczność, a po trzech miesiącach funkcje odbywały się prawie w sposób normalny; m. dwugłowy kurczy się czynnie i zgina kończynę w łokciu. H. mniema jednak, iż kurczenie odbywa się tylko w zachowanej dolnej części mięśnia; kurczliwość jednak transplantowanego mięśnia objawia się przy pobudzeniu elektrycznością.

LANGE z New-Yorku wykonał podobną transplantację po wycięciu nerwika z przedramienia. Rana zagoiła się, ale przeniesiony mięsień nie pełni funkcji.

GLUCK stwierdził na drodze doświadczeń, że przeniesiony mięsień może być czynnym.

J. P.

541. DJAKONOW. **Opatrywanie ran naftaliną.** (*Wracz*, 39—1882).

W ostatnich czasach coraz częściej obserwowano przypadki szkodliwego wpływu jodoformu na ustrój. Dla tego SCHMID usiłował zastąpić środek ten kwasem sali-

cyowym (*Centrbl. für Chir.* 1882, str. 3), KOCHEN—azotanem bizmutowym (*Centr. f. Chir.* str. 235), a FISCHER zaproponował nowy środek przeciwnilny—naftalinę. Ponieważ opatrunki naftaliną bardzo łatwo dają się skutecznie, a przytém środek ten jest bardzo tani (funt kosztuje około  $\frac{1}{2}$  rubla, gdy takż ilość kwasu salicylowego—blisko 4, a jodoformu przeszło 8 rubli), przeto D. starał się przekonać o ile zastosowanie go do opatrunków zasługuje na poparcie.

Węglowodór ten, wzoru  $C_{10}H_8$ , przedstawia się w postaci białych, wielkich, połyskujących, rombów tabliczek, mających woń dziegciu, topi się przy  $80^{\circ} C.$ , a punkt wrzenia wynosi  $218^{\circ} C.$  Nie rozpuszcza się ani w wodzie, ani w alkaliach lub rozcieńczonych kwasach, ani w wydzielinach ran; łatwo zaś rozpuszcza się w eterze, ciepłym wysokoku, w stężonym kwasie siarczanym i rozmaitych olejach tłustych i eterycznych. Do wykrycia naftaliny wystarcza dystylacja płynu, i wówczas powstają opisane kryształki. Często środek w mowie będący bywa zanieczyszczony fenolami.

FISCHER wspomina o znakomitych własnościach przeciwnilnych naftaliny, zupełnie przytém dla organizmu nieszkodliwej; w Strasburgu używają jej dla dezynfekcyi sal szpitalnych, wychodków i t. p. Używa się też w postaci maści przy chorobach skórnych natury pasorzytniej, wrzeczce przy błonicy w postaci wzięwań.

ANSCHÜTZ z Królewca (*Centrbl. für Chir.* 1882. Nr. 32) podobnie jak FISCHER chwali i poleca opatrunek naftalinowy; powiada, że lek ten działa w wysokim stopniu przeciwnilnie a przytém sprzyja szybkiemu rozwojowi dobrej ziarniny. A. zwraca jednak uwagę że niekiedy przy opatrunku tego rodzaju wydzielina rany bywa z krwią zmieszana (z powodu jak mniema uszkodzenia delikatnej ziarniny ostremi kątami kryształków), a nadto naftalina wraz z wydzieliną ran tworzy sko-

rupe, pod którą nagromadza się ropa (FISCHER powiada że tego nigdy nie bywa).

D. wykonał 30 doświadczeń klinicznych, które odbywały się w sposób następujący: Przedewszystkiem zastosowywa się spray z kwasem karbolowym. Ręce chirurga pomocnika (po uprzedniem obmyciu mydłem) oraz narzędzia obmywają się 5% roztworem kwasu karbolowego. Cała rana pooperacyjna, lub wrzód starannie obmyte smarują się 8% roztworem chlorku cynku, poczem posypują się warstwą naftaliny i pokrywają watą naftalinową. To wszystko pokrywa się grubą warstwą waty hygroskopijnej, papierem woskowanym, i opatrunek umocowuje się za pomocą muślinowego bandaża (FISCHER przyrządza watę, gazę i t. p. według przepisu: *naphtalini* 1,0, *aeth sulf.* 4,0, *spir. vini* 12,0; w tém macza się wata).

Wpływ naftaliny na ziarninę obserwował autor w 10 przypadkach wrzodów (w tej liczbie 5 przewłocnych wrzodów goleni); wszystkie miały postać brudną, nie skłoną do zagojenia. We wszystkich tych wypadkach wrzody pod wpływem naftaliny szybko pokrywały się dobrą ziarniną i poczynąły się zablizniać. Podczas zabliznienia D. zastosowywał w dalszym ciągu opatrunek naftalinowy, zmieniając go codziennie lub co 5 dni.

Ran leczyl 20.

1) Rana w prawej okolicy skroniowej z oddarciem części muszli usznej. Wyzdrowienie po upływie dni 14. Opatrunek zmieniany 2 razy.

2) Rana cięta lewego pośladku, zagojenie *per primam* po upływie dni 10 przy jednej zmianie opatrunku.

3) Głęboka rana w okolicy ciemieniowej. Zagojenie w 3 dni bez zmiany opatrunku.

4) Wycięcie raka wargi dolnej. Wyzdrowienie w 24 dni. Zmian opatrunku 19.

5) Podobna operacja. Zagojenie po upływie 9 dni, zmian opatrunku 5.

6 i 7) Również wycięcie raka dolnej wargi. Zagojenie 4 i 5 dni.

19) Amputacja w środkowej części prawego uda. Wyzdrowienie w 18 dni. Zmian opatrunku 3; większa część rany zagoiła się *per primam*.

Inne operacje pomniejszych uwieńczone z stały równie pomyślnym skutkiem.

Przy użyciu naftaliny D. nie obserwował ani razu zatrucia ani podrażnienia w ranach. Wytwarzania strupów nie było, podobnie jak krwawienia ziarniny.

Autor otrzymywał równie pomyślne skutki w praktyce ambulatoryjnej zalecając naftalinę do posypywania lub smarowania (4 8 cz. na 30 cz. tłuszczu) ran i wrzodów.

J. Polak.

## V. Okulistyka.

542. ABADIE. Leczenie skurczu powiek forsownym masażem zwieracza. (*Gaz. des hôpitaux* Nr. 116).

Pierwszy wypadek zdarzył się u 45 let. kobiety, cierpiącej 10 lat na skurcz powieki. Autor uleczył tę chorobę forsownym masażem, po kilka minut trwającym: za pomocą dużego palca, włókna mięśniowe rozciągane były w kierunku promieniowym w okoła oka, resp. od szpary powiekowej ku obwodowi. Już po pierwszym posiedzeniu, trwającym 7 min., autor zauważył nazajutrz polepszenie. Masaż powtórzono; posiedzenie trwało 10 minut. Po 3-ch tygodniach kuracyi stwierdzono uleczenie: wszystkie powieki jednakowo swobodne miały ruchy;—lecz jak długo to trwało, niewiadomo. Drugi chory, 28-letni, cierpiący na jednostronny skurcz powiek, również szybko był uleczony masażem. Jednakże u jednej chorób, leczącej się na obustronny peryjodyczny skurcz powiek, masaż okazał się bezużytecznym. W końcu dr. A. proponuje zastosowanie masażu w celu leczenia t. z. *nocnego skurczu powiek*, który zwykle sam z czasem ustępuje a na razie bywa dość nieprzyjemnym, polega bowiem na niemożności

otwarcia powiek w ciągu kilku minut w nocy lub zrana, po przebudzeniu się.

W tém miejscu musimy zaznaczyć, że dr. PANAS próbował przy histerycznym skurczu powiek rozciągania nadoczołowego nerwu, jak o tém podaje „Semaine méd. 2 Mars. N. 9.“ *Dr. J. Talko.*

543. Dr. HODGES z Leicester. **Przygotowawcza irydektomija przed oper. zaćmy.** (*British med. Journal 2 Sept. 1882.*)

Autor powiada że szedł za radą CRITCHETTA i SNELLENA, którzy są zwolennikami „przygotowawczej“ irydektomii. Zdaniem ostatniego między irydektomiją i wydobyciem zaćmy powinna być pauza 6—8 tygodniowa. Dr. H. radzi trzymać się téj ostatniej, gdyż zdaniem PRIESTLEY SMITH'A najlepiej przystępować do wydobywania zaćmy kiedy już zniknie waskularyzacja w ranie tęczówki. Robiąc ekstrakcję w tym peryjodzie, zwykle unikniemy krwawienia z tęczówki, nic nam nie maskuje rozcięcia torebki i wydobywania soczewki. Przytém poprzedzająca irydektomija do pewnego stopnia oswaja chorych z operacją,—poddają się ekstrakcji nie z takim już strachem!

*Irydektomija*, jak dowiodły ostatnimi czasy doświadczenia, ma jeszcze i te zalety że *przyspiesza dojrzałość rozpoczętą już zaćmy*. Czy zależy to od zmiany miejsca elementów zawartych w torebce soczewkowej i przyspieszenia rozpadu obrzmiatych włókien, czy też od innych przyczyn, dość że jeśli po irydektomii pocierać i uciskać rogówkę kolankiem haczyka używanego do strabotomii (którego działanie udziela się i soczewce), to już po 6 dniach téj manipulacji zauważymy: źrenica która dotąd przeświecała, wcale już nie prześwieca. Po 6—8 tygodniach katarakta staje się dojrzałą, resp. zamiętnienie zajmuje wszystkie części soczewki. Stwierdził to na 150 chorych dr. FOERSTER, który miał r. z. o tym przedmiocie odczyt w towarz. niem. oftalmologów w Heidelbergu. Trzeba tylko pamiętać że słaby ucisk rogówki mało tu pomaga,

mocnym zaś można rozerwać *zonulami* zwichnąć soczewkę kudołowi i w tył, czego się boi ARLT, a czego jednak nieobserwował FOERSTER. SAMELSOHN stwierdza także fakt szybkiego dojrzewania zaćmy po irydektomii, mniema jednak że zamiętnienie soczewki tém prędzej i zupełniej następuje im dłużej bywa odkrytą przednią komórką: główną bowiem tu rolę odgrywa prąd płynów soczewki i zależny od tego proces odżywiania jej elementów.

*Przyp. spraw.* U pewnego kozaka w Ujazd szp. mieliśmy do czynienia z częstkową traum. zaćmą. Zrobiłem ku gorze szeroką irydektomiję, i natychmiast zastosowałem na gałkę masaż za pomocą palca. Manipulacja ta powtarzana była codziennie przez pewien czas przez kol. PRZYBYLSKIEGO i po 6 tygodniach stwierdziliśmy wraz z dr. WOLFRINGIEM zaćmienie całkowite soczewki. Ekstrakcję uskuteczniłem bardzo łatwo (modo Graefe): masa soczewkowa była średnio rozmiękczona i cokolwiek zmniejszona w swęj ilości; rana w białkównce szybko się zablizniła, źrenica czarna ze śladami torebkowego zamiętnienia, widzialnego przy bokowym oświetleniu.

W najtrudniejszym położeniu był do téj pory okulista, mający do czynienia z rozpoczynającą się zaćmą. Zwykle radzimy choremu czekać miesiące i lata aż katarakta dojrzeje. Są ludzie którzy z całą ochotą stają się konserwatystami, pielęgnującemi, postępowy rozwój swęj ślepoty. Inni jednak chcą przerwać chorobę (wszelkie w tym celu rady lekarskie; maście, użycie fosforu, elektryzowanie i t. p. uznają za błędy!), są jednak i tacy którym idzie o przyspieszenie dojrzewania katarakty w celu prędkiego pozbycia się jej. Obowiązkiem okulisty w takich razach zalecić pacjentowi poddanie się irydektomii która przygotuje ekstrakcję po 2-ch miesiącach. Ze swęj strony do irydektomii polecamy dodać masaż g. ocznej. *Dr. J. Talko.*

## VI. Dentystyka.

544. Dr. Fr. KOBYLIŃSKI. **Szkodliwy wpływ zgrzytania i szczękościsku na zęby. Zarządzenie złemu na drodze mechanicznej.** (*Gazeta Lek. 1882. Nr. 16.*)

Za przyczynę zgrzytania lub szczękościsku możemy uważać albo podrażnienie obwodowych zakończeń nerwów czuciowych, lub też zmiany patologiczne sa-

mych ośrodków nerwowych, z których pobudzenie przenosi się na nerwy ruchu. Szczękościsk lub zgrzytanie zębami zawsze szkodliwie wpływa na zęby, raz wywołując tylko nieznaczne zniszczenia za pomocą zaledwie szkieleł powiększających widzialne, to znowu zniszczenia obszerne, stopień których zależnym jest od siły z jaką tarcie lub nacisk szeregów zębowych się odbywał i od trwałości substancji zębowej. W znacznej liczbie przypadków wypaczenia szeregów zębowych, tylko zgrzytanie możemy przyjąć jako przyczynę, osobliwie u osób młodych, u których zębodoły są jeszcze podatne. Zwłaszcza podczas wyrzynania się zębów stałych, zgrzytanie wpływa bardzo szkodliwie na wytworzenie się estetycznego szeregu zębowego a nawet i kształtu szczęk. Obrażenia szkliva zębowego, a więc i jeszcze głębszych warstw zęba, dają sprzyjające pole dla rozwinięcia się karyjetycznego procesu. Ozębna ulegając zbyt silnemu naciskowi podczas zgrzytania, podlega przekrwieniom i w takich razach bolesność i obrzęk dziąseł rozprzestrzeniać się zwykły na większą ilość zębów, co jest właśnie charakterystycznym przy *periodontitis* wywołaną przez zgrzytanie. Miazdra zębowa ulega również przekrwieniom, a bóle ztąd powstałe albo bywają przelotne, albo występują w postaci długotrwałej rwy szczękowej. Plomby u osób podlegających zgrzytaniu ulegają zniszczeniom, osobliwie plomby amalgamowe. Najlepiej stosunkowo trzymają się w takich razach plomby ze złota, jako metalu podatnego przy nacisku. Aparaty zębów sztucznych ulegają podczas zgrzytania zniszczeniom w różnym stopniu i wywierają swą obecnością szkodliwy wpływ na pozostałe zęby naturalne, wywołując w nich przekrwienie, odklejając dziąsła od szyjek zębowych, lub też druzgocząc substancję zębową. Aby uchronić w razach zgrzytania zęby od zniszczenia, najlepiej jest zalecić nakładanie na noc lub w razie przewidywanego szczękościsku (oso-

bliwie podczas epilepsji) kapsli kauczukowych wyrobionych podług odcisków zdjętych ze szczęk. Nakładki takie (kapsle) posiadają od strony gryzącej zębów, płaską powierzchnię, po której mogą się posuwać zęby przeciwległe, lub też nakłada się na te zęby druga podobna do pierwszej nakładka. Tam gdzie zgrzytanie odbywa się z wielką siłą, korzystnym jest wyłożyć wewnątrz nakładki cienką warstwę miękkiej gutaperki. Nakładki przylegając szczelnie do zębów gładką powierzchnią, nie mogą niszczyć nierównie twarszego od kauczuku szkliva. Plomby u ludzi ulegających zgrzytaniu należy nakładać tak, aby te przy zwartych szczękach nie dotykały przeciwległych zębów. Zębów sztyftowych u takich ludzi bezwarunkowo wstawiać się nie powinno, gdyż te mogłyby wywołać ostre zapalenie ozębnej, a a nadto w razie wytamania i dostania się do dróg oddechowych, mogłyby być przyczyną groźnych następstw. Aparat z zębami sztucznymi powinien być z ust na noc wyjmowanym u ludzi podlegających zgrzytaniu, a u epileptyków przed napadem, jeśli takowy może być przewidzianym. Oprócz tego dla epileptyków należy przygotowywać aparaty trwale w ustach zasadać się dające i których wytrzymałość przez założenie odpowiednich płyt metalowych jest znaczną, a to na wypadek nieprzewidzianego napadu, podczas którego nietrwały aparat mógłby być zdruzgotanym i wywołać niebezpieczne następstwa wpadłszy w drogi pokarmowe lub oddechowe.

*Kobyliński.*

545. G. NIEMEYER. **Ząb ukryty w zębodole u człowieka w podeszłych latach.** (*Viertj. f. Zahnk.* 1882. II Hefst).

U dentysty NIEMEYERA zasięgnął porady jeden z jego kolegów, mający od 15-tu lat wstawione sztuczne zęby, zastępujące mu brak wszystkich naturalnych w szczęce górnej, oprócz jednego trzonowego wielkiego. Wszystkie korzenie w szczęce górnej były już dawniej usunięte.

Pacjent wskazywał na fałdę błony śluzowej w okolicy zębasiekacza zewnętrznego strony prawej jako źródło, z którego wydzielala się od pewnego czasu ropa. Obrzęku w tém miejscu nie było żadnego, a zgłębnikiem można było dojść do twardego chropowatego miejsca. N. sądząc, że ma do czynienia w tym wypadku z częściowém próchnieniem wyrostka zębodołowego, rozszerzył otwór przetoki, miejsce chropowate wygładził i zalecił stosować na ranę kwas karbolowy. Chociaż po tym rękoczynie ropa nie pokazywała się—jednak po pewnym przeciągu czasu zaczęła się wydzielać i mimo powtórzenia téjże co i poprzednio manipulacyi—po 18 miesiącach zauważono zgrubienie okostnej i ból, który nie zmniejszył się po wypitowaniu w tém miejscu uciskającej protezy zębowej. Po pewnym czasie, ponieważ ropa obficie wydzielać się poczęła, przystąpiono do ponownego badania zgłębnikiem i natrafiono na leżącą w zębodole koronę zębową. Usunięty ząb przedstawiał anatomiczną budowę zęba kłowego zupełnie normalnie rozwiniętego, z obumarłą miazdzą zębową i zdrową dentiną, a tylko na krańcu korony można było dostrzedz rozwijający się proces karietyczny z nieznaną chropowatością pochodzącą prawdopodobnie od działania świdra. Po usunięciu zęba pokazała się przetoka sięgająca do prawego nozdrza, która jednak szybko się zagoiła. W wypadku tym sądząc po wieku pacjenta, ząb w zupełności wykształcony był co najmniej lat 50 ukrytym po nad zębem siekaczem zewnętrznym, nie dając się rozpoznać ani przez wypukłość wyrostka zębodołowego, (co zwykle bywa po usunięciu zęba nad którym się ukrywa ząb zatrzymany na swój normalnej drodze wyrzynania się na zewnątrz), ani żadnym bólem od czasu do czasu występującym. [Przyczyna tych nienormalnych objawów przy ukrytym w zębodole zębie—leżała prawdopodobnie w zbyt wysokiem położeniu zęba w kości szczękowej, o czém

świadczyć może poniekąd przetoka wiódąca do jamy nosowej. Ref.].

*Kobyliński.*

546. Dr. SCHEFF. **Chinolina jako antisepticum w dentystyce.** (*Viertj. Zahnheilk.* 1882. III Heft).

SCHEFF powołuje się na doświadczenia DONATH'A, według których chinolina posiada w daleko wyższym stopniu antyseptyczne własności, aniżeli kwas karbolowy, salicyl i *kali hypermanganicum*.

Chinolina jest częścią składową smoły z węgla kamiennego, z której przez RUNGE'GO w 1834 r. została wydzieloną pod nazwą leukolinu. W 8 lat potem GERHARDT otrzymał podobny produkt przez destylacyję chininy, cinchoniny i innych stałych alkaloidów i nazwał chinoliną (*quinoleine*). Identyczność chinoliny z leukoliną udowodnił HOFMANN. W ostatnich czasach SKRAAP wykazał, że chinolinę można otrzymać drogą syntezy przez ogrzewanie aniliny albo nitrobenzolu z gliceryną w obecności ciał pochłaniających wodę.

Chinolina jest ciałem oleistém silnie łamiącym światło, właściwego zapachu, świeżo przygotowana jest bezbarwna, na świetle ciemnieje nie tracąc swych własności chemicznych. W wodzie się nie rozpuszcza lecz w alkoholu, chloroformie, benzynie; z kwasami tworzy płynne trudno krystalizujące sole, tylko *chinolinum tannicum* tworzy jedwabiste kryształy.

Doświadczenia przeprowadzone przez DONATH'A na królikach wykazały, że środek ten energicznie obniża ciepłotę ciała, zmniejszając zarazem częstość oddechu.

Mocz zmieszany z chinoliną (na 100 kub. cm. moczu, 0,20 grm. chinoliny), po 56 dniach pozostawania w ciepłym miejscu, przedstawiał się przezroczyście - żółty, silnie kwaśno oddziaływający, dawał zapach chinoliny i ani śladu gnicia nie okazywał.

DONATH wykazuje, że kiedy *natrum salicylicum* w 250 razowém rozcieńczeniu, karbol, chininą w 200 razowém, *acid. boricum* i *cuprum sulphuricum* w 133, a alko-



hol w 50, to sole chinoliny w 500 razów w rozcieńczeniu powstrzymują gnicie moczu. Wniosek z tego: że chinolina jest silną trucizną na bakteryje. Dalsze doświadczenia z chinoliną DONATH przeprowadzał dodając ją do kleju zwierzęcego, do cukru gronowego, krwi i mleka, — rezultatem było wykazanie, że chinolina powstrzymuje fermentację kleju, moczu, kwasu mlecznego i t. p. w 0,2 procentowym rozcieńczeniu. W 0,4% rozcieńczeniu powstrzymuje gnicie krwi w zupełności i opóźnia gnicie mleka w znacznym stopniu. W 1% rozcieńczeniu niszczy możliwość ścinania się krwi. Na mocy tych danych widzimy, że chinolina ma własności antyseptyczne, antyzymotyczne i antipyretyczne.

SCHEFF porównując chinolinę z karbolem, zwraca uwagę, że pierwsza obok energicznego antyseptycznego działania nie posiada tak nieprzyjemnego zapachu i nie jest żrącą (kaustyczną) jak karbol, co przy rękoczynach w jamie ustnej należy brać w rachunek i że obok działania leczniczego, właściwego także karbolowi, przy traktowaniu *pulpitis chronica et gangraenosa*, posiada jeszcze własności ściągające przy chronicznych i ostrych zapaleniach dziąseł. Osobliwie okazuje się energicznie działającą przy chronicznych zapaleniach dziąseł, połączonych z odklejaniem się tych ostatnich od szyjek zębowych i ich przerostem. Po krótkim stosowaniu w tych wypadkach, znika obłuznienie, dziąsła się wzmacniają i przyjmują normalny wygląd, jeżeli tylko nie stoi temu na przeszkodzie osad zębowy lub inne głębiej leżące przeszkody (zanik wyrostka zębodołowego przy *pyorrhoea alveolaris*).

Jako *antisepticum* stosuje S. *chinolinum purum*, a jako *adstringens*: *chinolinum tartaricum* w postaci płukań z alkoholem i innymi środkami przyjemnymi w smaku.

Przy *pulpitis chronica et gangraenosa* postępuje w następujący sposób: za pomocą świdra nożnego wydrąża kanał miazdrowy korzenia zębowego, a usunąwszy

resztki zniszczonej miazdry, przestrzykuje go ciepłą wodą a następnie wprowadza za pomocą odpowiedniego zgłębnika resp. ekskawatora *chinolinum purum* na kawałku waty. Pozostałą przestrzeń kanału wypełnia watą z mastyksem. Po 24-ch godzinach wyjmuje wszystko i przekonywa się, czy wata z chinoliną nie posiada gnijącego zapachu, a w takim razie powtarza nałożenie chinoliny. Zwykle wystarcza dwu albo trzykrotne nałożenie chinoliny, aby powstrzymać rozkład resztek miazdry. Kiedy wyjęta z kanału zębowego wata z chinoliną, daje zapach tej ostatniej, to kuracyja jest ukończoną i można przystąpić do nałożenia prowizorycznej plombi. Jeżeli po jej nałożeniu w przeciągu kilku dni nie pokazuje się żadna reakcyja zapalna ze strony ozębnój, to można już w takim razie bezpiecznie przystąpić do wstawienia stałej plombi. Przy podrażnieniu zaś ozębnój, należy zastosować na okolicę odpowiedniego dziąsła *Tinct. Jodii*, co wpływa znacznie na powstrzymanie rozwijającego się zapalenia ozębnój — a jeżeli i to nie pomoże, w takim razie należy wyjąć prowizoryczną plombę i powtórzyć manipulacyję z chinoliną.

S. podaje 19 wypadków traktowania *pulpitis chronica* metodą wyżej podaną i wszystkie z pomyślnym skutkiem. Przypuszcza również że środek ten i przy *pulpitis acuta* okaże się skutecznym.

Kobyliński.

547. Dr. ARKÖVY (Buda-Pest). **Doświadczenia nad zniszczeniem (devitalisatio) miazdry zębowej.** (*Internationaler-Medizinischer Congress in London 1881*).

ARKÖVY uskutečnił swe doświadczenia na psach stosując na miazdrę zębową bezwodnik arsenu (*acidum arsenicosum*) i pepsynę.

Przy stosowaniu arsenu na miazdrę, powstaje w niej stan przekrwienia, natężenie którego, jest zależne od ilości stosowanego środka. Naczynia krwionośne rozszerzają się w trójnasób i nastę-

pują wynacznienia, zapewne skutkiem zatoru naczyń włoskowatych, wywołanego szybką rezorbcyją stosowanego środka. Arsenik nie ścina się w tkankach—z krążkami krwi tworzy arseno-hemoglobin i ta przemiana jest widoczną po rozlaném żółtém zabarwieniu całej miazdzy i odbarwieniu krwi w otaczających naczyniach. Prawie we wszystkich wypadkach można odnaleźć cząsteczki arseniku w postaci ziarn w naczyniach krwionośnych. Tam gdzie była użyta znaczniejsza ilość arseniku, zawsze można zauważyć ziarnisty rozpad zawartości naczyń i ich marskość. Tkanka łączna i odontoblasty miazdzy nie ulegają żadnym znaczniejszym zmianom, gdyż tylko komórki tkanki łącznej w czwórnasób się powiększają. Arsenik działa specyficznie na elementy nerwowe miazdzy. Na neurilemie widoczném jest tylko powiększenie jąderka, ale myelin podlega ziarnistemu rozpadowi—zaś cylinder osiowy po części zanika, po części nabrzęka węzłowato i to wszystko odbywa się w pośród otaczającej niezmienionej tkanki łącznej i odontoblastów.

Przy makroskopiczném badaniu możemy zauważyć brunatno czerwone zabarwienie miazdzy, a kiedy arseniku w znacznej ilości użyto, barwa ta rozprzestrzenia się na graniczące z miazdrą części dentyny i cementu. Stopień zajęcia dentyny jest proporcjonalny do zmian jakim miazdra uległa, co z drugiej strony jest zależne od ilości stosowanego środka i od czasu, przez jaki środek ten był w styczności z miazdrą. Arsenik stosowany w otwór zęba wtedy, kiedy miazdra zębowa jest jeszcze przykryta cienką warstwą dentyny, nie wywiera na miazdrę działania. Na dentinę nie wywiera znacniejszego wpływu, chociaż bowiem włókna dentyny grubieją, jeżeli arsenik długo działał, to jednak substancycja twarda nie ulega żadnym zmianom.

Pepsyna stosowana na miazdrę nawet w bardzo małej ilości (0,001 grm) wywo-

luje już ścinanie się białka i wytwarza skrzep ograniczony. Przy użyciu większej dawki powstaje przekrwienie rozprzestrzeniające się na całą część miazdzy odpowiadającej koronie—poniżej tego miejsca miazdra przedstawia się brunatną i wytwarza się linija demarkacyjna, po za którą miazdra pozostaje niezmienioną. Przy użyciu większej ilości (0,005) cała miazdra może być zniszczoną. Ciątka krwi przyjmują barwę silnie czerwoną, skutkiem pochłaniania przez pepsynę części wodnistych krwi. Wypadki zapalenia ozębnej przy użyciu pepsyny można tylko przypisać spotęgowanemu pobocznemu krążeniu, trudno bowiem przypuszczać, aby niszczące działanie pepsyny mogło przejść na ozębnę przez *foramen alveolare* wierzchołka korzenia. Dawki 0,004—0,005 wywołują już znaczne zmiany w naczyniach krwionośnych, te stają się bowiem pustymi i ulegają tłuszczowemu zwyrodnieniu tak jak i nerwy. Twarde substancyje zęba, nawet po kilkodniowém działaniu pepsyny zostają nietknięte—włókna jednak w takim razie zapewne zanikają.

*Kobyliński.*

548. MILLER. Wpływ mikroorganizmów na próchnienie (caries) zębów (*Archiv f. exp. Pathol. und Pharmacol Bd XVI Heft. XII*).

Autor przytacza spostrzeżenia LEBER'A i ROTTENSTEJN'A według których główną przyczyną próchnienia zębów są elementy włoskowca policzkowego (*leptotrix buccalis*) drążące w kanaliki zębowe, rezultatem czego jest rozszerzenie tych kanalików, przez co kwasy mogą swobodnie działać na substancyje zębowa i niszczyć ją. CLARC znajdował bakteryje w kształcie litery U w zębach karyjetycznych, a KLUBBS wykrywał oprócz włoskowców i nitkowców (*spirochaete*): *penicillium microsporium*, *leptotrix pusilla* i inne jeszcze grzybki.

Nie bacząc na różne poglądy etiologiczne o powstawaniu karyjetycznego procesu zębów, dzisiaj ogólnie zgadzają się prawie wszyscy, że pierwszym początkiem

powstawania *caries*—jest odwapnienie zęba pochodzące skutkiem działania kwasów obecnych w jamie ustnej. Wiadomym jest, że w jamie ustnej znajdujemy kwas mleczny przy: artrytyzmie, reumatyzmie, zimnicy, chorobie cnkrowej i *gastroenteritis*; kwas octowy przy: pleśniawkach, zolzach, skorbucie i t. p.; kwas solny przy dyspepsyjach; inne zaś kwasy są wprowadzane do jamy ustnej wraz z pokarmami lub w postaci lekarstw. Wszystkie, nawet w silnym rozcieńczeniu posiadają własność odwapniania substancji zębowej, najenergiczniej zaś działają kwasy wytworzone przez fermentację w jamie ustnej, jak kwas mleczny i octowy.

Bardzo szybko, bo w kilka godzin wytwarzają się kwasy, jeżeli pozostawimy w ciepłocie, odpowiadającej ciepłocie ciała, mieszaninę cząstek pokarmów (osobliwie chleba) ze śliną. Toż samo odbywa się i w jamie ustnej, kiedy resztki pokarmów pozostają w szparach między zębami, lub w istniejących już otworach karyjetycznych. Dla tego też można zawsze wykazać kwaśne oddziaływanie zawartości jam karyjetycznych, nie bacząc na obojętne lub alkaliczne oddziaływanie śliny.

Kiedy szkliwo zębowe, posiadające tylko 3% substancji organicznej, zostanie odwapnione, to szybko doszczętnie niszczeje; z zębiny zaś, posiadającej 23% części organicznych, po odwapnieniu pozostaje jeszcze chrząstkowata masa, złożona z błonek okrywających kanaliki zębowe i z ich zawartości.

Rzadko kiedy w odwapnionej zębiny odkładają się sole wapienne i ząb jeszcze na długo zostaje uratowanym, zwykle zaś w rozmiękczonej zębiny zagnieżdżają się mikrokokki i inne grzybki niszczące włókna kanalików zębowych i powodujące gnicie. Obecność mikrokokków i w odwapnionym zębie może być łatwo sprawdzoną za pomocą drobnowidzowego badania, przy 600 razowym powiększeniu; używać jednak potrzeba ku temu prepa-

ratów ze świeżo wyjętego karyjetycznego zęba. Trzymając nawet ząb w kwasie karbolowym przez godzinę, w głębszych warstwach miejsca karyjetycznego możemy dostrzedz pod drobnowidzem całe masy żwawo poruszających się bakterij.

Przeprowadzone przez M. liczne drobnowidzowe badania, przy pomocy różnych barwników (roztwór alkoholowy magdali, fuksyny, methylenblau), doprowadziły go do następujących wyników:

1) Pierwszy okres procesu karyjetycznego, a mianowicie odwapnienie substancji zębowej, zależy w przeważnej części od kwasów wytworzonych przez fermentację w jamie ustnej.

2) Szkliwo zęba przez odwapnienie zupełnie zanika, z zębiny jednak pozostaje dziurkowata masa, kryjąca w sobie wielką ilość grzybków, laseczników, włoskowców policzkowych, mikrokokków i t. p.

3) Nici włoskowców spotkać można tylko na powierzchni zewnętrznej, albo też w warstwach uległych silnemu rozpadowi i nici te zdają się nie mieć własności drażenia w głąb. Laseczniki wnikają głębiej, nawet w najbardziej włoskowate odnogi kanalików zębowych; mikrokokki zaś najgłębiej.

4) W niektórych kanalikach zębowych często spostrzegamy formy przejściowe grzybków: z pałeczek długich w krótkie i z krótkich w mikrokokki.

5) Mikrokokki i laseczniki powodują zmiany patologiczne w warstwach jeszcze zdrowych, zatykają w nich kanaliki i niszczą włókienka, odejmując tym sposobem soki odżywcze warstwom zewnętrznym, skutkiem czego te ostatnie obumierają i przechodzą w stan gnicia.

6) Wdrażanie się grzybków poprzedzone jest zawsze działaniem kwasów.

7) Grzybki nie są w stanie trwałej substancji zębowej odwapnić lub przedziurawić, co zdaje się wykluczać możliwość zarażenia zęba zupełnie zdrowego przez ząb karyjetyczny.

8) Pierwszy okres procesu karyjetycz-

nego jest sprawą chemiczną (odwapnienie), drugi: patologiczną (obumarcie tkanki przez zniszczenie włókienek zębiny), trzeci jest sprawą gnicia (rozpadanie obumarłej tkanki). Pierwszy i trzeci okres można wywołać sztucznie na zębie usuniętym z ust.

9) Udział grzybków odrostkowych (*Sprosspilze*) w procesie karyjetycznym kilkakrotnie zauważono.

Udział grzybków przy próchnieniu zębów resp. przy ich odwapnieniu może być stwierdzonym również tym faktem: że jeżeli po oczyszczeniu i odpowiedniej dezynfekcyi otworu zębowego, założymy plombę szczelnie przystającą do ścianek otworu, tak, aby ślina nie mogła się wewnątrz dostawać, to ząb w tym miejscu dalej się nie psuje — w przeciwnym zaś razie próchnienie mimo plomby postępuje naprzód.

Dla stwierdzenia że w nieodwapnionym zębie nie mogą się rozwijać grzybki, M. pozostawił w ciągu 4 miesięcy skrawki z twardej nieodwapnionej zębiny — wraz z zębiną karjetyczną, przy sprzyjających warunkach ciepła i wilgoci. Mimo takiego czasu nie dostrzeżono na żadnym preparacie ze zdrowej zębiny — drażenia grzybków.

Co się tyczy grzybków odrostkowych (*Sprosspilze*) M. przy obecności ich w jamie ustnej znajdował kwaśne oddziaływanie przyległych tkanek i utrzymuje, że grzybki odrostkowe mają własność wytwarzania kwasu, a tym sposobem są w stanie zagnieździć się w najtwardszej substancji zęba, co stwierdził na kilkunastu preparatach. Zauważył zarazem, że grzybki te wnikają w substancję zęba nie w kierunku kanalików zębowych lecz pod kątem 0—90°.

Ażeby zaś wykazać że inne grzybki nie przyczyniają się do odwapnienia, M. skutecznie różne doświadczenia np. kawałki zupełnie zdrowych zębów wkładał we flaszeczki napełnione wodą destylowaną i dodawał różne grzybki (*leptotrix*,

*bacillus*, *mikrokokki*). Flaszeczki w ten sposób napełnione pozostawione były w ciepłocie ciała ludzkiego przez przeciąg 4 miesięcy. M. obserwując przez ten czas, zauważył, że ilość grzybków coraz się zmniejszała, a w końcu 4-go miesiąca zaledwie małą ilość *mikrokokków* można było wykazać. Zawartość flaszeczek nie oddziaływała kwaśno. Badanie drobnowidzowe nie wykazało odwapnienia na żadnym kawałku zęba pozostającego 4 miesiące w zetknięciu z różnemi grzybkami. I inne modyfikacje w doświadczeniach czynionych w tym kierunku, do tychże rezultatów doprowadziły.

Na dowód że włoskowiec policzkowy (*leptotrix buccalis*) nie powoduje karjetycznego psucia się zębów, M. przytacza powszechnie znany fakt: spotkać można często zęby pokryte grubą warstwą osadu kamieniem zwanego, w którym się mieszczą całe masy włoskowców, a mimo to na zębach po zdjęciu osadu nie spotykamy karjetycznych zniszczeń, chociażby osad wywołał odwarstwienie się dziąseł i zanik wyrostka zębodołowego.

*Kobyliński.*

## Wskazówki bibliograficzne.

**Anatomija, fizyologija, embryologija, anat. patol.**

*Physiologie des muscles et des nerfs*, par CHARLES RICHEL. Paris. 1882. Librairie Germer-Baillière.

Dzieło to złożone jest z szeregu (24) odczytów mianych przez autora w wydziale lekarskim i obejmuje przeważnie poszukiwania samego autora. Znajduje się tam nauka o skurczach mięśniowych, o tężcu, o pracy i sile mięśniowej, o pobudzalności, składzie i własnościach chemicznych, o sztywności postmiertnej, o własnościach elektrycznych i t. d.

MICHALOFF. *Contribution à l'étude de l'enchondrome avec métastases*. Thèse de Genève. 1882.

Doświadczenia wykonane w pracowni patologiczno-anatomicznej genewskiej, pod kierunkiem prof. ZAHN'A.

TORANECKIJ. *Anatomja i istorja razwitja ciklopii u czelowieka s primieczaniami o razwitji prostych urodow woobszce*. Petersburg. 1882.

TARANECKIJ. *Kranjometriczeskija prawita i nabludienja*, obejmują badania czaszek tekiniów, papuasów i korejczyków.

WINOGRADOW. *O malarjyjnoj pieremiejajuszczej-sia lichoradkie w patologoanatomiczeskom odnoszenji Petersburg.* 1882.

*Practical Medical Anatomy.* By AMBROSE L. RAN-NAY, M. D. 8-o pp. XXII, 339, Fig. 156. New-York: Wm. Wood and Co. 1882.

Dzieło to znanego autora nie opisuje całego ciała, ale tylko, tułów i kończyny, ze zwróceniem uwagi na anatomiję kliniczną. Rozdział o twarzy w stanie zdrowia i choroby i znaczenie dyjagnostyczne takowój, przedstawia się w zupełnie oryginalnej postaci.

**Dyjagnostyka, patologija, terapija, (ehor. wewn.).**

*Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques: émissions Sanguines; transfusion du sang; fer,* par M. le prof. GEORGES HAYEM. I vol. in 8-o, G. Masson. 1882

Dzieło to ma na celu wykazanie ważności terapii doświadczalnej, którą rozwijali MAGENDIE, CL-BERNARD i VULPIAN, podobnie jak farmakodynamiki i farmakoterapii doświadczalnej. Nadto zawiera bardzo obszerne studyjum o upuście krwi.

*La technique de la palpation et de la percussion à l'usage des étudiants en médecine,* par M. le prof. CH. LASÈQUE et M. le doct. J. GRANCHER. Paris, in 18. Nesselin et C-ie. 1882.

LASÈQUE opisuje technikę palpacji, GRANCHER zaś zajmuje się opukiwaniem. Bardzo pożyteczna książeczka dla studentów oraz wyborny przewodnik dla lekarzy-praktyków.

#### Choroby nerwowe

E. SCHWIMMER. *Die neuropathischen Dermatosen Wien und Leipsig.* Urban und Schwarzenberg. 1883. str. 240, 6 drzeworytów.

Autor opisuje fizjologiczno-patologiczne stosunki zaburzeń skórnych w ogólności, oraz zaburzeń skóry neuropatycznych—w szczególności: nerwic naczynio-ruchowych, troficznych i t. z. „Jdioneuroses.“ Wiele oryginalnych poglądów.

SEELIGMÜLLER. *Lehrbuch der Krankheitsen der peripheren Nerven und des sympathicus.* Aus Wreden's Sammlung med. Lehrb. Bd. V. Braunschweig. Fr. Wreden. 1882. str. 398, 56 drzeworytów.

Dzieło zawiera fizjologiję nerwów, etiologiję i patogenezę chorób nerwowych oraz ogólną terapiję, poczem następuje część szczegółowa. Ze szczególną starannością opracowane są: nerwobóle, porażenia, kurcze. Ostatnie 56 stron poświęcone są chorobom nerwu współczulnego.

*Le progrès en médecine par l'experimentation; leçons de pathologie comparée, professées au Museum d'histoire naturelle pendant l'année 1880—81,* par M. HENRI BOULEY. Paris, in 8-o. Asselin et C-ie 1882.

Dzieło poświęcone wpływowi doświadczeń na rozwój medycyny odznacza się jasnością i prostotą wykładu, oraz szerokością poglądów.

*A Treatise on the Science and Practice of Medicine.* By ALONZO B. PALMER Prof. in the univ. of Michigan. vol. I New-York. Putnam's Sons. 1882.

Pierwszy tom (drugi wkrótce ma się ukazać) obejmuje ogólną patologiję i terapiję, szczegółowy opis chorób ogólnych, wreszcie szczegółową patologiję miejscowych cierpień. (Ogółem 903 str. in 8-o). Pierwsza i druga część są stosunkowo najobszerniej traktowane, (patologija zapaleń zajmuje 37 stron). Dyjagnostyka nazbyt szczupła. Jeden z lepszych rozdziałów przedstawiają choroby żółtądk.

#### Chirurgija.

*Chirurgie de la main,* par A. BLUM, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux. Paris, Asselin et C-ie, 1882.

Książka ta 200 stron przeszło zawierająca nie przedstawia jakiegóś wyczerpującej monografii, zawiera bowiem tylko szczegóły do nauki wcielone pomijając wątpliwe zdania. Znajdują się tam nie ogłoszone dotychczas wypadki t. z. „doigt à ressort.“ Książka dzieli się na trzy części, z których ostatnia zawiera operacje, pierwsze zaś dwie obejmują zapalenia, obrażenia, nowotwory i t. p.

Prof. Dr. H. FISCHER. *Handbuch der Kriegs-Chirurgie.* 2-te vollständig umgearbeitete Auflage. Stuttgart. 1882. Ferdinand Enke. W 2 tomach.

Literatura przedmiotu opracowana jest bardzo szczegółowo (na 48 stronicach), poczem opisuje autor broń używaną obecnie, rany postrzałowe i rozmaite ich powikłania, przyczyny śmierci i t. p. Drugi tom traktuje leczenie ran postrzałowych i innych. Podane są wnioski konwencji genewskiej, urządzenie punktów opatrunkowych, przewożenie i przenoszenie chorych, lazarety, szczegółowa terapija. Dzieło zawiera 170 rysunków i 32 tablice.

*Éléments d'orthopédie,* par A. DUBRUEIL, I vol. Paris. Delahaye et Lecrosnier.

Mała ta książka obejmuje w krótkości wiadomości dotyczące wrodzonych i nabytych zniekształceń narządów ruchu, jak skrzywienie szyi, kręgosłupa, „genu valgum“ i t. p. 84 rysunki w tekście.

*Études sur le cancer,* par le Dr. BONGARD (de Bruxelles) Paris. Delahaye et Lecrosnier. 1882. Uleczenie raka we wczesnych okresach zwykle bywa, zdaniem autora, możebne. Leczenie polega na zastosowaniu środków żrących, głównie chlorku cynku: noża nie używa B.

*On the treatment of Cancer.* By JOHN CLAY. Churchill. 1882. Opisuje autor działanie zbiażenne Chian Turpentyny, książka więc, jak się zdaje, może mieć znaczenie tylko jako osobliwość.

*Manuel de Pathologie chirurgicale,* par JAMAIN et TERRIER, 3-e edit. t. III, premier fascicule. Paris. Germer Baillière. 1882.

W pozycje tym opisane są tylko choroby oka. *Leçons de clinique chirurgicale professées l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1877 et 1878,* par

*M. le Dr. Péan. Paris, Germer Baillière. 1882.* Książka ta przedstawia trzeci tom wykładów klinicznych autora; traktuje zaburzenia pochew ścięgniętych, zwężenia odbytu, znieczulenie chirurgiczne etc.

*Lectures on the Pathology and treatment of lateral and other Forms of Curvature of the Spine* By WILLIAM ADANAS. *Second Edition. London: Churchill. 1882, str. 302.*

Dzieło to cieszącego się uznaniem ortopedystry obejmuje staranne poszukiwania i świadczy o wielkiem doświadczeniu autora. Po raz pierwszy ukazały się wykłady autora w r. 1864. Obecna edycja została wzbogaconą nabytkami w ciągu tego długiego okresu poczynionemi.

*Ein chirurgisches Triennium 1876, 1877, 1878. Von Dr. ERNST KÜSTER, prof. an der Univers. Berlin, dirig. Arzi am Augusta-Hospital. Tischer 1882. Cassel in Berlin.* Dzieło zawiera sprawozdanie z czynności dużego szpitala, mnóstwo niezmiernie ciekawych przypadków, umiejętnie zestawionych i sumiennie opisanych; statystyka tracheotomii, operacji raków i t. p. zebrana z licznych spostrzeżeń.

MARTIN, *Die Drainage bei peritonealen Operationen. Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge. Heft a. 19 1882.*

*A Manual of Dental Surgery and Pathology. By ALFRED COLEMAN, Senior Dental Surgeon to St. Bartholomew's Hospital and Dental Hospital of London. Revised by prof. THOMAS C. STELLWAGEN. Philadelphia. Henry C. Lea's Son and Co. 1882.*

Książka ta świadczy o stopniu rozwoju dentystryki i przedstawia zdaniem Amer. Journ. of med. Scien. pożyteczny przewodnik nie tylko dla dentystów ale i dla praktyków w ogólności. Zawiera str. 408, in 8-o.

#### Giniatryja, położnictwo, pediatria.

*Atlas of gynecology and obstetrics, By Dr. MARTIN, prof. gyn. and Dr. MATGIER, member l'Ac. Roy. de Med., Explanatory text translated, and edited with additions by Wm. Rothacker. Cincinnati, Ohio: A. dr. Wilde and Co.* Atlas złożony jest z dzieł dwóch poimienionych autorów i obejmuje anatomiję i histologiję macicy, stosunki trzewiów, choroby przyrzędu moczopłciowego kobiety, mechanizm porodu i operacyje. Ogółem 510 ilustracyj (35 kolorowanych). Tekst przetłumaczony z dzieła MARTINA.

*Travaux d'obstétrique et de Gynécologie précédés d'éléments de pratique obstétricale, par le prof. PAJOT. Paris. H. Lausveregns, 1882.*

Rozrzucone po rozmaitych dziennikach prace znakomitego akuszerza zebrane zostały w książce tej i przedstawiają materiał bardzo zajmujący nie tylko dla specjalistów. Znajdują się tu ciekawe przypadki błędów w rozpoznawaniu ciąży, prawo zasadnicze mechanizmu porodu, znieczulenie położnicze, sposób operacyjny przy zwężeniach w nader wyso-

kim stopniu (autor szczęśliwie wykonał kefalotrypsję przy zwężeniu 1,6 centymetrów). Pierwsza część dzieła poświęcona położnictwu, druga—giniatryi. W tej ostatniej ważne znajdują się uwagi co do niepłodności. W przypadkach takowej autor warunkowo radzi badać nasienie męża. Wkrótce może ukazać się drugi tom tego dzieła.

#### Hygijena.

H. NAPIAS et A. J. MARTIN. *L'étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878 à 1882, avec une préface de M. C. prof. BROUARD. Paris. 1882, in 8-o (min.), 229 rycin.*

Książka ta przedstawia opis środków higienicznych zastosowanych w ciągu czterech lat we Francji i przeznaczoną była jako sprawozdanie przed kongresem higienicznym w Genewie. Zawiera higienę dzieciństwa (z rysunkami sprzętów szkolnych i t. p.), higienę pokarmów, przemysłową i fachową, higienę żeglarzy, mieszkań, miast, wsi, szpitali, profilaktykę medycynę społeczną, wreszcie towarzystwa higieniczne.

SZCZERBAKOW. *Sposoby sanitarnych izledowania*, cz. II. Petersburg, 1882; obejmuje rozbiór fizyczny i chemiczny wody.

#### Medycyna Sądowa, psychiatria.

*A Rationalistic Materialistic Definition of Insanity and Imbecility, with the Medical Jurisprudence of Legal Criminality* By HENRY HOWARD Eng. Montre. Dawson Brothers. 1882.

Autor uważa niedołęztwo umysłowe jako chorobę organiczną, spowodowaną zmianami patologicznymi w nerwach czuciowych i narządach świadomości. Książka opracowaną jest nader starannie.

NORDAU *De la castration de la femme. Paris. Delahaye et Lecrosnier.*

BOTKIN. *K kazuistické epileptickéskawo sumaszestwa. Moskwa. 1882*

BETCHEROW. *Sostojanie ocepienietosti pri melancholia attonica.*

#### Historija Medycyny

*Lehrbuch der Geschichte der Medicin und der epidemischen Krankheiten, von N. HAESER, Dritte völlig umgearbeitete Auflage. Dritter Band: Geschichte der epidemischen Krankheiten.*

Tom ten kończy nowe wydanie powszechnie znanego dzieła odznaczającego się wyczerpującem opracowaniem faktów.

Dr. Jul. PETERSEN. *Rozwój historyczny terapii lekarskiej*, przekład z niemieckiego wydania a raczej obszernie streszczenie przez dr. G. FRITSCHKO. W niemieckim wydaniu (z duńskiego) tytuł brzmi „Hauptmomente in der geschichtlichen Entwicklung der medicinischen Therapie“ i ten tytuł w istocie odpowiada wykładowi autora. Dzieło to, odznacza się głęboko filozoficznem opracowaniem. Autor przytacza wszystkie główne prądy w rozwoju sztuki lekarskiej śledząc za nimi od czasu powsta-

wania takowych do czasu zagaśnięcia lub do dziś dnia jeżeli nie zgasty. W ten sposób opisuje P. kierunki: dogmatyczny, teleologiczno-fizjatryczny, metodyczny, chemiatryczny, empiryczny, patologiczno-anatomiczny, anatomiczno-patologiczny i fizjologiczny, wreszcie kresli obecny stan terapii i w ten sposób dobitnie porządkuje ten chaos historyczny, jaki tworzyły najróżnorodniejsze systemy terapeutyczne we wszystkich epokach. Przekład téj książki tém ważniejsze ma dla nas znaczenie, że dzieło w ogólności dość mało jest znane.

## MISCELLANEA.

549. GUESDRON. **Częste oddawanie moczu przy chorobie Bright'a (pollakiuria).** De la pollakiurie dans le mal de Bright, par le dr. GUESDRON. Paris, 1882 (*Sprawozd. w Journ. de théor.* 16, 1882).

W liczbie zaburzeń w oddawaniu moczu zasługuje na uwagę opisana przez DIEULAFOY (przed kilkoma miesiącami) częstość urynowania, zmuszająca chorych na przewlekłe zapalenie nerek do wstawania w nocy po kilkanaście razy, co stanowi przyczynę bezsenności u tych osobników.

DIEULAFOY zauważył że niezwykła częstość urynowania nie zależy od zwiększonej ilości moczu, jak to bywa przy cukromoczu; w niektórych przypadkach choroby BRIGHT'A bywa wprowadzie ilość uryny zwiększona, ale częste oddawanie moczu zarówno bywa obserwowane i przy zmniejszonej ilości tegoż (nawet przy kilkudziesięciu gramach na dobę). Objaw o którym mowa dla odróżnienia od zjawiska zależącego od zwiększonego wydzielania uryny i zwanego *polyuria* został nazwany przez DIEULAFOY—*pollakiuria* (od słowa greckiego *pollakis*—często).

GUESDRON, który podaje 13 spostrzeżeń polakiurii rozróżnia rozmaite odmiany tego cierpienia, a mianowicie: p. wczesną, p. późną i p. bolesną.

P. wczesna, pojawia się przy pierwszych objawach choroby BRIGHT'A, późna—przy końcu choroby. Bolesna p. odznacza się nieznośnym bólem występującym natychmiast po oddaniu moczu i trwającym kilka minut za każdą razą.

*Pollakiuria* zależy od zwiększonej wrażliwości błony śluzowej pęcherza lub jego warstwy mięśniowej. Przyczyna podrażnienia jest nie wiadomą, albowiem rozbiór chemiczny często wykrywa skład uryny zupełnie prawidłowy. P.

550. **Umiejscowienie w mózgu zamiarów samobójstwa.** (*Séance de l'Académie de médecine, du 25 juillet. Sprawozd. w Journ. de théor.* 16—1882).

Szybkość popędu, powiada VOISIN, jest dowodem bliższej zależności myśli od jej zewnętrznych manifestacji oraz wskazuje że siedlisko ośrodków psychicznych i ruchowych znajduje się w jednej i téj samej czę-

ści istoty korowej. Zdaje się, że szybkość czynności popędowych (*impulsif*) tkomaczy się przejściem pobudzenia do komórek ruchowych za pośrednictwem włókien nerwowych *reticuli*. Zarówno klinika jak anatomija patologiczna upoważniają autora (?) do przypisywania umiejscowienia zamiaru samobójstwa i popędu ku temuż — w części mózgu położonej najbardziej na wewnątrz w zwojach czołowych wstępujących, w pierwszym i drugim zwoju ciemieniowym i w zrazach ciemieniowych, a więc w środkowych i wewnętrznych częściach półkul mózgowych. P.

551. **Heroiczne leczenie ukąszenia żmii.** W amerykańskim *Med. Herald* czytamy, że Jon Ludlum, idyjota znajdujący się w zakładzie „County Manual Labor Poor House“ został ukąszony przez grzechotnika w palec wskazujący lewej ręki. Pani Symington, żona superintendenta zakładu, zobaczywszy chorego w trzy minuty potem, rozcięła palec z obydwóch stron brzytwą. włożyła w rany nieco prochu i zapaliła go; wewnątrz zaś zadała amoniaku z wódką (whiskey) Jakkolwiek ręka spuchła do takiego stopnia iż objętość jej o trzy razy przewyższała prawidłową, pacjent jednak obecnie cieszy się najpożądaniem zdrowiem, zawdzięczając to śmiałej kobiecie, której przytomność i prosty a racjonalny pogląd daje się porównać z ideą cięcia cesarskiego (lub laparotomii) powstałą niegdyś w umyśle rzeźnika Nufera. O ile obrznięcie ręki mogło zażyć od ukąszenia żmii lub od działania prochu—orzec niepodobna. J. Polak.

552. **Przypadek nieprawidłowo niskiej ciepłoty przy zamarnięciu** W wydziale d-ra DRAPER'A w New-Yorku obserwowany był następujący niestychanie rzadki wypadek:

Mężczyzna około 25 lat mający przywieziony został 23-go stycznia do szpitala w stanie śpiączki, tętna niepodobna było wyczuć. W takim właśnie stanie znaleziony został na drodze. Nie wiadomo, czy był pijany lub nie. W kilka godzin t. wynosiła 87° F., tętno 42, oddech 13, śpiączka zupełna. Budowa chorego szczupła, odżywianie słabe, obydwie nogi obrzękłe, stopy zimne i zsiniałe; w lewej ręce słabe ruchy automatyczne. Oddech słaby i wolny, objawów alkoholizmu (wrażnych) niema. W arterji promieniowej tętna wyczuć niepodobna, naczynie to twarde jak struna; w t. udowej lekkie wolne tętno. Źrenice nie rozszerzają się; łącznica z lekka reaguje. Innych odruchów niepodobna wywołać. Skóra na całym ciele zimna i szorstka. Mocz w małej ilości ciemno zabarwiony; półtorćj drachmy wyciągnięte za pomocą kateteru zawierały bezkształtne mocznaki i białko.

Pacyjenta wycierano letnią wodą gorzycową, umieszczono w ciepłej wannie, ogrzewano nogi za pomocą butelek. Do wewnątrz zadano uncję wyskoku i 1/24 gr. digitaliny. W kilka godzin odruchy zaczęły się pojawiać, t 85° F., czucie w ma-

łym stopniu powróciło. Chory dostał jeszcze raz wysokoku z eterem i  $\frac{1}{34}$  gr. digitaliny; po północy ciepota wynosiła 93°; pomimo pozornego polepszenia śmierć nastąpiła téjże nocy. Badanie zwłok wykryło stłuszczenie wątroby i zapalenie nerek

(*Medical Record* 19-go sierpnia 1882).

*J. Polak.*

553. Dr. ILLE. **O żabie żyjącej w żołądku.** (*Wiener Medicin. Blätter.* 36—1882).

Przypadek żaby żyjącej w żołądku opisany przez d-ra BERNHARDA WEISSA wzbudził ogólne zajęcie. lubo nie mało miał w sobie cech wzbudzających wątpliwość. Autor—robi uwagę, że począwszy od Penelopy, a kończąc na pacjentce WEISSA, wszystkie kobiety okazywały skłonność do oszukiwania, i z własnością tą płci nadobno-zdradliwej powinien rachować się zarówno psycholog jak lekarz. Opis d-ra WEISSA przedstawiał wszystkie cechy naukowego sprawozdania, ale mógł sam badacz być w błąd wprowadzonym. Kobieta skarżąc się na rozmaite objawy do macownicy należące, woła męża i gościa tam obecnego; według zapewnienia tych panów, była ona zsiadła, i okazywała ruchy wymiotne (sama zaś chora powiada, że uczuła w ustach obecność ciała obcego) wreszcie wywomitowała w fartuch przy gwałtownym kichaniu i łzawieniu, wraz ze śluzem—żywą żabę. Miał więc autor do czynienia z kobietą zdradzającą histeryję, przywołującą dwóch świadków do wymiot, nie wymiotującą ani w naczynie, ani wprost na podłogę, tylko w fartuch, a przytém żabę żyjącą; wszystkie te okoliczności podają przypadek w wątpliwość.

Trzeba jednak dodać, że sam fakt obecności żywej żaby nie obala znaczenia opisu WEISSA, albowiem tak znakomity zoolog, jak BREHM powiada, iż żaby mogą przez dłuższy czas żyć w żołądku nawet takich zwierząt jak węże, trawiące całe sarny z kośćmi i skórą; po zabiciu tych węzów wyłaziły z nich żywe żaby, niekiedy po części już strawione.

Przy téj sposobności przytacza autor zajmujące dane historyczne odnośnej natury pochodzące z wieków średnich; wspomina mianowicie o książce Zaentusa Lusitanusa'a wydanej w r. 1637 p. t.: „Zaenti Lusitani, Medici et Philosophi praestantissimi, Praxis Medica Admiranda: In Qua, Exempla Monstrosa, Rara, Nova. Mirabilia, circa abditas morborum causas, signa eventus atque curationes exhibita, diligentissime proponuntur Lugduni, Apud Joannem-Antonium Huguetum, via Mercatoria; ad insigne Spaerae. MDCXXXVII. Autor opisuje całą niemal znaną faunę jako żyjącą w ciele ludzkiem, dodając w tekście od czasu do czasu: „mirum sed verum narro.“ Opisuje on nie tylko skorpiony, ale nawet kury w człowieku żyjące, muchy wychodzące z moczem, salamandry urodzone przez kobiety, o żabie jednak żyjącej w żołądku nic nie powiada. TIMEUS

z Guldenklee również przy wielkiej liczbie cudów obserwowanych w ciągu lat 36 nie widział żaby w żołądku. Ale za to SCHENCKIUS a GRAEFENBERG autor dzieła „Observationum Medicarum, Rararum, Novarum, Admirabilium et Monstrosarum etc. Francofurti M. D. C.“ obserwował mnóstwo żab, kretów i t. p. w żołądku; opisu SCHENCKIUSA'a miejscami bardzo zbliżonym jest do artykułu WEISSA'a. Autor przypuszcza że żaby mogą tworzyć się w żołądku z zepsutego soku, albo że zarodki (jaja) zwierząt tych użyte z wodą mogą się tam rozwijać. W jednym z przypadków opisanych przez Schenckiusa'a chłopiec cierpiał na wzdęcie brzucha i bóleści i prawie śmierci był blizki, kiedy lekarz jego dostawszy febrę i nie mogąc wypić przyrządzonej dla siebie mieszaniny z centuryi i card. benedict. dał takową pacjentowi, ażeby nie wylać napoju bezużytecznie, i chłopiec w ciągu godziny zrzucił 11 żab żywych.

Autor wreszcie zaznacza że uczucie obecności żab i t. p. w żołądku bywa niekiedy urojenem nawet u osób zupełnie zdrowych umysłowo (u sędzienników i t. p.).

W tym samym numerze *Wien. Med. Bl.* dr KLEIN zwraca z powodu opisu d-ra WEISSA uwagę na nieprawdopodobieństwo faktu iżby żaba mogła wykonywać samodzielne wędrówki z żołądka do przelyku i z powrotem; najrozumniejsza żaba, powiada autor, nie trafiła by do otworu żołądka.

Redakcja uznając w zupełności sprawiedliwość faktów podanych przez BREHMA przypomina wszakże, że w pewnym doświadczeniu, w którym włożono żabę w sztuczny otwór wykonany w żołądku, znaleziono po upływie kilku dni część żaby do pewnego stopnia strawioną, gdy reszta ciała pozostała niekniętą.

Ażeby doświadczyć, czy żaba może żyć przy ciepocie odpowiadającej temperaturze krwi wykonano w zakładzie ptof. STRICKER'A (na skutek propozycji redakcyi) odpowiedni eksperyment; żabę przed upływem doby znaleziono martwą.

*J. Polak.*

554. Wołok Dubowskij t. j. przesmyk w punkcie największego zbliżenia się Wołgi do Donu, ważny w ogóle pod względem komunikacyjnym, jest też drogą cholery pochodzącej z Azji. Idzie ona zwykle przez morze baskijskie do ujścia Wołgi, ztąd zaś wzdłuż dolnej Wołgi do Wołoku, gdzie rozdziela się na dwie odnogi: jedna idzie dalej w górę Wołgi i przez kanały przechodzi na systemat Newy do Petersburga, druga przekracza przesmyk Dubowskij, dostaje się na Don a ztąd na Dniepr (Kijów), gdzie rozdziela się na kilka odnóg i rozchodzi dalej po Europie. (Ob. mapę cholery w „Conversations Lexikon“ Pirera. T. I).

*W. N.*