

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

OD REDAKCYI.

W roku 1884 „Kronika Lekarska” wychodzić będzie jak dotąd co 2 tygodnie z tym samym co dawniej programem.

Na rok 1884 wybranym został na redaktora kol. Otton Hewelke, do chwili nadejścia odpowiedniego upoważnienia, obowiązki redaktorskie pełnić będzie kol. Krajewski. Kol. Kobyliński zostaje nadal wydawcą.

Adres Redakcyi:

Chmielna Nr. 32.

Adres Administracyi:

Czysta Nr. 4.

I. Patologija i Medycyna wewnętrzna.

1. MARTIN MENDELSON. **Zapalenie płuc jako choroba zakaźna.** *Die infectiose Natur der Pneumonie.* (Ztschr. f. Klin. Med. T. VII. Z. II).

Odkrycia chorobotwórczych roślinnych organizmów wywołały w ostatnich czasach zupełny przewrót w pojęciu o istocie chorób zakaźnych. Choroby te są obecnie dla nas objawem walki o byt, jaką stacza organizm ludzki z wnikającymi i szybko w nim rozwijającymi się pasożytami.

Przewrót ten nie był nagłym, lecz powoli się przygotowywał i rozwijał.

Już w 1840 r. Henle w ogólnych zarysach sformował teorię zależności chorób zakaźnych od pasożytów, a odkrycie Davaine'a w 1863 r. i znakomite prace Pasteura nad fermentacją, przyczyniły się prędko do rozszerzenia poglądu o pasożytniczym pochodzeniu na wszystkie choroby zakaźne i epidemiczne. Następne odkrycia Obermeiera, badania nad procesami septycznymi Kocha, Recklinghausena, Billotha, odkrycia bakcyllów tyfusowych, trądowych, róży i wiele innych, zakończone świetnym odkryciem laseczników gruźlicowych przez Kocha, zmusiły i największych sceptyków do przyjęcia teorii o pasożytniczym pochodzeniu chorób zakaźnych. Również zapalenie płuc, dzięki pracom Klebsa, Ebertha, R. Kocha, Friedlaendera, uznanem być musi obecnie za chorobę zakaźną pochodzenia pasożytniczego, a zarazek wywołujący tę chorobę odkrytym został w 1877 r. przez Klebsa i nazwanym „Monas pulmonale.”

W literaturze lekarskiej spotykamy znaczną ilość spostrzeżeń epidemicznego pojawiania się zapalenia płuc (por. Kron. Lek., 1882, str. 590). Autor w swej pracy podaje szczegółową literaturę tego przedmiotu, poczynając od pierwszego opisu epidemii Szwajcarskiej Klebsa. Szczególną uwagę zwraca na opisy Butry'ego z 1881, Jürgensena w 1881 r. i wielu innych. Podobne epidemie zdarzały się i w lazaretach wojskowych, co opisuje Gründler, Kranz w Niemczech, a Cortello w Afganistanie spostrzegając epidemję, w której na 550 ludzi z 1-go pułku zmarło z zapalenia płuc 60 żołnierzy. Inni opisują epidemję, ograniczone tylko do jednego domu. Bryson w 1861 widział epidemję na niektórych okrętach floty morza Śród-

ziemnego. Kühn opisuje epidemję w więzieniu w Moringen, podczas której zachorowało 58 osób na zapalenie płuc i to tylko w pojedynczych sypialniach. Niewielka jednak ilość opisów zwraca uwagę na przyczynę powstawania epidemii. Jürgensen i Moellmann przychodzą do wniosku, że przyczyna choroby jest w ścisłym związku miejscowością, na której powstaje. Spostrzeżenia Kürevenagel'a w Kolonii wskazują, że najwięcej chorych na zapalenie płuc było w źle przewietrzanych i wystawionych na szkodliwe wyziewy koszarach. Podobną przyczynę podaje Gründler w Magdeburgu i inni. Jenner w East-Sheen opisuje epidemję wybuchłą na pensyi po wykopaniu w niedalekiej odległości kanału. Podobne wypadki widział Le Gendre w Paryżu, a autor spostrzegał w Berlinie zapalenie płuc u 5 osób jednej rodziny, która wprowadziła się do bardzo brudnego mieszkania. Trudno przypuścić, by choroba tak częsta i tak znana jak zapalenie płuc, mogła być zaraźliwą, a jednakże zdarzają się opisy wypadków, które pojawiły się w literaturze, nim jeszcze ktokolwiek myślał o pasożytniczem pochodzeniu tej choroby. Schroter w 1862, Hardwiche. Herr opisują zapalenie płuc, przeniesione z męża na żonę, z brata na siostrę i t. p., a Wynter Blyth podaje wypadek przeniesienia choroby przez pośrednictwo osoby trzeciej na znaczną nawet przestrzeń! W więzieniu w Moringen chorowali posługacze, dozorcący chorych, a następnie i żony tych posługaczy, które mieszkały w miejscach znacznie oddalonych od szpitala. Toż samo opisują Penkert, Butry i inni. Autor widział w klinice Berlińskiej dwóch chorych na tyfus, którzy podczas rekonwalescencyi zachorowali na zapalenie płuc. Jeden z nich leżał w łóżku, w którym przedtem leżał chory na zapalenie płuc. Drugi pozostawał w oddziale, w którym było wielu chorych z ciężkim zapaleniem płuc... Chociaż bardzo ważne przypisywano dotychczas znaczenie zaziębie-

niu, jako przyczynie zapalenia płuc, na wpływ stosunków meteorologicznych małą zwracano uwagę. A jednakże wielka zachodzi prawidłowość w powstawaniu zapalenia płuc, podczas gdy zapalenie oskrzeli i opłucnej—choroby zależne przeważnie od zaziębienia—podobnej prawidłowości nie przedstawiają. Najczęściej na lądzie stałym zdarza się zapalenie płuc w miesiącu marcu, kwietniu i maju, najrzadziej we wrześniu, październiku i listopadzie, jak podają statystyczne dane Jürgensena, Ziemssena i wiele innych. We wszystkich opisywanych epidemijach zapalenia płuc, zaziębienie jako przyczyna choroby było zawsze wykluczonem, w obec jednak prawidłowości w pojawieniu się zapalenia płuc trzeba było przyjąć zależność jego od innych wpływów meteorologicznych. Keller przez dokładne statystyczne obliczenia przychodzi do wniosku, że częstość zapalenia płuc jest zależną od ilości atmosferycznych spadków; mała ich ilość sprzyja rozwojowi choroby, większa—wstrzymuje. Pogląd ten był już przedtem wypowiedziany przez innych autorów, a szczególnie przez Kranza (por. Kron. Lek., 1882 r., str. 730). Ponieważ od ilości spadków atmosferycznych zależy stan wody gruntowej, a od tych dwóch czynników—wilgotność gruntu. Względna więc wilgotność gruntu nie sprzyja rozwojowi zapalenia płuc, względna zaś suchość—sprzyja.

Nie można jednak odmówić zaziębieniu wszelkiego wpływu na powstanie zapalenia płuc. Nie jest ono czynnikiem bezpośrednim, niezbędnym—jest jednak czynnikiem usposabiającym. Nietylko doświadczenia, jak Haidenhaina z wdychaniem zimnego i gorącego powietrza, ale zwyczajne teoretyczne rozumowanie nie pozwalają uważać zapalenie płuc, jako chorobę powstałą tylko z zaziębienia. Występowaniem w pewnych miesiącach (i to nie w zimowych), i w pewnych miejscowościach w silniejszym stopniu niż w innych, i przebiegiem swoim sprawa ta

różni się znacznie od chorób zależnych od zaziębnienia, które nigdy nie zaczynają się jednym tylko dreszczem i nie kończą krytycznie. Ciekawym również jest fakt opisany przez Józefa Franka, że w armji Napoleona I 1812, wystawionej na najgorsze wpływy zimna nie było wypadków zapalenia płuc.

Dopiero odkrycie przez Klebsa mikrokoków w zawartości oskrzelowej oczyszczonego, zwątrobiałego płuca, pozwoliło bez wahania przyjąć zapalenie płuc, jako chorobę zakaźną, powstałą przez wniknięcie do organizmu ludzkiego ustrojów pasożytnych. Klebs mikrokoki te nazwał „*Monas pulmonale*.” Eberth następnie znalazł je w przypadku zapalenia płuc z meningitis, a mianowicie w bogatym w komórki i po części włóknikowym wysięku szaro zwątrobiałej części płuca, gdzie mikrokoki przedstawiały się jako małe jajowate lub okrągłe ciała, pojedyncze lub częściej ułożone po dwa, mało się ruszające. Koch w wypadku zapalenia płuc, które przyłączyło się do gorączki powrotnej znalazł bakteryje w pęcherzykach płucnych, najwyraźniej przytem w tych, które tylko w części wypełnione były wysiękiem i leżały na brzegu zgęszczonej części płuca. Najdokładniejsze jednak wskazówki o kształcie ilości bakterji daje nam C. Friedlaender. Autor ten opisuje je jako kokki owalnego kształtu, długości prawie 1 mikromilimetr, po większej części złączone po dwa, tworzące jednak i dłuższe łańcuszki. Najczęściej znajdują się one w nacieczeniu pęcherzyków, wypełniają jednak także i naczynia limfatyczne, które wtedy nabrzmiewają i tworzą gołem okiem widzialne srebrzyste prążki. Wszystkie te spostrzeżenia pozwalają wnioskować o istnieniu swoistych bakterji w płucach przy zapaleniu płuc po śmierci; dopiero Leydenowi udało się znaleźć je za życia. W krwistym płynie, otrzymanym przez głębokie przekłócenie szprycą Pravazza tuż pod łopatką

u chorego na zapalenie płuc, oprócz ciałek krwi i licznych komórek płucnych, znalazł on po zabarwieniu błękitem metylowym organizmy, zupełnie podobne do opisanych przez Kocha i Friedlaendera. Owalnego kształtu, po większej części diplokoki leżały przeważnie na okolo powierzchni pojedynczych komórek. Chociaż badanie za życia nie zawsze dawało tak świetne wyniki, w każdym jednak wypadku zapalenia płuc zakończonym śmiercią znajdowano charakterystyczne mikrokoki w preparatach, zwykłym sposobem przygotowywanych. W zimowym semestrze 1882—1883 udało się Leydenowi i autorowi demonstrować te mikrokoki i w płwocinie. W lekkich formach zapalenia płuc trudniej je było znaleźć i to tylko w mniejszej liczbie, w cięższych wypadkach zdarzają się w ogromnej ilości. Mają więc oprócz dyagnostycznego i prognostycznego znaczenie, ponieważ nie ulega wątpliwości, że podczas krytycznego obniżenia ciepłoty ilość ich znacznie się zmniejsza; jeżeli zaś jest ich dużo w płwocinie, nie przedstawiającej już charakterystycznego rdzawego zabarwienia — pogarsza to znacznie rokowanie. Próby szczepienia płwociny chorych na zapalenie płuc świnom morskim, robione przez Leydena, Griffinięgo i Cambria'ęgo i innych dały dotychczas ujemne rezultaty. Analogiczne rezultaty otrzymał autor, badając płyn wzięty z płuc koni, chorych na zapalenie opłucnej i płuc. Mikrokoki koni niczem się nie różnią od tychże u ludzi, co każe autorowi przyjąć pewną analogiją tych chorób pod względem etiologicznym, tem bardziej, że posiadamy obecnie fakt opisany przez Wiedenmana, przeniesienia zakaźnego zapalenia płuc ze zwierzęcia na dziecko. Obecny stan wiedzy naszej o istocie mikroorganizmów pozwala nam robić tylko przypuszczenia nad sposobem wnikania ich do ustroju ludzkiego. Keller czyni to zależnem przede wszystkim od ilości atmosferycznych

spadków, im mniej bywa deszczu, tem więcej unosi się różnych grzybków w powietrzu, zład dopiero wdychane zostają przez płuca, co jest koniecznem do powstania choroby. Błona śluzowa dróg oddechowych powinna być przy tem przenikalną dla tych grzybków, co tylko wtedy następuje jeżeli na niej znajduje się jakiegokolwiek naruszenia całości, choćby najmniejsze. Tu właśnie i zaziębienie może wpłynąć, ponieważ wywołuje ono zmiany w błonie śluzowej, i czyni ją łatwiej przenikalną dla mikrokoków. Co do *okresu inkubacji* mamy dotychczas nieliczne i sprzeczne wskazówki. Traube podaje 3 dni, inni zaś aż do 20 dni. Liczniejsze i dokładniejsze spostrzeżenia pozwolą dopiero lepiej określić ten okres.

Więcej wiemy o *usposobieniu* do zapalenia płuca. Fakt, że mężczyźni więcej zapadają niż kobiety — potwierdzają wszyscy autorzy. Jürgensen nie zgadza się z ogólnie przyjętym poglądem, że mężczyźni najwięcej w średnich latach chorują na zapalenie płuca; na 503 wypadków — 313 (63%) jest w wieku niżej lat 14-tu, z pozostałych 190 dwa razy tyle jest starców, niż młodych. Najmniej więc chorują ludzie w pełni sił, co zależy od większej odporności organizmu w tym wieku. W koszarach i więzieniach najczęściej chorują rekruci i ludzie niedawno przebywający w więzieniu t. j. ci, co nie przyzwyczaili się jeszcze do szkodliwości miejsca. Są więc tutaj te same warunki, jakie bywają w miejscowościach ze stałą malarią we Włoszech i t. p., gdzie cudzoziemcy częściej chorują, niż miejscowi mieszkańcy, obdarzeni już pewną odpornością, nabytą przez przyzwyczajenie do szkodliwych warunków. I przy zapaleniu płuca to przyzwyczajenie ma bardzo ważne znaczenie, jest ono jedynym warunkiem zmniejszenia usposobienia do tej choroby, podczas gdy jednorazowe przebycie zapalenia płuca jeszcze je zwiększa. Opisują niektórzy bardzo

częste powroty tej choroby, niekiedy po 10 razy (Chomel), a nawet 28 (Rush).

Pozostaje jeszcze jeszcze jedno pytanie do rozwiązania: czy każde zapalenie płuca jest natury zakaźnej, lub czy bywa także i nie infekcyjne? Zdarzają się bardzo rozmaite formy zapalenia płuca, poczynając od lekkich, prędko przebiegających aż do ciężkich z objawami tyfusowemi i śmiertelnie się kończących. Skoda zauważył tu jednak pewną prawidłowość: podczas gdy w jednym okresie wszystkie wypadki są łagodnego przebiegu, w drugim wszystkie kończą się śmiercią. Pomimo te różnice, wspólną cechą każdego zapalenia płuca jest to, że jest ono chorobą ogólną całego ustroju, a nie tylko miejscowem cierpieniem. Najważniejszym dowodem tego jest krytyczny spadek ciepłoty pomimo objawów miejscowych, zostających in statu quo. Przyczyną gorączki jest więc wnikający do ustroju mikrokok zapalenia płuca. Bez względu na tę wspólną cechę dotychczas większość autorów rozróżnia dwa rodzaje zapalenia płuca: infekcyjne i nieinfekcyjne. Leichterstern do pierwszych zalicza te zapalenia płuca, które z samego początku przebiegają astenicznie z upadkami sił, majaczeniem, silną gorączką, obrzmieniem śledziony i wątroby, białkomoczem, żółtaczką, objawami ze strony kanału pokarmowego i wysokim procentem śmiertelności, do nich zalicza też i tak nazwaną „pneumonia biliosa”. — Dopiero Jürgensen wystąpił z poglądem że wszystkie zapalenia płuca są natury zakaźnej, co dowiedzionem zostało przez znalezienie mikrokoków pneumonicznych w każdym wypadku zapalenia płuca, bez względu na przebieg i stopień tegoż. — W miarę powiększenia się badań pośmiertnych i przyżyciowych — kwestyjta rozstrzygniętą zupełnie zostanie. Natężenie zaś sprawy chorobnej zależy po części od stopnia jadowitości bakteryj, które, jako eksperymentalnie dowiódł Pasteur, dla bakterji karbunkułu, cholery, kur i innych, przez zewnętrzne wpły-

wy mogą stracić swą siłę, po części zaś od tego, że w różnych czasach bakteryje posiadają niejednakowe działanie, a może wreszcie i od rozmaitych produktów, wytwarzanych przez nie i szkodliwie działających na ustrój. Wszystko to są kwestyje, które dopiero po bliższem poznaniu fizjologicznych i chemicznych własności bakteryj, rozwiązane zostaną. Pewien wpływ wywiera również ilość tych ustrojów, a różne znaczenie przypisują odporności organizmu. Na czem zasadzają się warunki sprzyjające rozwojowi ich u człowieka—nie wiemy. Znamy dotychczas jeden tylko warunek wytwarzający właśnie grunt łatwo przyjmujący mikrokokki zapalenia płuc — jest nim nadmierne użycie napojów wysokokowych.

M. Hopfenblum.

2. H. NOTHNAGEL. **Zachowanie się wypróżnień przy przewlekłym nieżycie.** *Das Verhältniss der Stuhlentleerungen beim chronischen Katarrh.* (*Zeit. f. klin. Medicin Bd. 7 Hft. 1*).

Oдноśne dane z literatury są bardzo niedokładne i ograniczają się zaledwie do spostrzeżenia, że przy przewlekłym nieżycie wypróżnienia bywają mniej częste, niż przy ostrym, i że raz miewa tu miejsce zaparcie stolca, a innym razem rozwolnienie. Dotychczas nie próbowano jednak nigdy wyjaśnić przyczyny takiego zachowania się.

Przystępując do badania tego przedmiotu, należy przedewszystkiem rozpoznać pewnym materyjałem, co z powodu nie tak łatwego, jak się zdaje, rozpoznania przewlekłego nieżyty i niemożności, bardzo często, sprawdzenia go na zwłokach jest dosyć trudnem.

Jako anatomiczne cechy przewlekłego nieżyty, autor przyjmuje według Virchowa: zwiększanie się przestrzeni międzygruczołowych i nagromadzenie nadmierne okrągłych komórek, po części w tych przestrzeniach, po części wzdłuż mięśni Brückego, dalej odkładanie się barwnika brunatnego lub żółtego; prócz tego nie-

kiedy przekrwienie błony śluzowej z oznaki jej zaniku.

W przypadkach, gdzie badanie pośmiertne nie było przeprowadzonym, rozpoznanie rozstrzygała „ruchoma wydzielina” błony śluzowej, składająca się przy prostym nieżycie z czystego śluzu z nieznaną liczbą okrągłych komórek, najwyżej z domieszką zmienionego wałeczkowatego nabłonka.

Autor zwraca uwagę na fakt fizjologiczny, nad którym dotąd zupełnie się nie zastanawiano, mianowicie, jak się to dzieje, że *zdrowy człowiek miewa dziennie tylko jedno wypróżnienie.* Ruchy robaczkowe cienkiej kiszki doprowadzają jej zawartość od odźwiernika do zastawki Bauchina wciągu 3—4 godzin, dla czego zaś przejście przez kishkę grubą odbywa się tak wolno. Przyczyną tego nie jest jakakolwiek zmiana własności samej zawartości, należy poszukiwać jej w fizjologicznych warunkach kiszki. Ponieważ mięśnie kiszki grubej, mocniej rozwinięte niż cienkiej, i zwoje—nie mniej liczne -- nie dają żadnej podstawy do objaśnienia, przeto autor poszukuje go w pewnej miarowości i okresowości w odbywaniu się czynności zwojów nerwowych kiszki, opierając się przy tem na analogii z innymi narządami. Z niewiadomych jeszcze przyczyn pobudzalność zwojów kiszki grubej odbywa się rzadziej niż kiszki cienkiej, a w najniższych jej częściach ruchy robaczkowe powstają tylko raz na 24 godzin i one to właśnie wywołują stolec.

Pewne odstępstwa od tego zwykłego zachowywania się leżą jeszcze w obrębie fizjologicznych granic, np. stolce co 2, 3 dni u ludzi zupełnie zdrowych i odwrotnie 2—3 stolców dziennie pomimo zresztą zupełnego zdrowia. Leichtenstern wyraża się, że prawidłowa pobudzalność ruchów robaczkowych jest tu inaczej „nastawioną”, podobnie np. jak i częstość tętna u jednych wynosi na minutę 50—60 uderzeń, podczas gdy u drugich 80—90.

W zachowywaniu się wypróżnień przy

samoistnym przewlekłym niezycie kiszek można odróżnić pewne grupy.

W jednych przypadkach istnieje *wyrażna* opieszałość stolca, co 2, 4 dni i to nieraz dopiero przy użyciu środków lekarskich.

Według autora takie zachowanie się jest *właściwym, niejako fizyologicznym* dla prostego przewlekłego niezytu. Cierpienie rozwija się zwolna, albo też bywa następstwem ostrego niezytu, trwa całe miesiące, lata; na zwłokach (chorzy umierają, rozumie się, z rozmaitych innych przyczyn) znajdowano stale wyżej wymienione zmiany, często ze znacznym zanikiem błony śluzowej, zajmujące kışkę grubą aż do ślepej, niekiedy jednak rozszerzające się, chociaż w znacznie niższym stopniu i na kışkę cieką. Bardzo wielu autorów objaśnia w tych razach zaparcie stolca zwiótczeniem warstwy mięsnej kiszek. Równocześnie z zanikiem błony śluzowej można wprawdzie znaleźć i ścieńczenie warstwy mięśniowej, zwykle pozostaje ona jednak niezmienną. Tak, że za przyczynę opieszałości stolców należy uważać zmniejszenie przez sprawę niezytową automatycznej czynności nerwowego aparatu kiszek, wywołującej normalnie wypróżnienia raz na 24 godzin. Pobudzalność przez nieprawidłowe zewnętrzne bodźce może być przy tem zupełnie zachowaną. Zmiana taka może zależeć od wadliwego odżywiania zwojów nerwowych; odnośnych badań histologicznych jeszcze nie ma.

W innych razach bywa *dziennie jedno* wypróżnienie, zwykle ciastowate i często nie urobione. Zależy to od ścisłego mieszania się kału ze śluzem z górnych oddziałów kiszek, od obfitszych domieszek wody (przy znacznym zaniku błony śluzowej ciekiej i grubej kışki), lub tłuszczu (przy obszernym udziale ciekiej kışki.— Przypadki te są w ogóle rzadkie.

Bardzo często za to zdarza się trzecia odmiana, zaparcie stolca naprzemian z rozwolnieniem. Można tu spostrzegać niekiedy nieomal zegarową prawidłowość

w następowaniu jednego i drugiego rodzaju stolców. Autor opisuje 3 takie przypadki, w jednym po 2 — 4 dniach zaparcia, następowało dwudniowe rozwolnienie ze rżnięciem w brzuchu; w innym przez 2—3 dni—codziennie bardzo twardy stolec, potem jednego dnia 4—6 wypróżnień z boleściami, znowu parę dni zaparcia i t. d.

Dla powyższych przypadków autor podaje następne objaśnienie: główną cechą ich jest zaparcie stolca; czynność nerwowego aparatu nie jest jednak tak upośledzoną jak w pierwszej grupie, ztąd też po kilku dniach beczynności następuje pod wpływem nagromadzonej zawartości, silne pobudzenie ruchów robaczkowych, za czem przemawiają i bóle, towarzyszące rozwolnieniu.

W innej grupie okresy rozwolnienia i zaparcia trwają znacznie dłużej, przez tygodnie, a nawet miesiące, i zmieniają się bez żadnego porządku. Autor uważa je za czasowe *obostrzenia* sprawy przewlekłej, wywoływane przez przypadkowe, przebieżne szkodliwe wpływy. W tych przypadkach, gdzie chorzy w ciągu wielu miesięcy i lat cierpią na rozwolnienie, często mają miejsce—nie prosty niezyt, lecz przewlekłe owrzodzające sprawy (ulcera dyssentherica, follicularia—), jak się można przekonać po części z wywiadów, niekiedy zaś z badania zwłok i kału, zawierającego w takich razach krew i ropę.

W niektórych jednak razach pomimo b. długotrwałego rozwolnienia z częstymi stolcami (1—4) badanie anatomiczne nie wykazuje nic więcej prócz niezytu. Przypadki te stoją w zupełnej sprzeczności z grupą przypadków z zaparciem stolca, tam jednak mieliśmy tylko niezyt kışki grubej, podczas gdy tutaj istnieje równocześnie niezyt grubej i ciekiej. Udział ostatniej można dowieść na podstawie własności kału, dającego wyraźny odczyn na żółc i zawierającego opisywane przez autora żółto zabarwione ziarenka śluzu, jak również zabarwione żółcią nabłonki i

małe okrągłe komórki. Pewność udziału cienkiej kiszki nie jest jednak bezwzględna. Powstawanie tu rozwolnienia autor objaśnia w następujący sposób: z powodu cierpienia kiszki cienkiej, pokarmy przetwarzają się niedokładnie i, z powodu żywych ruchów robaczkowych, prędzej dostają się do kiszki grubej. Tutaj, jako nieprawidłowy bodziec działają na zmienioną błonę śluzową kiszki grubej i wywołują w ostatniej szybszą perystaltykę, wskutek czego następuje rozwolnienie.

Przy, rzadkim zresztą, niezycie kiszki cienkiej, wyłącznie nie ma rozwolnienia, ponieważ nieprawidłowa co prawda zawartość spotyka się tu ze zdrową błoną śluzową grubej kiszki i nie działa na nią drażniąco.

W niektórych razach chorobowe wypróżnienia następują regularnie po jedzeniu. Autor opisuje dwa podobne przypadki. Chory, lat 30, miewa od 4 lat rano prawidłowe wypróżnienie, w południe przy obiedzie zaraz po zupie albo dopiero po mięsie doznaje nagle rżnięcia po całym brzuchu i zmuszonym jest udać się na stolec, który bywa na pół rzadki, nigdy zupełnie wodnisty; potem ból ustaje, chory wraca do objadu—i do następnego dnia nie doznaje żadnych dolegliwości. Ojciec, brat i stryj chorego, cierpią na takie same nieprawidłowości. Ze strony żołądka nie było nigdy zaburzeń; w kale nie można było wykryć ani śluzu, ani odczynu na żółć.

Drugi przypadek: chora, wieku lat 29, od 10 lat cierpi na następujący rozstrój w zachowaniu się wypróżnień. Rano niekiedy, zwykle zaś po śniadaniu prawidłowy stolec, zaraz po objedzie, albo jeszcze podczas objadu, mocne parcie i płynne wypróżnienie. Potem spokój aż do następnego dnia, niekiedy po wieczery to samo zachowanie się. Ze strony żołądka żadnych nieprawidłowych objawów. Stolec mazisty brunatny z wyraźnym odczynem na żółć zawierał b. duże strzępy śluzu.

Dosyć pewne dane pozwalają w tych przypadkach na rozpoznanie niezytu.—Przeciw przypuszczeniu tylko „nieprawidłowego nastawienia”, mówi to, że stan powyższy nie był wrodzonym, dalej obfitość śluzu i zdarzające się od czasu do czasu poprawy. Dziwnym jest tu tylko ów związek z chwilą spożywania obiadu, obok prawidłowych wypróżnień rano.—Bóle w brzuchu, obecność żółci świadczą o zwiększonej żywości ruchów robaczkowych. Według Traubego pobudzenie ich może być wywołwanem przez podrażnienie każdego miejsca przewodu kiszkiowego, a więc i żołądka.—Możnaby przeto przyjąć, że wprowadzenie pokarmu jest tu właśnie owym bodźcem.—Okresowość, objawiająca się w ogóle w ruchach robaczkowych, jest może przyczyną, dla czego wzmaganie się ich następuje i tutaj z pewną miarowością t. j. tylko po objedzie.

W innych przypadkach przewlekłego niezytu wypróżnienia nie następują nigdy dniem, a tylko nocą.

Różne te postaci, nie wyczerpujące zresztą wszystkich możliwych odmian, wykazują ważny teoretyczny fakt, że *wpływ nerwów na zachowywanie się ruchów robaczkowych odgrywa bardzo znaczną rolę i w stanie przewlekłego niezytu kiszki.*

W końcu autor podaje swoje spostrzeżenia nad zachowaniem się tych stosunków przy zastojach w kiszkiach zależnych od wad serca.

1) Dopóki wyrównanie jest zupełnem stolec jest prawidłowy.

2) Przy zaburzeniach w wyrównaniu i ogólnej znacznej sinicy stolce bywają zwykle opieszale, a pod koniec życia mogą się zupełnie wstrzymać; czasem bywają jednak w tych razach i mniej lub więcej obfite rozwolnienia.

3) Wreszcie przy wyraźnem zaburzeniu wyrównania, bywa niekiedy naprzemian w ciągu miesiąca rozwolnienie i zaparcie stolca.

Wynik pośmiertnego badania w przy-

padkach pierwszej kategorii wykazuje oznaki zastoju bez objawów nieżyty, albo najwyżej cechy starego przewlekłego nieżyty i nagromadzenie żółtego barwnika, zanik gruczołów i błony śluzowej. Z powodu złego odżywiania aparatu nerwowego kiszek, pobudzalność jego słabnie i ztąd mamy opieszałość stolców, podobnie jak przy samoistnym przewlekłym nieżyty grubej kiszki. Zanik warstwy mięśniowej mógł by się też przyczynić do zaparcia, nazbyt jednak często nie znajdujemy w niej żadnych zmian.

W przypadkach trzeciej grupy zmiany nie ograczają się do sinicy, prócz niej można bowiem wykryć niewątpliwe oznaki nieżyty zarówno grubej jak i cienkiej kiszki.

Wreszcie u osobników z niewyrównanymi wadami zdarza się widzieć na zwłokach zmiany nieżytowe—bez sinicy, która bynajmniej nie potrzebuje się rozszerzać jednakowo na wszystkie części kiszek.

O. Hewelke.

3. M. HEITLER. Diagnostyczne i prognostyczne znaczenie laseczników gruźliczych w płwocinie. (*Wien. Med. Wochenschr.* 43, 44).

Rozpoznanie gruźlicy zarówno w początkowych okresach, jak i w późniejszych znakomite częstokroć przedstawia trudności i odróżnienie jej od innych spraw w płucach (bronchectesiae, syphilis pulmonum pneumonia interstitialis), nie zawsze łatwą jest rzeczą.

Obecność w płwocinie włókien sprężystych, dowodzi tylko rozpadu, lecz nie koniecznie gruźliczego charakteru, obecność nabłonka (alveolarepithelium, Buhl) podniesiona ciepłota na stronie sprawą chorobową dotkniętej (Peter) i wreszcie spirometr—podawane dla ułatwienia rozpoznania, zawiodły najzupełniej pokładane w nich nadzieje.

Nic więc dziwnego, że w obec tego po odkryciu Kocha, klinicyści z takim zapałem oddali się badaniu płwociny.

Liczne prace (Ehrlich, Balmer, Frän-

tzet, Lichtheim, Miller, Ziehl, Chiari, Kowalski etc.), dowodzą, że w płwocinie chorych, dotkniętych gruźlicą, zarówno w początkowych jej okresach dla badania fizykalnego niedostępnych, jako też i późniejszych, prawie bez wyjątku obecność laseczników gruźliczych można wykazać i zarazem, że brak ich zupełnie w płwocinie osób, innymi chorobami mięszu płucnego dotkniętych.

Niektórzy autorowie, jak Guttman, Spina, Mátray, innego są zdania, sądzą, że laseczniki mogą znajdować się i u osób nie cierpiących na gruźlicę; a u osób sprawą tą dotkniętych brak ich czasem. Co się zaś tyczy rokowania na podstawie obecności laseczników, to zdania też są podzielone; według jednych ilość, wielkość laseczników i obfitość zarodników znajdują się w prostym stosunku do natężenia choroby, szybkości jej przebiegu i wysokości ciepłoty ciała, według innych stosunek ten wcale nie istnieje.

Autor badał 169 przypadków, z których 140 było dotkniętych gruźlicą, 29 zaś innymi cierpieniami płucnymi. Do barwienia płwociny używał sposobu Ehrlicha. Ze 140 przypadków 2 były z przebiegiem podostrawym: jeden rozpoznany jako tuberculosis miliaris, drugi jako pneumonia Cascoidea, oba stwierdzone badaniem pošmiertnem, które wykazało serowate nacieczenie bez jam. W obu znaleziono w płwocinie laseczniki gruźlicze w dość znacznej ilości—dowód, że obecność tych ustrojów nie wiąże się koniecznie z rozpadem.

Pozostałe 138 przypadków miały przebieg przewlekły i przez autora podzielone zostały na następujące grupy:

1) chorzy ze starymi nacieczeniami wierzchołków.

2) chorzy z poczynającą się gruźlicą wierzchołków.

3) chorzy z daleko posuniętą gruźlicą, których podzielić można na 2 działy: a) gdzie sprawa rozwijała się powoli i w przebiegu swym nie zatrzymywała się

na chwilę i b) gdzie sprawa chorobowa na dłuższy lub krótszy przeciąg czasu przycichła.

Przy badaniu płwociny chorych pierwszej grupy (6), przedstawiających nieznaczne stępienie i zupełnie dobry stan ogólny, nie można było laseczników odnaleźć. U chorych drugiej grupy 12 przyp. z tych 2 z początkowem krwawieniem płucnem, którzy oprócz stępienia w jednym lub obu wierzchołkach i obfitych rzężeń przedstawiali jeszcze i poruszenia gorączkowe, znaleziono laseczniki gruźlicze, za wyjątkiem dwóch chorych, stan których był zupełnie bezgorączkowy. Brak laseczników w tych dwóch przypadkach dziwić nie może, gdyż często w początkowych okresach gruźlicy wraz z przycichaniem sprawy, co i tutaj miało miejsce, laseczniki z płwociny znikają (? R.).

W przypadkach grupy trzeciej, znajdowano zawsze laseczniki gruźlicze; co się zaś tyczy stosunku ilości laseczników do natężenia sprawy, to, zdaniem autora, nie można ustanowić stałych reguł; jakkolwiek bowiem w początkowych okresach i w przewlekłych postaciach ze skłonnością do ograniczenia sprawy, ilość laseczników bywa mniejszą, mniejszą niż w szybko przebiegających z skłonnością do rozpadu, to jednak wyjątki od tego pravidła są zbyt liczne.

Stosunku między wysokością ciepłoty, częstością tętna, a ilością laseczników w płwocinie, autor także potwierdzić nie mógł.

To samo da się powiedzieć o wielkości laseczników i o układaniu ich w grupy, jak również o obfitych zarodników.

Ważną dla rokowania jest ta okoliczność, że pojawienie się cuchnącej płwociny, wskazującej na rozkład wytworów chorobowych zawartych w jamach, nie pociąga za sobą znikania laseczników z płwociny. Fakt ten dowodzi, że brak laseczników przy niektórych rozpadowych sprawach, nie zależy od rozkładania się tych wytworów.

W 30-tu nie gruźliczych wypadkach (8 przyp. zap. płuc włóknikowego, 5 przyp. zap. oskrzeli, 3 przyp. nieżyty przy niedostateczności zastawek, 4 przyp. przy tyfusie, 1 przyp. przy odrze, 2 przyp. przy zap. opłucnej, 1 przypadek gangreny pł., 2 przyp. rozstrzenia oskrzela, 1 przyp. zap. płuc śródmiąższowego, z których 9 było sekcij stwierdzonych przez badanie pośmiertne, przy powtórnych badaniach nigdy nie znajdowano laseczników. Jeden z tych przypadków, tyczący się 26-cio letniego mężczyzny, klinicznie przedstawiał objawy gruźlicy, brak jednakże w płwocinie laseczników nie dozwalał na pewno na postawienie takiego rozpoznania. W dalszym przebiegu okazało się, że choroba przybrała cechy zapalenia płuc śródmiąższowego, co wkrótce potwierdził wywód pośmiertny.

Z powyższych wypadków autor wyprowadza wniosek, że w wielu razach, gdzie dotychczasowe metody badania dawały wątpliwe lub ujemne wyniki, obecnie za pomocą poszukiwań laseczników w płwocinie będziemy mogli stawiać pewne rozpoznania. Co się zaś tyczy rokowania, to podawany za podstawę dlań stosunek własności gruźliczych i ilości laseczników do natężenia sprawy nie został potwierdzonym.

Pod tym względem laseczniki obecnie muszą ustąpić miejsca rezultatom fizykalnego badania, ważenia ciała, mierzenia ciepłoty i t. p.

W końcu autor wypowiada kilka słów o etjologii gruźlicy, dowodząc, że po doświadczeniach Kocha — licznych hodowlach i szczepienia laseczników, po stwierdzeniu obecności ich w płwocinie chorych na gruźlicę, nie podlega prawie wątpliwości, z punktu widzenia teoretycznego, że gruźlica jest chorobą zakaźnego pochodzenia, z tym teoretycznym poglądem nie zgadza się jednak praktyka.

Stuletnie doświadczenia lekarskie wykazują, że udzielanie się i przenoszenie gruźlicy, należy do rzadkości tak, że bez

poprzedzającej skłonności (praedispositio) nabytej lub wrodzonej—prawie nie można pojąć sposobu rozwijania się gruźlicy.— Być może, że skłonność jest tu zupełnie swoistą, jak swoistym jest i wywołujący chorobę bodziec.

Anatomiczne warunki tej skłonności dotychczas są zupełnie ciemne.

Nieliczne prace w tym kierunku przedsięwzięte (Schottelius, Former, Verraguth) nie doprowadziły do zadawalniających danych. *W. Brüner.*

4. Fr. RIEGEL. **O zmianach serca i układu naczyniowego przy ostrem zapaleniu nerek.** (*Zeitschr. f. klin. Medecin. Bd. VII Hft. III.*)

Przy rozpatrywaniu związku pomiędzy chorobami nerek i serca uwzględniano dotychczas prawie wyłącznie tylko przewlekłe postacie zapalenia nerek; zmiany w układzie naczyniowym przy ostrem zapaleniu tego narządu uważane były za rzadkie wyjątki.

Zasługa zbadania ostatnich stosunków ze strony anatomicznej należy się Friedländerowi, który na podstawie pośmiertnego badania licznych przypadków zapalenia nerek przy płonicy wykazał (przed 2 laty), że *znaczny przerost serca z rozszerzeniem, dotyczący w większości przypadków lewego serca, mekiedy zaś ogólny—jest w tych razach zjawiskiem prawidłowym i prawie nigdy nie brakującym.*

Ze strony klinicznej o danym przedmiocie traktują nieliczne prace; potwierdzają one wprawdzie w ogóle zdanie Friedländera, jednak nie z taką stanowczością, (Galabin, Silbermann, F. Riegel), i z tej właśnie strony omawianaj sprawy bynajmniej nie wyczerpują. Ta rzekoma sprzeczność pomiędzy wynikami anatomicznego i klinicznego badania wypływa ztąd, że pierwsze ma do czynienia z ciężkimi przypadkami, w których dane zmiany mogły się więcej uwydatnić, podczas gdy drugie uwzględnia zarówno ciężkie, jak i lekkie przypadki.

Autor, za cel niniejszej pracy obrał so-

bie zbadanie klinicznej strony przedmiotu. Do tego najwięcej nadaje się *zapalenie nerek kłębkowe* (Glomerulonephritis) *po płonicy*, ponieważ ta postać daje możność spostrzegania zmian serca i układu tętniczego zaraz od ich pierwszych przejawów, a zarazem umożliwia wykrycie stosunków, zachodzących pomiędzy temi zmianami i samą sprawą w nerkach. Przy przeprowadzeniu odnośnych spostrzeżeń należy uwzględniać nie tylko zachowanie się serca, ale przede wszystkim własności tętna i moczu. Ponieważ tylko pewien procent chorych na płonicę ulega później kłębkowemu zapaleniu nerek, przeto wiele z takich badań robi się napróżno; mogą one jednak posługiwać za sprawdzian, że przy prawidłowym przebiegu zdrowienia po płonicy, nigdy nie zdarzają się przyczyny, które by w podobny sposób oddziaływały na układ naczyniowy, jak powikłanie przez cierpienie nerek.

Autor podaje pięć spostrzeżeń, przedstawionych w postaci tablic, w których znajdujemy z dnia na dzień wahania ciepłoty, częstość tętna, zachowanie się moczu odnośnie ilości, ciężaru gatunkowego i obecności białka, wreszcie uwagi co do przebiegu samej wysypki, opuchliny i zarys tętna.

W pierwszym przypadku, dotyczącym 7-mio letniego chłopca, zmiany w tętnicy a mianowicie zwiększenie się jej napięcia uwydatniły się 18—:9 dnia choroby równocześnie ze zmniejszaniem się objętości moczu i pojawieniem się w nim śladów białka. Następnego dnia zauważono zwolnienie tętna i pewną nieprawidłowość.—Zmiany te zwiększyły się stopniowo i utrzymywały się stale pomimo, że ilość moczu znowu się podniosła. Co się tyczy serca, to już po dwudniowym trwaniu białkomoczu spostrzeżono wzmocnienie drugiego tonu aorty (accentuatio) i uderzenia wierzchołkowego, oraz zwiększenie się wypukowej tępości serca. Tegoż dnia zjawiała się opuchlina, która trwała około 14 dni. Objawy ze strony układu naczy-

niowego zmniejszały się w miarę słabnięcia zapalenia nerek, tętno zaś dopiero w cztery tygodnie wróciło do prawidłowego napięcia i postaci.

W drugim analogicznym przypadku u 8-mio letniej dziewczynki zmiany ze strony układu naczyniowego poczęły się objawiać (około 15 dnia od zachorowania) na dzień przed białkomoczem w postaci zwolnienia czynności serca, następnego dnia było już i wzmocnienie napięcia tętnicy, a w dzień później i opisane wyżej objawy ze strony serca. Po 14-tu dniach trwania zapalenia nerek, nastąpił powrót do prawidłowych stosunków. W obydwu przypadkach wielkość tętna—odwrotnie do napięcia, była mniejszą niż normalnie.

Na podstawie tych spostrzeżeń autor wyprowadza następujące wnioski:

1) W większości przypadków zapalenia nerek po płonicy, już w samym początku rozwoju cierpienia, prawie jednocześnie ze zjawieniem się białkomoczu, można wykazać oznaki zwiększonego napięcia w układzie tętnicznym.

2) W wyraźnych przypadkach towarzyszy im zawsze w prostym stosunku zwolnienie czynności serca, a obok tego i nieznaczna jej nieprawidłowość.

3) Zwiększenie się rozmiarów serca, przerost, albo rozszerzenie jest wtórnym następstwem podniesionego ciśnienia, klinicznie można go dowieść tylko w przypadkach b. znacznego wzrostu ciśnienia. Autor zgadza się z powszechnie przyjętym zdaniem, że przerost serca po zapaleniu nerek u dorosłych, następuje daleko później, co się jednak tyczy wzrostu ciśnienia, to na podstawie swoich spostrzeżeń nad czystym ostrem zapaleniem nerek u dorosłych, twierdzi, że zwiększanie się napięcia zachowuje się tu zupełnie podobnie jak u dzieci.

Autor uważa powyższy stosunek między zachowaniem się tętniczego napięcia i zapaleniem nerek po płonicy za fakt dowiedziony, mogący przy tem służyć za pewniejszą podstawę przy osądzeniu sto-

pnia i natężenia zapalenia nerek, niż ilość wydzielonego białka.

Co się tyczy teoretycznego wyjaśnienia powyższego zachowania się, to autor za przyczynę jego w ostrych postaciach zapalenia nerek uważa zatrzymywanie się we krwi składników moczu, w skutek czego następuje wzmocnienie się skurczu naczyń. Przepuszczenie swoje autor opiera na następujących podstawach:

1) na jednoczesnem prawie zjawianiu się objawów ze strony naczyń i objawów zapalenia nerek;

2) na porządku następowania za sobą zjawisk ze strony układu naczyniowego;

3) na zachowaniu się samej tętnicy napiętej i skurczonej, i tętna mniejszego niż w prawidłowych warunkach.

Zmiany serca są tu zjawiskiem wtórnem podobnie jak przy wadach serca.

H.

5. F. RIEGEL. **O warunkach powstawania i dyagnostycznym znaczeniu rozkurczowego opadania żył.**— (*Venencollaps Friedreich's*). *Ueber die Entstehungsbedingungen und die diagnostische Bedeutung des Friedreich'schen diagnostischen Venencollaps*. (*D. Arch. f. klin. M. T. 34. Z. 3.—1883*).

Wśród wielu objawów, właściwych zrośnięciu się serca z workiem osierdziowym, tylko dwa dotychczas miały znaczenie patognomiczne: skurczowe zapadanie się klatki piersiowej, o ile nie ograniczało się tylko do wierzchołka serca i opisane przez Friedreicha rozkurczowe opadanie żył szyjowych.

Pod tym ostatnim objawem rozumiał Friedreich szczególne zjawisko, spostrzegane przezeń tylko dwa razy i polegające na tem, że równocześnie z rozkurczem serca nabrzmiały żyły szyjowe nagle opadały, przyczem w jednym przypadku zagłębiała się okolica nad obojczykowa, prawa, i lewa. Podczas skurczu żyły te nabrzmiwały powoli, by w następnym rozkurczu, znowu nagle opaść.—Objaw ten objaśnia on ułatwieniem od-

plywu krwi żyłnej do serca, powstającym w skutek zmniejszenia się ciśnienia klatki piersiowej na płuca, wywieranego przez wciąganie się jej podczas skurczu, a przeważnie od zmiany położenia przepony.—Przepona podczas rozkurczu przybiera wskutek wyrównywania się zakłębłości żeber i mostka, położenie głębsze i więcej płaskie, przy czem zrośnięte z nią serce przesuwają się ku dołowi. To zaś wywołuje przedłużenie naczyń sercowych, mianowicie żyły głównej górnej, a więc ułatwia odpływ krwi z żył szyjowych do serca, co następuje z szybkością równą powrotnemu rozkurczowemu ruchowi klatki piersiowej. Oprócz Friedreicha, v. Dusch spostrzegał także powyższy objaw i objaśnił go w taki sam sposób.

Autor w swej pracy zajął się rozwiązaniem pytania, czy objaw ten rzeczywiście jest samoistnym, nie mającym nic wspólnego z innymi *zjawiskami ruchowemi w żyłach*; i, czy zdarza się on rzeczywiście tylko przy zrostach osierdzia i może być tu uważanym za przypadek znamionujący? Obecnie znamy różne rodzaje tętna żylnego, które różnią się więcej co do czasu, niż co do postaci. Najczęściej zdarza się tętno *skurczowe ujemne* czyli *przedskurczowe* i skurczowe dodatnie. Skurczowe dodatnie charakteryzuje się nabrzmieniem żył podczas skurczu komórki, a opadaniem podczas rozkurczu. Przeważnie bywa ono przy niedomykalności zastawki trójdzielnej. Objaw Friedreicha co do czasu zupełnie się zgadza z skurczowem tętnem żylnem, i tu i tam mamy powolne skurczowe nabrzmienie i nagłe rozkurczowe opadanie żył. Myli się zaś Dusch sądząc, że tętno żyłne przy niedomykalności przedstawia prędkie nabrzmienie i wolniejsze opadanie, poprzednie bowiem prace autora, oparte na znacznej ilości sfigmograficznych zarysów, zupełnie tego nie dowodzą. Toż samo daje się łatwo objaśnić teoretycznie. — Normalnie ze skurczem przedsionka odpływ krwi z żył szyjowych się utrudnia, z rozkurczem

przedsionka t. j. ze skurczem komórki żyły się opróżniają, więc normalnie mamy przedskurczowe tętno dodatnie, a skurczowe ujemne. Przy niedomykalności zastawki trójdzielnej, przy skurczu przedsionka bywa to samo, co wyżej podczas zaś skurczu komórki krew z serca cofa się do żył; mamy więc nabrzmiewanie żył przedskurczowe i skurczowe, a opadanie rozkurczowe. Po powolnem nabrzmiewaniu żył, odpowiadającem skurczowi przedsionka i skurczowi serca następuje nagłe opadanie, równocześnie z rozkurczem, podobnie jak w objawie Friedreicha.

W przypadkach niedomykalności zastawki trójdzielnej ze słabą działalnością serca,—skurcz komórki nie wystarcza by popchnąć falę krwi do żył szyjowych, równoczesny zaś rozkurcz przedsionka może nawet wpłynąć na chwilowe nieznaczne opróżnienie żyły, które jednak trwa krótko i ustępuje miejsca nowemu słabemu nabrzmiewaniu. W tych więc przypadkach pomimo niedomykalności zastawki trójdzielnej, nie powstaje cofanie się fali aż do żyły szyjowej, lecz tylko następuje utrudnienie odpływu krwi żyłnej aż do serca, podczas skurczu.

Z rozpoczęciem się właściwego rozkurczu serca—ułatwienie odpływu z żył szyjowych następuje nagłe—trwa to jednak krótko, ponieważ poczynający się przedskurcz znowu je utrudnia.

Chociaż w obec tego rozkurczowe opadanie żył Friedreicha, zupełnie analogiczne do prawdziwego dodatniego żylnego tętna, nie jest objawem szczególnym, właściwym tylko zrostowi osierdzia, to jednak nie dowodzi to bynajmniej tożsamości pozostawania jego z tętnem żylnem. Powstaje ono bowiem i bez niedomykalności zastawki trójdzielnej, przy zrostach osierdzia i, jak to objaśnia Friedreich głównie w skutek zmiany położenia przepony.

Autor podaje opis spostrzeganego przez siebie przypadku, w którym pomimo braku wszelkich niedomykalności za-

stawki trójdzielnej, jak również stwierdzonego przez sekcję braku najmniejszego śladu zrostów osierdzia—widział wyraźne tętno żyłne z nagłym rozkurczowym opadaniem. Niewątpliwą przyczyną tego było połączenie komórek sercowych z powodu niezarośnięcia otworu owalnego, co dawało chwilowo warunki niezwykle sprzyjające odpływowi krwi żyłnej do serca. Rzeczywiście podczas rozkurczu komórki krew żylna mogła odpływać nie tylko do prawego przedsionka i prawej komórki, lecz przez foramen ovale i do lewego przedsionka, lewej komórki. Od prawdziwego tętna żyłnego różniło się spostrzegane w danym wypadku tem, że nie powstawało wskutek cofającej się fali, ale z powodu skurczowego t. j. utrudnionego i rozkurczowego, t. j. ułatwionego odpływu krwi żyłnej.

Wypadek przytoczony przez autora ciekawym jest jeszcze z innego względu. W prawej tętnicy promieniowej okazał się zator, pochodzący z prawego serca, ponieważ tylko w prawym przedsionku znaleziono zakrzepy przyżyciowe. Podobnie w śledzionie i w nerkach były zawały pochodzenia sercowego. Jedyną drogą, którą czop zatorowy był w stanie dostać się z prawego serca do układu tętniczego, mógł być niezarośnięty otwór owalny. Dotychczas w literaturze posiadamy tylko dwa przypadki podobnych wędrowek zakrzepów z układu żyłnego do tętniczego a mianowicie: Cohnheima i i Littena. Wskazuje to, że w pewnych okresach czasu warunki przepływu krwi z prawego przedsionka do lewego serca są szczególnie sprzyjające.

Inny jeszcze wypadek spostrzegany przez autora wskazuje, że rozkurczowe opadanie żył może się zdarzać bez współczesnego skurczowego zapadania się klatki piersiowej, przy wypełnieniu płynem worka osierdziowego. Wypadek ten jednak nie został stwierdzony przez sekcję.

Wnioski, do których dochodzi autor na końcu swej pracy są następujące: 1)

Objaw Friedreicha—rozkurczowe opadanie żył—nie ma charakterystycznych cech, różniących go od tętna żyłnego. 2) Nie powstaje on jednak wskutek cofania się fali krwi, a nabrzmiewanie żył powstaje z powodu utrudnionego odpływu krwi żyłnej. 3) I przy niedomykalności zastawki trójdzielnej nabrzmienie żył może nastąpić w skutek utrudnionego odpływu, jeżeli skurcz serca nie wystarcza, by falę krwi popchnąć do żył szyjowych. 4) Niezarośnięcie otworu owalnego może być również przyczyną tego objawu. 5) Może on też powstać i bez wszelkiego śladu zrostów osierdzia. 6) Nie może więc mieć patognomonicznego znaczenia dla zrostów osierdzia.

M. Hopfenblum.

6. QUIST (z Helsingforsu). **Sztuczna hodowla szczepianki ochronnej.**—(*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 52*).

Wielokrotnie opisywano już w limfie humanizowanej krowianki obecność drobnowidzowych ustrojów, przeważnie w postaci mikrokokków, mających w średnicy około 0,5 μ . Autor prócz tego znajdował i laseczniki i jeszcze inne postacie, które uważa za dalsze stopnie rozwoju właściwych drobnowidzowych ustrojów ospy—mikrokokków. Dotąd nie udało się jeszcze wychodować tych ustrojów i tym sposobem otrzymać sztucznie skuteczną szczepiankę. Dla osiągnięcia pomyslnych rezultatów należy uczynić zażość dwom głównym wymaganiom, a mianowicie wynaleźć odpowiedni grunt rozplodowy, karmić dla odpowiednich ustrojów i prowadzić hodowlę przy dostępie powietrze. Jak bowiem pokazują doświadczenia, ustroje te należą do tak zwanych „aërobia” (powietrznych); nie mogą one istnieć bez dostępu tlenu—np. w szczelnie zatkanym i zupełnie wypełnionym włoskowatych rurkach, a za to rozwijają się bardzo dobrze w ciałach dziurkowatych, np. na zwyczajnej gąbce zwilżonej odpowiednim płynem, jeszcze lepiej na powierzchni płynu wylanego na szkło zegarowe. Jako płyn rozplodowy

autor brał roztwory białowe: białka surowiczego, kurzego, zawsze z dodatkiem gliceryny, która z jednej strony zapobiega zbyt szybkiemu wysychaniu płynów, a z drugiej strony nie dopuszcza rozwoju innych ustrojów, zwłaszcza grzybków pleśniowych; do tegoż przyczynia się i alkaliczny odczyn płynu. Oto ilościowe stosunki składowych części płynów, używanych przez autora do hodowli:

- 1) surowicy z krwi wołu 1 cz.
 - gliceryny 1 „
 - wody przekropl. 1 „
 - węglanu potasu $\frac{1}{300}$.
- 2) surowicy z krwi wołu 2 cz.
 - gliceryny 1 „
 - wody przekropl. 2 „
 - węglanu potasu $\frac{1}{400}$.
- 3) białka kurzego 1 cz.
 - gliceryny 1 „
 - odwar. kor. ślazu 4 „
 - węglanu potasu $\frac{1}{150}$.
- 4) białka kurzego 1 cz.
 - kleiku z gumy ar. 6 „
 - węglanu potasu $\frac{1}{60}$.
- 5) winianu amonu 1 cz.
 - węglanu potasu $\frac{1}{5}$ „
 - fosforanu „ $\frac{1}{10}$ „
 - siarczanu magn. $\frac{1}{50}$ „
 - chlorku wapna $\frac{1}{100}$ „
 - wody przekropl. 100 „
 - gliceryny 30 „

Przed użyciem płynu należy go wyjałowić, do czego wystarcza zupełnie nagrzewanie przy 60°C w ciągu trzech dni po $1\frac{1}{2}$ godziny. Najdogodniejsza dla hodowli ciepłota jest od $18-21^{\circ}\text{C}$.

Do zapłodnienia można używać wypróbowanej limfy, a jeszcze lepiej kawalków strupka z 8-10 dniowego pryszcza ospy. Przyrządy do hodowli są bardzo proste—szkiełka zegarkowe 3-4 cent. średnicy, albo krótkie próbierki 1- $1\frac{1}{2}$ ctm. szerokości; pierwsze wstawiają się wprost pod szklany dzwon, drugie zatykają się wygotowanymi w parafinie korkami, mającemi nieznaczny boczny otwór.

Za rozwojem sprawy można bardzo

dobrze śledzić na hodowlach w szkiełkach zegarkowych. Górne warstwy płynu już w kilka dni okazują się zdolnymi do szczepienia, po upływie zaś 8-10 dni już gołem okiem można spostrzedz na całej powierzchni płynu bardzo drobne łuszczyki nie łączące się jednak wzajemnie, nieco później na dnie tworzy się szarawy drobnutki proszkowaty osad. Drobnowidzowe badanie zmętniałego płynu wykazuje obecność licznych mikrokokków, łuszczyki powierzchni płynu—składają się zaś z niezliczonych mass tych ustrojów.

Według doświadczeń podanych przez autora hodowle prowadzone w płynach Nr. 1, 3, na szkiełkach zegarkowych, zaszczepione po 8 dniach dzieciom, okazały się b. skutecznymi. Hodowla w płynie składającym się z 1 cz. gliceryny—2 cz. wody (o słabo alkalicznym odczynie) nie dała przy szczepieniu tak pomyślnych wyników, jak prowadzone w jednym z wyżej opisanych płynów, pomimo że zwykła krowianka przyjęła się u wziętego do doświadczenia osobnika.

Oprócz tego autor otrzymywał dodatnie wyniki przy szczepieniu drugiego pokolenia mikrokokków, t. j. hodowli otrzymanej przez zapłodnienie płynem wziętym z jednej z poprzednich hodowli. Przechowywanie takiej sztucznej szczepianki udaje się bardzo dobrze w rurkach włosowatych; szczepienie płynu przechowywanego od trzech tygodni wypadło zupełnie pomyślnie.

Co się tyczy ochronnych własności ospy szczepionej w ten sposób—to przekonanie się będzie można o tem dopiero w razie epidemii ospy. Jednak już i w tym kierunku autor zrobił jedno doświadczenie. Dziecku, któremu przyjęła się sztuczna ospa autora, zaszczepiono 7 dnia od pierwszej operacji, naturalną limfę.—Po upływie tygodnia wytworzyły się zaledwie tylko małe guziczki, podobnie jak to bywa zwykle przy powtórnem szczepieniu krowianką wykonywanem 8 dni po pierwszym, dodatkiem. H.

7. RIESS. **O przeciwgorączkowym działaniu kairyny.** *Ueber die antiperetische Wirkung des Kairin.* (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 53).

Brak dostatecznej ilości spostrzeżeń, co do wartości klinicznej kairyny, skłonił autora do zbadania tego leku, co też uczynił, stosując go u chorych w ogólnym szpitalu Berlińskim, w rozmaitych chorobowych przypadkach, mianowicie: u 11-u chorych tyfusowych, 5-ciu przypadkach zapalenia włóknikowego płuc, 1-ym gorączki gastrycznej, 1-ym płonicy, 2-ch róży, 1-ym suchot płucnych i 4-ch zimnicy.

Dawki 0,5 grm. do 1,0 grm., podawane w dłuższych przerwach czasu, okazały się za małe do wywołania znacniejszego stałego obniżenia się ciepłoty.— Najlepszy sposób podawania okazał się następujący: dopóki ciepłota dosięga 39° C., należy stosować jedno-gramowe dawki co godzinę; gdy zaś opadnie do 38° C. wystarczają półgramowe, — podawane w przerwach dwugodzinnych; tak, że przy ciągłej gorączce w ciągu 24-ch godzin zużywa się do 9 grm.

Energiczniejsze i więcej stałe jest działanie kairyny przy gorączkach zwalniających i przepuszczających, jak np. w ostatnich dniach tyfusu, przy zimnicy i suchotach płucnych, lecz i tu pojedyncze dawki nie wystarczają, dopiero po kilkakrotnem podaniu leku ciepłota stale się obniża.

Kairyna nigdy nie wywołuje ubocznych objawów, jak to bywa po użyciu chininy lub kwasu salicylowego, po których występuje szum w uszach, ból głowy, bredzenie, upadek sił etc. Po zażyciu kairyny chorzy czują się swobodni, częstokroć znika zajęcie sensoryjum, — zmniejsza się częstość tętna stosownie do obniżenia się ciepłoty i nigdy prawie nie bywa zaburzeń żołądkowych. Nie miłe następstwa podawania kairyny stanowią dość znaczne poty, występujące często jeszcze przed obniżeniem się ciepłoty.— Dreszcze towarzyszą także przy użyciu

tętego środka, stopień natężenia ich stanowi zjawisko czysto osobnicze.

Największa dawka jaką autor stosował wynosiła 3,5 grm.; było to u chorego tyfusowego przy ciepłocie 39,0 – 40,0, po 4-ch godzinach ciepłota obniżyła się do 35,8° C., lecz równocześnie powstała sinica, stan apatyczny i tętno obniżyło się do 36-ciu uderzeń na minutę; te objawy upadku sił wkrótce ustąpiły pod wpływem środków podniecających, lecz zniechęciły autora do dalszego stosowania większych dawek tego środka. Natomiast dawki 2,0 do 2,5 grm. nie wywoływały szkodliwych następstw i znoszone były znakomicie, powodując dłużej trwające obniżenie się ciepłoty. Kilka tylko razy wystąpiła lekka sinica, niekiedy zdarzało się wesołe bredzenie, a w niektórych przypadkach pojawiło się białko w moczu; objawy te jednak szybko ustępowały, nie doprowadzając do upadku sił.

Przeciwtypowych własności kairyna nie posiada. Autor kończy swoją pracę, porównyując kairynę z chininą i kwasem salicylowym, przekłada on pierwszą z powodu braku objawów ubocznych, wstrzymuje się jednak z wypowiedzeniem stanowczego zdania co do wartości klinicznej tego leku, co mogą stwierdzić dopiero dalsze spostrzeżenia.

C. Stiche.

8. SCHAEFFER. **Papayotylna przy błonicy.** *Die Behandlung der Diphtherie mit Papayotin.* Berl. klin. Wochenschrift Nr. 52.

Chociaż błonica od dawna została patologicznie zbadaną i opisaną, lecz dotychczas nie posiadamy środka leczniczego dla usunięcia lub zapobieżenia takowej.

Leki, które przy pewnej epidemii i w danej chwili miejscowości okazały się skutecznymi, w innych warunkach pozostają bez rezultatu.

Literatura rzadko której choroby jest tak bogata w opisy rozmaitych sposobów leczniczych, jak błonicy; każdy z nowo zjawiających się środków

bywa przy niej zalecanym. Dla przedstawienia obrazu sposobów leczenia błonicy, autor wymienia po krótko prace rozmaitych klinicystów tyżące się omawianej choroby, nadmienając, iż wszyscy otrzymali najlepsze rezultaty przy leczeniu antyseptycznem.

Senator, nieprzyjaciel pędzlowania gardzieli, poleca płukanie z Kali hypermangan; kali chloric., lub Aq. Calcis.

Shüler, Letzrich, Ilanov, stosują kwas salicylowy, gdy Werthajmer widzi lepsze rezultaty przy używaniu kwasu borowego.

Averbeck i Giacchi radzą używać do wdmuchiwań flor. sulphuris non. depurat. Smith przemawia za antyseptycznem leczeniem gardzieli i jamy nosowej.

John Day używa rozczyynu eterycznego Hydrogen. hyper oxydatum.

Wagner odrzuca wszelkie środki drażniące, polecając: Aq. Calcis, acid. lactic., Lithium. carbonicum., Solutio pepsini, wżiewania i wdmuchiwania ex alumen, torrin., flor. sulphur., kali chloric., acid; carbolic., acid. sulphuros, acid. salicylic., acid. sulphuros., soli siarko-karbolowych, jod, brom, cynober, hydrogen. hyperoxydat., aether. sulphuric., glicerin, spirit rectificat.

Oprócz tego inni autorowie stosują: acid. fluor-hydric., acid. citric., ol. eucaipti. natr. benzoic., Liquor ferri sesquichlorati.

Rokitansky, Schwartz i Korn zalecają chloral hydrat. Gutmann widział dobre rezultaty przy pilokarpinie. Erichsen podaje hydrargyrum cyanatum.

W najnowszych czasach zaczęto używać z dobrym skutkiem chinolinę (por. ze spostrzeżeniem Seiferta w Misc.) W ciągu 10-ciu lat autor miał do czynienia z czterema epidemijami błonicy i stosując rozmaite z wyżej wymienionych środków, otrzymywał najczęściej rezultat ujemny.

W ostatnich czasach zaczął stosować papayotyne w pięcioprocentowym rozczywie. Pędzlowania muszą być rozpo-

częte w najwcześniejszym chorobowym okresie i wykonywane z wielką ostrożnością, aby uniknąć możliwego podrażnienia. Papayotyne musi być zupełnie świeżą.—

Pędzlowanie należy uskutecznić co 10—15-tu minut, i wtedy po 2-ch do 5-ciu godzinach znika zupełnie wysięk blonicy.

Oprócz pędzlowania papayotyne, należy podawać do wewnątrz natrum salycilic.

Dalej, autor nadmienia, iż zazwyczaj równocześnie ze zniknięciem wysięku następuje obniżenie się ciepłoty i poprawa ogólnego stanu chorego, co dowodziłoby iż choroba tu jest czysto miejscową.

Z 47-miu dzieci leczonych papayotyne umarło troje; jedno natychmiast po wżycie lekarza, drugie u którego pędzlowania nie były dość częste.

Dr. Ewart radzi zamiast bardzo drogiej papayotyny używać pankreatynę, która jest o wiele przystępniejszą w cenie, a także posiada własności rozpuszczania ciał białkowych.

C. Stiche.

Danilewsky w Petersburgu używał w 10-ciu przypadkach z dobrym skutkiem sztucznego soku żołądkowego o następnym składzie:

Pepsini germ. 4,0

Acidi mur. dil. dr. 15—20

Aq. destillat. 180,0

DS. płókanie 3—4 na godzinę.

(Przyp. red.).

9. O. KOERNER. **W kwestyi przeżuwania u człowieka.** *Beiträge zur Kenntniss der Ruminatıon beim Menschen.* (D. Ar. f. klin. Med. T. 33 Z. V).

Kilka spostrzeżeń autora, tyżących się przeżuwania u człowieka, pozwala mu zrobić pewne uwagi w tej kwestyi, w ostatnich czasach wyczerpująco opisanej przez Dumur'a i Pönsen'a. Przeżywanie zdarza się u ludzi zdrowych, zarówno jak i u cierpiących na chroniczny nieżył żołądka. Jednak z pewną różnicą: zwyczajne bywa tylko po znacznem wypełnieniu żołądka, zaczyna się wpółgodziny po je-

dzeniu, a pokarmy nie mają kwaśnego smaku. Przeżuwanie wikłające niezbyt żołądka, następuje już po przyjęciu małej ilości pokarmów, zaczyna się zaraz po jedzeniu, nawet po każdej potrawie, a pokarmy w skutek fermentacyi w żołądku mają przykry smak.

Autor przyjmuje określanie Pönsgena, który rozróżnia przeżuwanie, cechujące się przez powtórne żucie i połykanie, od prostego wracania się (*regurgitatio*) pokarmów, które bywają przytém wydalane z ustroju. Jako przyczyny przeżuwania podaje autor naśladownictwo, wpływ płciowej sfery (*macinnica*), uporczywe zaparcie stolca, które prawie zawsze mu towarzyszy. Antrum cardiacum, spotykane bardzo często w towarzystwie opisywanego objawu, może się rozwinąć wskutek wysiłków, czynionych przez chorego, by niedopuszczyć do przeżuwania; jest więc prędzej skutkiem, niż przyczyną przeżuwania.

Co do rokowania to zwyczajne przeżuwanie nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla życia; dyspeptyk za to — wypluwając powracające się pokarmy, — traci część pożywnego materijału, połykając zaś powtórnie — zwiększa swą niestrawność. — Użycie lodu po jedzeniu wstrzymuje przeżuwanie, jak to zauważył autor u jednego chorego.

M. Hopfenblum.

10. AUFRECHT. Leczenie ostrego zapalenia nerek. *Zur Therapie der acuten Nephritis.* (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 51 — 1883).

Ostre śródmiaższowe zapalenie nerek (w czasie ciąży, połogu, po płonicy, dyfteryi, odrze i cholery, jak również rozwijające się u zdrowych zresztą ludzi wskutek „zaziębienia”), rzadko kończy się śmiercią i pozwala w ogóle na zupełnie dobre rokowanie.

Co się tyczy leczenia, to autor po pierwsze odradza stanowczo użycia środków napotnych, a zwłaszcza moczopędnych, uważając je wprost za szkodliwe. — Ze

środków aptecznych ogranicza się on do zupełnie obojętnych, np. *Natr. bicarbonicum c. Aq. amygd. amar.* i przetworów żelaza, jeżeli w końcu choroby rozwinie się niedokrewność. Główny nacisk należy kłaść na dyetę i zachowanie się chorego w ogóle. Dopóki nie znikną ostatnie ślady białka w moczu, co następuje w przeciągu 3—8 tygodni, chory nie powinien wstawać z łóżka. Przez pierwsze dwa tygodnie należy pożywienie ograniczyć do kleiku, kaszki drobnej, zupy z mąki, potraw mącznych, kawy słodzonej z mlekiem, lub bez i bułek z masłem. Jednostajność tej diety można urozmaicać kompotami z owoców. W końcu drugiego tygodnia można dozwolnić więcej mleka i, choć lepiej jeżeli można jeszcze później, nieco rosolu. Do zwykłego pożywienia należy wracać b. powoli i oględnie.

Jak widzimy autor w przepisie diety wyłączył o ile można pokarmy białkowe, w ogóle azotowe. Opiera się on przy tem na tej podstawie, że, ponieważ przy ostrem cierpieniu nerek, chorobowej sprawie ulegają przeważnie części nabłonkowe, których zadaniem jest wydzielanie azotowych składników moczu, przeto należy je, przez wzgląd na stan ich podrażnienia, oszczędzać, co osiągamy właśnie przez ograniczenie o ile się da pokarmów azotowych. Niewyrównywane utraty białka w moczu są o wiele mniej groźne, niż zaburzenia nerkowego przesączania; przy tem wyłącznie roślinne pożywienie nie trwa zbyt długo, 2 — 14 dni — przez przeciąg pierwszego okresu zapalenia nerek, i nie jest znowu tak skąpem, aby mogło samo przez się upośledzać ogólne odżywianie chorego.

Autor widział korzyści takiego postępowania w wielu razach i przytacza przypadek 80-godzinnego bezmoczności u 8-mioletniego chłopczyka, który przy powyższym sposobie leczenia zakończył się zupełnie pomyślnie.

Senator przeciwstawia również dobre

skutki dyetetycznego zachowania się w tych razach bezskuteczności wszelkich leków, i zaleca trzymanie chorego jaknajdłużej w łóżku (przez całe miesiące), przy przeważnie roślinnem pożywieniu. H.

11. Przypadek stanu letargicznego, który trwał przeszło dwadzieścia trzy tygodnie bez przerwy. („*The Lancet*,” 22-go grudnia, 1883). Udział w obserwacji przyjęli: Dr. J. Coats, pełniący obowiązki miejscowego lekarza zakładu; Dr. Finlayson; Dr. Yellowlees (z królewskiego przytułku w Glasgow); Dr. A. Robertson ze szpitala miasta) i Dr. Graham i inni.

Pani M. J... w wieku lat trzydziestu dwóch, przyjętą została do szpitala „Western Infirmary” 1-go sierpnia 1883. Według sprawozdań asystentów: Hawthorne’a, J. Camerona (chirurgów) i D-ra Kerra (terapeuty) chorą przywieziono w stanie nieprzytomności i osłabienia niezmiernego. Mąż pacjentki zakomunikował co następuje: Przed 11-tu tygodniami odbyła ona poród; w pierwszym tygodniu połogu miała się dość dobrze i nie przedstawiała żadnych objawów chorobowych, okazywała tylko pewien rodzaj znużenia i niechęć do rozmowy. Po upływie niespełna czterech tygodni po porodzie przestraszona ogniem, pacjentka, nie wydając żadnego okrzyku lub innego objawu przestachu, zamknęła oczy, upadła w tył na krzesło i straciła przytomność, od tej chwili nie okazywała najmniejszych poruszeń i w takim stanie zaniesioną została na łóżko. W takim też stanie znalazł ją przywołany Dr. Graham. Jakkolwiek w ciągu pierwszych trzech tygodni udawało się karmienie chorej łyżką, Dr. Graham zastosował sondę żołądkową. Ścisłe wywiady wykazały, iż w pierwszych dniach choroby nieprzytomność nie była tak zupełną jak później, kiedy nigdy już nie poznawała nikogo z odwiedzających i znaku życia prawie nie dawała. Mąż chorej oraz kobieta, która ją doglądała przez miesiąc, twierdzi, iż pacjentka nigdy nie oddawała stolca pod siebie, ani też nie kładzono jej

nawet basenu do łóżka (zważyć wszakże wypada, iż po przyjęciu do szpitala chora zawsze oddawała stolec w łóżko i enemy, które były od czasu do czasu stosowane, wywoływały skutek natychmiastowy). Jediną różnicę pomiędzy snem a czuwaniem stanowiło, według wiadomości przez męża chorej udzielonych—sapanie podczas snu. W szpitalu siostra Sutherland obserwowała wielokrotnie, iż sapanie to niekiedy występowało w nocy, podczas gdy w dzień nie spostrzegano go ani razu, lubo nieprzytomność w dzień i w nocy była równie głęboką. Pacjentka jest matką sześciorga dzieci, w poprzednich połogach żadnych chorób nie doświadczała; dzieci są zdrowe. Według zeznania męża, chora nigdy nie okazywała objawów choroby umysłowej, była religijną, ale nie do przesady, objawów hysterji nie spostrzegano u niej również.

W sierpniu (po wstąpieniu do szpitala) pacjentka leżała wciąż nieruchomo, nieprzytomna, członki były zupełnie bezwładne i nie okazywały ani śladu sztywności kataleptycznej i nie wykonywały najlżejszych ruchów (ani mimowolnych, ani zdradzających udział woli). Chorą karmiono trzy razy dziennie za pomocą sondy żołądkowej, nie napotykając przytem najmniejszego oporu. Wyglądała jak osoba pogrążona w śnie głębokim, z oczami zamkniętymi; żadnego nie miała wyrazu w twarzy, wyjąwszy lekkich odruchów np. przy drażnieniu podeszew. Czucia w zwykłym znaczeniu tego wyrazu, nie obserwowano. (Dr. Coats a później i Dr. Gaizdner) ani przy drażnieniu strumieniem elektrycznym, ani przy kluciu szpilką, tylko strumień przerywany wywoływał lekkie skurcze mięśni przedramienia i ramienia; podobnie i mięśnie twarzy podlegały wpływowi strumienia przerywanego; najbardziej zaś zachowane były odruchy powiek; przy otwarciu forsownem górnej powieki takowa okazywała dążność do opadania. Mocz pierwotnie wypuszczano za pomocą cewnika, dla zapobiegania przemoczenia

pościeli, później jednak zaprzestano użycia kateteru. Karmienie chorej odbywało się jak następuje; o 9-ej godzinie rano kleik na mleku w ilości 10—12 uncji; to samo i o godzinie 9-ej wieczór, O godzinie 3-ej po południu dostawała chora mocnego rosolu wygotowanego z funta mięsa. Od czasu do czasu dostawała też sucharki skruszone, arrowroot oraz proszek z biskoptów — zawsze przez sondę żołądkową.

8-go września Dr. Robertson opierając się po części na wnioskach teoretycznych, a po części na doświadczeniu nabytem przy spostrzeganiu wypadku katalepsji — rozpoczął na chorej doświadczenia, co do wpływu odmiennej temperatury zastosowanej do okolic potylicznej i łopatkowej, za pomocą wody ogrzewanej od 100—110° F.; ciepłota ciała podwyższała się przytem o 1½° F.; tętno przyspieszało się nieco, atoli żadnych innych zmian w chorej nie wywołano; doświadczenia te w końcu zawieszono.

Opisany przebieg choroby obserwowano we wrześniu i w październiku. 14-go listopada sprawozdanie Gaizdner'a brzmi jak następuje: Podczas całego okresu obserwacji chora, jak o tem stanowczo utrzymywać można — nie wykonała najmniejszego poruszenia członkami lub tułowiem; jedyne jakoby czynne poruszenia obserwowano na ustach przy wprowadzaniu zgłębnika żołądkowego, a również i wymienione wyżej ruchy powiek nie były jak się zdawało zupełnie niezależne od woli, lubo przeważnie okazywały cechę odruchów. Co się tyczy wyglądu ogólnego chorej — ze stanowiska możliwości chowania ludzi w śnie letargicznym pogrążonych, zauważa Dr. Gaizdner, iż ścisłe badanie ani na chwilę nie pozwalało tu przypuszczać prawdziwej śmierci. Świeża barwa twarzy była zawsze zachowaną. Ciepłota ciała była prawidłową, lubo ręce i nogi częstokroć były zimne, transpiracja skórna istniała: przy starannem badaniu oddech zawsze można było spostrzedz (12—16 na minutę), tętno wyczuwalne lu-

bo słabe (72—76 na minutę) regularne. Żrenice wąskie oddziałują lekko na mocne i nagłe wrażenia świetlne. Drażnienie powiek lub nozdrzy wywołuje lekkie odruchy w powiekach. Zupełne przekucie skóry (do krwi) nie spowodza najbliższych odruchów. Kończyny nie okazywały sztywności kataleptycznej i ruchom biernym nie okazywały najmniejszego oporu. Niebezpiecznych objawów śpiączki lub zapaści nie obserwowano wcale, atoli pomimo starannego karmienia, chora szczupłała stopniowo.

18-go listopada Dr. G. powtórzywszy doświadczenia nad wpływem pobudek zmysłowych u chorej (wprowadzenie tabaki w nos, nagły krzyk nad uchem) nie wywołał najmniejszego skutku, atoli tegoż dnia po przybyciu męża, który od chwili przyjęcia chorej do szpitala po raz pierwszy ją odwiedził, odzyskała przytomność; zauważono u niej łzy w oczach, a po upływie pewnego czasu, gdy mąż kilkakrotnie do niej zwrócił mowę, wyrzekła po dwakroć: „Bóg mi pomoże.”

W dwadzieścia trzy godziny potem (19-go listopada o godz. 3-ej po poł.) chora po raz pierwszy obudziła się ze stanu letargicznego, który trwał tyle miesięcy; w godzinę po wprowadzeniu sondy żołądkowej sąsiednia chora posłyszała iż pacjentka modli się; przybyła natychmiast siostra Sutherland, spostrzegła iż oczy jej były otwarte i załamane. Posłano po D-ra Kerra, który zadał szereg pytań pacjentce. Odpowiadała zupełnie przytomnie, zdradzając dość rozwiniętą inteligencję, nie wiedziała o niczem, co się z nią stało od chwili porodu, nie pamiętała nawet odwiedzin męża. Podano jej nieco płynu i kawałek biskoptu, które zjadła bez trudności. Wieczorem tegoż dnia chora rozmawiała swobodnie z mężem i siostrą miłosierdzia (w obec D-ra Gaizdnera); od tej chwili przyjmowała pokarm sama; a nazajutrz już stan jej był zupełnie pomyslny.

Ze starannego raportu D-ra Grahama,

który leczył chorą przed jej wstąpieniem do szpitala, pokazuje się, że poród odbył się zupełnie prawidłowo, że ani odchody połogowe, ani cały przebieg położu nie przedstawiały zбочeń najmniejszych, że w półtrzecia tygodnia po porodzie używała już przechadzki po za domem, że była niezmiernie nerwową i anemiczną, oraz cierpiała na kłębek maciniczny (globus hystericus). Zresztą była inteligentna i zбочeń umysłowych ani śladu nie okazywała. Ciotka chorej zmarła w przytułku dla pijaków, jeden z braci ciotecznych był samobójcą, drugi znajdował się dwa razy w przytułku dla obłąkanych.

Porównyując przypadek opisany z innymi wypadkami pognębenia histerycznego lub ekstazy religijnej (naprz. ze znanym wypadkiem Ludwiki Lateau, jak go opisał Dr. Warlomont) zaznacza Gaizdner przede wszystkim zupełny brak najmniejszych nawet objawów nieprawidłowej emocji lub koncentracji umysłu.

J. Polak.

12. NEUKIRCH. Dwa przypadki przewlekłego zatrucia rtęcią. (*Berl. klin. Wochenschr. Nr. 53—1883*).

Oba spostrzeżenia godne są uwagi ze względu na przyczynę. 25-letnia dama, brzemienna, uskarżała się na silny ból szczęki dolnej—było to zapalenie okostnej wyrostków zębodołowych. Dziecię wkrótce potem zrodzone miało wodogłowie i zmarło podczas aktu porodowego.—W rok później cierpienie szczęki wzmogło się znacznie: silne bóle, bolesność przy nacisku i ruchu, obrzmienie gruczołów podszczękowych, silne zapalenie ust ze śluzotokiem i poczynającym się zniszczeniem dziąseł — wszystkie te objawy nie pozwalały wątpić o zatruciu rtęcią. Poddany badaniu moczu rzeczywiście zawierał rtęć.

W drugim przypadku cierpienie trwało od czterech lat. Chora, niezmiernie wyniszczona, nie porusza prawie ustami z obawy bólu, mówi nawet przez zęby. Dziąsła pokryte szaro-żółtą gęstą ropą, szczę-

ka dolna bardzo bolesna przy dotyku, gruczoły podszczękowe powiększone, zapach z ust odrażający. I u tej chorej znaleziono rtęć w moczu. Chora w ciągu ubiegłych czterech lat była niejednokrotnie w leczeniu—rozpoznawano między innymi gnilec, stosowano bezskutecznie najrozmaitsze środki zewnętrzne i wewnętrzne, stan tymczasem chorej pogorszał się ustawicznie.

W obu przypadkach użycie rtęci w celach leczniczych lub kosmetycznych było najskrupulatniej wykluczone. Jedyłą przyczyną były lustra z poiewą rtęciową, znajdujące się w sypialnym pokoju chorych; w pierwszym wypadku lustra były świeżo przygotowane, i rtęć wystąpiła przez drewniane zamknięcie lustra w postaci tysięcznych kuleczek, w drugim lustro było stare potłuczone, a polewa dawała się zdejmować przez proste potarcie szkła; zatrucie nastąpiło zapewne przez wdychanie pary rtęciowej.

Potwierdza to oświadczenie chorych, że każda dłuższa niebytność w domu, oraz ciepłe pory roku, w których mieszkanie było więcej przewietrzane, wpływały dodatnio na ich ogólny stan zdrowia.

Po usunięciu przyczyny zatrucia wyleczenie nastąpiło w pierwszym wypadku, w kilka dni, w drugim bardzo powolnie.

Czy i wodogłowie dziecka było skutkiem zatrucia rtęciowego, sądzić trudno.

Funk.

II. Syfilidologija.

13. P. FÜRBRINGER. Rozpoznawanie wycieków cewkowych. *Monatschrift für praktischen Dermatologie. Jänner—1883.*

Autor, znany z prac na tem polu, zestawia następujące cierpienia: spermatorrhoea, azoospermatorrhoea, prostatorrhoea, urethrorrhoea ex libidine, gonorrhoea chronica. Autor pomija tu pollu-

cyje dzienne i nocne, gdyż o naturze ich nie mogą zachodzić wątpliwości.

1) *Spermatorrhoea*. Rozumiemy pod tĕm mianem utraty nasienne podczas oddawania stolca i bezpoĕrednio po oddaniu moczu, przy opadniętym członku. Jest to stan bardzo czĕsty, niekoniecznie zwiĕzany z niedoĕłżstwem płciowem. Przyczynĕ najczĕściej jest gonorrhoea, lub nadużycia płciowe, zwiĕszcza samogwałt.

2) *Azoo-spermatorrhoea* przedstawia to samo cierpienie, róźni siĕ jedynie brakiem ciĕłek nasiennych. Jest to spermatorrhoea, ale u osobników, których jĕdra przestały wytwarzaĕ ciĕłka nasienne, przewaźnie wskutek obustronnego zapalenia przyjĕdrzy. I to cierpienie jest dośyĕ czĕste.

3) Nierównie rzadszĕ jest rzeczywista *prostatorrhoea*. Może to byĕ wyciek ciĕgły, lub jak poprzednie zwiĕzany z oddawaniem kału i moczu. Najczĕstszĕ przyczynĕ jego jest prostatitis chronica gonorrhoeica, skłĕda siĕ on z soku prostaty, śluzu i ropy.

4) Pod *urethrorrhoea ex libidine* rozumiemy skĕpĕ wydzielinĕ śluzowĕ, wystĕpujĕcĕ tylko przy pobudzeniu płciowem i naprĕżonym członku, bez ejakulacji i bez uspokojenia. Stan ten, niezmiernie czĕsty, zwiĕszcza u osóĕ wraźliwych, nie może byĕ nawet uwaźany za nieprawidłowy. Czĕsto bĕdnie bywa rozpoznawany jako prostatorrhoea.

5) *Gonorrhoea chronica* nie wymaga bliźszego opisu.

Rozpoznawanie tych wycieków, wymaga dokłĕdnej znajomości normalnych skłĕdowych czĕści nasienia. Nasienie skłĕda siĕ z wydzieliny jĕder, pĕcherzyków nasiennych i gruczołu przyprĕtnego. Wydzielinĕ jĕder przedstawia plyn bardzo gĕsty, biały, bez zapachu; mikroskop odkrywa w nim ciĕłka nasienne. Wydzielinĕ pĕcherzyków jest galaretowatĕ massĕ, rozpuszczalna w pozostałych skłĕdowych czĕściach nasienia.— Wreszcie sok gruczołu przyprĕtnego jest

wodnisty, mleczno-mĕtny z charakterystycznym znanym zapachem; pod mikroskopem znajdujemy, ale bynajmniej nie zawsze, nabłonek gruczołu, amyloidy i niezliczone ziarnka leucytyny.

Autor juź dawniej wykazał ¹⁾, że t. zw. *kryształy nasienne* można odkryĕ w kaźdem nasieniu, zwiĕszcza przy wysuszeniu. Kryształy te sĕ solĕ fosforowĕ mało znanej jeszcze organicznej zasady (Schreiner).— Zasada ta znajduje siĕ stale w soku gruczołu przyprĕtnego i nadaje jej włĕciwy zapach, fosforanów zaś dostarczajĕ inne czĕści skłĕdowe nasienia. Za dodaniem kwasu fosfornego do soku gruczołu przyprĕtnego otrzymamy zawsze obfite kryształy.

Majĕc te dane łatwo zrozumiemy, że rozpoznanie prawdziwego nasieniotoku jest nader łĕtwem; starczy tu skonstatawanie pod mikroskopem licznych ciĕłek nasiennych w wycieku posiadajĕcym znane zewnĕtrzne cechy nasienia. Równieź łĕtwem jest rozpoznanie *urethrorrhoeae ex libidine*. Wyciek ten pochodzi z gruczołów Coupera i Littrĕ'go, jest przejrzysty i lepki, zawiera mucynĕ a pod mikroskopem znajdujemy w nim najwyżej nieco komórek nabłonkowych, nigdy zaś kryształów nasiennych. Te cechy wraz z warunkami powstawania tego wycieku (orgasmus) dostatecznie zapewniajĕ rozpoznanie. Pozostaje zatem do rozpoznania azoo-spermatorrhoea, prostatorrhoea i gonorrhoea chronica. Obfitośĕ wydzieliny i zwiĕzek z wypróźnieniami wyklucza tryper, przeciwnie przy bardzo skĕpej wydzielinie (kropla, do paru kropel dziennie) możemy wykluczyĕ azoospermatorrhoeam.

W azoo-spermatorrhoea wyciek skłĕda siĕ z wydzieliny pĕcherzyków nasiennych i gruczołu przyprĕtnego, podobny jest do prawidłowego nasienia, posiada ten sam zapach i daje równieź kryształy nasienne, nie zawiera tylko ciĕłek nasien-

¹⁾ Por. Kon. Lek. 1882 Nr. 2.

ných. Nieobecność w wycieku ciałek ropnych ułatwia rozpoznanie tego cierpienia, wykluczając tryper i prostatorrhoeam. Niekiedy ułatwia nam rozpoznanie obecność w wycieku tym galaretowatych mass podobnych do napęczniałych ziarn sago. Jest to wydzielina pęcherzyków. Jeśli ta już się rozpuściła (w wydzielinie gruczołu przyprątnego), odkryjemy ją łatwo przez dodanie kropli stężonego ługu potasowego lub sodowego do kropli wycieku—wtedy bowiem tworzą się natychmiast gęste białe kłaczkki, (odczyn globuliny).

Gdy próba ta wypadnie ujemnie, wykluczamy azoo-spermatorrhoeam i pozostanie nam tedy jeszcze prostatorrhoea i tryper. W obu wypadkach znajdujemy ciała ropne. Liczne amyloidy, liczne komórki nabłonkowe walcowate, przemawiają za prostatorrhoea. Niekiedy znajdujemy tu pod mikroskopem całe strzępki nabłonka prostaty: są to komórki walcowate, rzędem ustawione i zagłębione w mozaikę okrągłych komórek. Stanowczy wynik da nam zawsze dodanie kropli 1% roztworu fosforanu ammonu—przy prostatorrhoea znajdziemy już wtedy po upływie godziny liczne kryształy nasienne.

Zbadanie gruczołu przyprątnego przez odbytnicę daje nam też cenne wskazówki. Silna bolesność gruczołu przy nacisku ukazuje na jego udział w sprawie chorobnej. Możemy także wycisnąć nieco wydzieliny z gruczołu (po uprzednim przemyciu cewki wodą) i zbadać: nieobecność w wydzielinie tej ciałek ropnych wskaże, że gruczoł przyprątny jest w stanie zdrowia.

W końcu musimy nadmienić jeszcze, że pojedyncze ciała nasienne znajdziemy, nieraz i w trzech ostatnio rozbiernych wyciekach.

Funk.

MISCELLANEA.

14 E. Fränkel. **Wysypki w przebiegu błonicy.** Przedmiotem tym zajmowano się bardzo mało,

jedynie Oertel, Mackenzie i Robinson, opisują **wysypkę rumieniową**, podobną nieraz do płonicy, ale bez następczego złuszczenia. Robierson prócz tego opisuje wysypkę podobną do rumienia wielopostaciowego, rzadszą od poprzedniej.

Autor widział jednak znacznie częściej wysypkę **petechialną**. Zjawia się ona w początku lub w dalszym przebiegu choroby. W paru tylko wypadkach były większe, wzniesione nieco, plamy wybroczynowe.

Wszystkie wypadki autora zakończyły się nieomyślnie—zdaje się zatem, że obecność wysypki przy błonicy pogorsza przepowiednię.

(*Monatshefte für prakt. Dermatologie* Nr. 9—1883).

15 **Syphilis u zwierząt.** Proksch, wybornie zaznajomiony z bibliografią syfilisu, zebrawszy wszystkie odnośne spostrzeżenia, dochodzi do następujących wniosków:

1) Miękki szankier może być przeniesiony na zwierzęta i z nich odwrotnie na człowieka. Doświadczenia Auzias-Turenne'a, Langleberta, Diday, Wallera, Sigmunda, M. Robert'a, Sperino, Boeck'a, Auspitz'a, Zeissla i innych nie pozwalają o tem wątpić.

2) Nie tak pewną, ale bardzo prawdopodobną jest możliwość przeniesienia syfilisu na zwierzęta.—Na wiarę zasługują zwłaszcza doświadczenia z dodatnim wynikiem Auzias-Turenne'a, Legros, Lancereaux, Bradley'a, Klebsa i Haensell'a. Inne są mniej pewne. Wobec znacznej ilości ujemnych wyników możemy tylko powiedzieć, że nie znamy warunków niezbędnych dla zaszczepienia syfilisu zwierzętom.

(*Vierteljahrsschrift f. Dermatologie u. Syphilis.* 1883.—Zesz. 2).

16 Roztwór apomorfiny do wstrzykiwań podskórnych w celu wywołania wymiotów:

Rp. Apomorphini hydrochl.

0,05 centygram.

Spirit. rectific. gtt. XV

Aq. destill. 6 grm.

MDS. 10 kropli na jedno zastrzyknięcie u dorosłego.

Roztwór trzeba zawsze przygotowywać świeżo. Wymioty następują b. szybko i są mniej przykre niż przy użyciu emetyku lub ipekakwany.

(*G. M. de Paris* 49).

17 SEIFERT.—Przytacza 40 wypadków dyfterytu leczonych chinoliną.

Zewnętrznie do pędlowania części chorobną sprawą zajętych używał następującego roztworu chinolini puri 5,0; alcohol aq. destil. aa 50,0.— Oprócz tego zalecał chorym płukanie ex. chinolini puri 1,0 aq. destil. 500,0; spir. vini 50,0; ol. menth. pip. gr. 2. Zimne—lodowe okłady w około szyi i do wewnątrz obojętny środek np. Potiv Riveri. Średnio w 40 przypadkach kuracja ciągnęła się 2 dni, choroba zaś 3—4 dni. Wszyscy wyzdrowieli. W rzadkich przypadkach dostatecznym było pę-

dzłowanie chinoliną 2 razy dziennie. W niektórych przypadkach pendzłowanie powtarzano do 12 razy na dobę, co 3—4 godzin. Po każdym pędzłowaniu można było spostrzedz podmiotowe polepszenie—szczególniej przy polykaniu.

Autor z tych doświadczeń wyprowadza następujące wnioski i chinolina, jako środek przy błonicy, okazuje niezaprzeczoną usługę, znacznie zmniejszając czas przebiegu choroby i łagodząc ból, niezupełna doniosłość tego środka polega na tem, że nie chroni od powikłań, a mianowicie od endocaryditis et neuritis.

(Berl. klin. Woch. Nr 36, 37—1883).

18 Dr. CHUDZYŃSKI (z Tunisu) w korespondencji do „Gazety lekarskiej”, podaje następujący przypadek przeciwko błonicy, której obserwował ważniejszych przypadków 188 (w Tunisie panuje dwa razy do roku epidemia tej choroby).

Rp. Acidi lactici 4,0 drachm

Aquae destillatae 10,0—15'0 około

3—4 drachm

MDS. Do pędzłowania co 3 godziny.

W przypadkach błonicy zgorzelinowej zaleca on **acidum lacticum purum**. Nadto do wewnątrz roztwór kwasu mlecznego z drachmy na 9 uncji, co 2 godziny łyżeczkę od kawy. W przypadkach obrzmienia gruczołów podszczękowych poleca Ch. wcierania ręcicowe i naftalinowe, oraz płukania z chloranu potasowego. Zdaniem autora inne środki przeciwko błonicy stosowane—pilocarpina, azotan srebra kwas karbolowy i salicylowy, półtorachlorek żelaza i t. p.—skutkują tylko w cięższych wypadkach dyfterytu.

(Gazeta lekarska. 52—1883).

19 **Strumień elektryczny przeciwko braku miesiączki Ernesta Paper**.—Opisuje dwa przypadki uleczenia braku miesiączki (amenorrhoea) za pomocą strumienia elektrycznego.—Pierwszy przypadek dotyczył 29-letniej bezdzietnej mężatki która po raz pierwszy dostała miesiączki w 15-ym roku życia i miesiączkowała prawidłowo do 25-go roku życia, w którym peryjody wstrzymały się, a w okresie im odpowiadającym występowały mocne bóle w brzuchu, ból głowy, oraz ogólne objawy nerwowe, które trwały od 7 do 8 dni. Żelazo i wszelkie emmenagoga pozostały bez skutku. Badanie narządów płciowych wydało rezultat ujemny.—Autor upatrując przyczynę braku miesiączki w atonii macicy zastosował strumień stały o sile 16-tu ogniw, przykładając biegun dodatni do pociowomocznego ośrodka Budge'go, a ujemny do szyjki macicznej (za pomocą zondy). Po 16-tu posiedzeniach miesiączkowanie się zwróciło i trwa ustawicznie w prawidłowej postaci. Drugi przypadek dotyczył 28-letniej mężatki, która od 5-ciu miesięcy przestała być miesiączkować. Po bezskutecznym użyciu ruty, sabinae, upustów krwi miejscowych, astosowano strumień galwaniczny w sposób opisa-

ny powyżej, i po 20 posiedzeniach peryjody ukazały się i od tej pory (od 6 miesięcy) powtarza się prawidłowo.

(L'imparticle. 22—1883).

20 Nadliczbowe gruczoły sutkowe. —

W Montio (Badajoz), mieszka kobieta posiadająca cztery gruczoły sutkowe; dwa położone są w miejscu prawidłowym, dwa inne—nieco mniejsze, znajdują się wyżej od pierwszych, w odległości dwóch centymetrów. Kobieta ta była mamką w służbie u Zawiadowcy stacyi Montijo i karmiła dzieci wszystkimi piersiami, które wydzielały pokarm obfity.

(Il Siglo. Le Preticien 50—1883).

21 Miesiączkowanie dodatnie ektopijne.

Dr. GORDON wspomina o szczególnym przypadku pomienionego zjawiska, które obserwował u pewnej damy: podczas peryjodów dostaje ona zawsze krwotoku z wielkiego palca u nogi. Krwotok ten zawsze odbywa się jednocześnie z wypływem krwi z macicy i wstrzymuje się podobnie jak peryjody—począs ciąży i w okresie karmienia.

(Am. J. of. obs. Le praticien 50—1883).

22 Dojrzałość kobiet w Rosyi później następuje niż u kobiet zachodniej Europy, jak o tem

świadczą przedstawione na siódmym kongresie rosyjskich przyrodników i lekarzy (w Odesie) obserwacje D-ra **Rodzewicza**, dotyczące 44056 kobiet. Miesiączkowanie zaczyna się najczęściej w 16-tym roku, (21% ogólnej liczby), rzadziej w 15-ym, potem w 17, 14, 13, wreszcie w 19-ym roku. Najmłodszy wiek wystąpienia miesiączki wynosił 8 lat, najstarszy—43. U 38 dziewcząt wystąpił pierwszy peryjody w wieku lat 10.

23 Nowy przyrząd do ważenia dzieci zbudowany został w ostatnich czasach przez p. Mathieu w Paryżu i otrzymał premium w tem mieście.

Przyrząd ten składa się ze skrzynki zawierającej mechanizm ważący i opatrzonej na zewnątrz cyferblatem, po którym poruszają się dwie strzałki: kilogramowa i gramowa, oraz z hemaku lub postumentu, na którym kładzie się dziecko. Najważniejsze przymioty przyrządu tego są: szybkość z którą odbywa się ważenie, oraz osobliwość, że nie potrzeba używać don ciężarków.

Gazette des hopitaux. 147—).

24 Rewakeynacja za pomocą krowianki zwierzęcej, oraz limfy ludzkiej. ARMARGAND

w oddzielnej broszurze porównywa limfę zwierzęcą, i ludzką ze względu na powodzenie szczepienia wtórnego (rewakeynacji), jakie wykonanem było w liceach i kolegijach w Bordeaux. Rezultaty zgadzają się w gólności z otrzymaniami poprzednio w r. 1870 przez tegoż autora i przez Bronazdel'a (w Sainte-Barbe). A. wykonał 262 szczepień wtórnych krowianką i 259—limfą ludzką. W 223 wypadkach rezultat był dodatni (43 na 100). Przy użyciu krowianki odsetka przypadków uwieńczonych

skutkiem pomyslnym wynosiła 30, przy użyciu zaś limfy humanizowanej—51 na 100).

(*Le praticien.* 50—1883).

25 **O skuteczności podskórnego użycia środków przeciwcystycznych** wspomina Dubois w Societé de biologie,—który wstrzykiwał santonian sody w ilości 1 gramma—psu, [w którego wypróżnieniach ukazała się natychmiast wielka ilość glist. (*Semaine médicale.* D. M. Z. 52—1883).

26 **Zapobieganie chorobie morskiej.** HENRY BENNET, który sam wykonał przeszło sto wycieczek morskich i obserwował olbrzymią ilość wypadków morskiej choroby, przekonał się na sobie i na wielu pacjentach o skuteczności mocnej kawy czarnej przeciwko temu cierpieniu, używanej mianowicie w następujący sposób: Na jakie cztery godziny przed udaniem się na statek zjeść mały objad. Na godzinę przed wyruszeniem, wypić osłodzonego mocnego napoju z dobrej kawy (45 gramów proszku kawy na 100 gramów wody wrzącej), napój ten działa pobudzająco na nerw współczulny i działaniu to utrzymuje się w ciągu ośmiu do 10-ciu godzin; przy dłuższych podróżach można dawkę wznowiać. Nieskuteczność wielu środków używanych przeciwko chorobie morskiej pochodzi, zdaniem doświadczonego autora, ztąd, iż żołądek nie trawi już środków, gdy choroba morska się rozpoczęła. Lek więc (chlerek, bromek potasu), używać należy na godzinę lub dwie przed udaniem się na okręt. Podczas dłuższych wycieczek otrzymywał Henry Bennet dobre skutki z ławatyw makowcowych (15—20 kropli nalewki makowcowej.

(*British Medical Journal* p. 270—1883).

(*Révue d'hygiène.* Decembre 1883).

27 **Kilka danych statystycznych względem wpływu kanalizacji na zdrowotność** umieszczone w ostatnim tomie „Transactions of the Sanitary Institute of Great Britain”. W Monachium wpływ kanałów wyrażony został następującymi liczbami; od r. 1854 do 1859, kiedy istniały tylko zwykajne jamy w wyhodkach, liczono 27,2 wypadków śmierci z powodu tyfusu—na milion ludności. Od r. 1860 do r. 1866, gdy jamy były już ocembrowane liczono 16,8 zejść tyfusowych na milion ludności; od r. 1866 do 1873 ilość zejść wynosiła 13,3, na taką ilość mieszkańców; wówczas istniała już kanalizacja, ale nie była jeszcze zupełnie ukończoną. Po zupełnem jej ukończeniu w okresie czasu od r. 1876 do r. 1880 liczono zaledwie 8,7 zejść tyfusowych na milion ludności.

W Hamburgu od r. 1838 do 1844 (przed rozpoczęciem budowy kanalizacji), liczono 48,5 zejść skutkiem tyfusu na 1000 umierających. Od r. 1871 do 1880, kiedy kanalizacja była zupełnie zupełnie ukończoną stosunek ten tak znacznie się zmniejszył, iż na 1000

umierających wypadało tylko 13,3 zejść skutkiem tyfusu.

28 **Chryzarobina przy leczeniu haemorrhoidów.** UNNA stosuje środek ten w postaci wazelinowej maści (chryzarobini 5—10, vaselini 100).—Pędzluje on okolicę chorą raz dziennie po oddaniu stolca i starannem oczyszczeniu. Swędzenie znika natychmiast, szyszki ściągają się szybko i mogą przy wytrwałem stosowaniu środka zupełnie zniknąć.

(*Monatshefte für prakt. Dermat.* 1883—str. 78).

Nekrologija.

— 21-go grudnia 1883 r. zakończył dni w 72 roku życia Karol Bogusław **Reichert**, ostatnio profesor anatomii, histologii i embryologii, przy berlińskim uniwersytecie. Zmarły był uczniem J. Müllera, pracował przeważnie nad historią rozwoju, do której postępu dzielnie się przyczynił, a mianowicie przez swoją naukę o listkach zarodkowych (Keimblattlehre), opartą na zasadach teorii cellularnej Schwana i Schleidena. Z prac jego największe znaczenie mają dawniejsze pisane jeszcze we Wrocławiu (przed 1858). Pod koniec bowiem nie mogąc zgodzić się z pojęciami nowocześniejszej teorii cellularnej i uparcie broniąc swych dawnych poglądów—pozostał w tyle i nie mógł się już dźwignąć do dzisiejszego poziomu nauki, do której rozwoju sam się był tak znakomicie przyczynił.

— „**Wszechświat**” Nr. 2 z dn. 13-go stycznia 1884 r. Treść: Barwność kwiatów, przez A. Wrzesniowskiego.— Wyprawy do bieguna północnego, przez D-ra Nadmorskiego. II. Odkrycie i zaludnienie Grenlandyi (dokończenie).— Sztuczne otrzymanie ciał organicznych, przez Zn.— Oświetlenie elektryczne miasta Berlina, przez E. Dziewulskiego.— Korespondencyja Wszechświata.— Niezwykła zorza wieczorna, widziana w d. 31-ym grudnia roku przeszłego, przez B. Eichlera.— Kronika naukowa.— Kalendarzyk bijograficzny. — Odpowiedzi Redakcyi.— Nowe książki.— Ogłoszenia.

— Do niniejszego N-ru Kroniki Lek., dodaje się wykaz rzeczy pomieszczonych w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego za rok 1883, redagowanym przez D-ra R. Jasińskiego.

— Dr. **Słomiński** z Tykocina wniósł rs. 30 na pracownię histologiczną przy Tow. Lek. Warsz.

Wydawca:

Dr. F. Kobylński.

Redaktor odpowiedzialny:

Dr. W. H. Krajewski.