

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

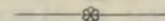
PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

O NIERÓWNOŚCI ZMIENNEJ ŻRENIC

(mydriasis saltans v. alternans).

PODAJE

Dr. W. Miłkaszewski.



(Dokończenie).

Spostrzeżenie III. Zar. Józefa, lat 37, przybyła do szpitala Dzieciątka Jezus na oddział d-ra Chelmońskiego d. 26 lipca 1898 r., ze skargami na odrętwienie kończyn dolnych, niemożność stania i chodzenia, oraz na bóle w boku prawym. Choroba zaczęła się nagle po przewróceniu się na ziemię wśród zupełnego zdrowia przed 4 dniami. Dawniej Zar. była zawsze zdrowa, tylko w dzieciństwie przechodziła ospę i odrę. Rodziła 6 razy, dwa razy bliźnięta. Poronienia nie było nigdy.

Od 7-miu lat stan podobny zdarza się po raz piąty. Pierwszy raz po stłuczeniu kończyny dolnej prawej nagle utraciła w niej władzę na cały tydzień. Po trzech lat znowu jakiś wstrząs nieznaczny pociągnął za sobą bezwład tej samej kończyny, oraz niedowład kończyny górnej lewej i utrudnienie w mówieniu. Po tygodniu stan chorej poprawił się znacznie. Znow po dwóch latach wystąpiło drętwienie w palcach rąk i w kończynach dolnych, które trwało przez czas dłuższy. Przed rokiem powtórzyły się ponownie podobne

przypadłości. W ostatnich dniach dowiedziałem się, że w tym czasie chora leżała u kol. Janowskiego na oddziale; z karty oddziałowej, łaskawie udzielonej mi przez kol. J., wyciągnąłem co następuje: kąt ust prawy jest nieco szerszy od lewego; nieznaczna sztywność mięśni kończyny prawej dolnej, oraz niestałe drżenie mięśni w tej kończynie. Chód powolny, nieco spastyczny. Odruchy kolanowe wzmożone, zwłaszcza prawy; clonus pedium. Źrenice nierówne, lewa szersza 2 razy od prawej; oddziaływanie na światło osłabione, na przystosowanie prawidłowe. Dnia 28, 29 i 30 maja źrenica prawa 2 razy szersza i nie oddziaływa zupełnie; 31/V obydwie źrenice jednakowe. W dalszym przebiegu szerokość źrenic zmieniała się ciągle: jak to widać załączonej w tablicy (p = źren. prawa, l = źr. lewa).

1/VI	2/VI	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
p 1 (2:1)	p 1 (1:3)	p 1	p 1	p 1	p 1 (1:2)	p 1	p 1 (1:2)	p 1	p 1 (1:2)	p 1		p 1 (1:2)		
p \wedge	p \vee	p \wedge	p \vee	p \wedge	p \vee	p \wedge	p \vee	p \wedge	p \vee	p \wedge		p \vee		p \wedge
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
p 1	p 1	p 1	p 1	p 1	p 1		p 1	p 1	p 1	p 1	p 1	p 1	p 1	p 1
p \vee	p \vee	p \wedge	p \vee	p \wedge	p \wedge		p \wedge	p \vee	p \wedge	p \vee	p \wedge	p \vee	p \wedge	p \vee

Chora wypisała się bez poprawy d. 11/VII. 1897 r. z rozpoznaniem: hysteriasis.

Przy pierwszym badaniu znalazłem, co następuje. Chora jest wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego. Tętno 88, oddech 22, stan bezgorączkowy. Narządy klatki piersiowej nie uwydatniają żadnych zaburzeń, prócz stopienia nieznacznego w dolnych ustępach klatki piersiowej po stronie prawej i osłabienia na tem miejscu szmeru oddechowego. Narządy jamy brzusznej są w należyтым porządku. In sulco bicipitali interno po stronach obu dwu — powiększone gruczoły chłonne. Ilość moczu koło 800 ctm.³, ciężar 1021, odczyn kwaśny, mocz mętny, białka i cukru nie zawiera; w osadzie moczany. Kończyny dolne, zwłaszcza prawa całkiem sztywne; zgięcie w stawie kolanowym i stopowym czynne nie możliwe całkiem, bierne zaś tylko w kończynie lewej, a w prawej przy użyciu pewnej siły. Kończyna górna prawa jest słabsza nieco od lewej, męczy się szybko przy ruchu czynnym, a przy biernym stawia pewien opór. Bródka nosowo-wargowa jest głębsza nieco po stronie lewej; kąt ust zbacza nieco w stronę lewą, a koniec języka

trochę w prawą. Ruchy ustami i językiem są zachowane dobrze. Przy mówieniu szpara ustna rozszerza się bardziej po stronie prawej i wargi wywijają się znacznie. Mowa jest nieco utrudniona; chora zacina się w środku wyrazu, z trudnością wymawia niektóre wyrazy, czasami jakgdyby skanduje, przy tem zauważyć się daje drżenie włókienkowe okolicy kąta prawego ust. Chodzenie i stanie jest możliwe tylko przy oparciu z dwóch stron; chora nie zgina całkiem nogi prawej, którą stąpa przeważnie na palcach, lewą zaś powłóczy. Czucie na obudwu kończynach dolnych, zwłaszcza prawej od kolan do dołu znacznie osłabione, przedewszystkiem czucie bólowe, inne rodzaje nieco mniej. Prawa połowa ciała czuje gorzej, niż lewa. Bolesność w boku prawym na miejscu stępienia, powiększa się przy ucisku; po za tem miejscem nigdzie bolesności niema. Odruchy skórne i błon śluzowych normalne; odruchy ścięgnowe nieco wzmożone, zwłaszcza kolanowe, obecny jest clonus pedum. Źrenice są nierówne, prawa nieco szersza; oddziaływanie ich na światło, przystosowanie i ból prawidłowe. Pole widzenia normalne. Siła widzenia jednakowa w obydwóch oczach (emmetropia). Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Na prawe ucho chora słyszy znacznie słabiej, niż na lewe; przewodnictwo dźwiękowe przez kości jest znacznie upośledzone. Pod względem duchowym chora jest w stanie pewnego przygnębienia: pamięć osłabiona, kojarzenie zwolnione i nieprawidłowe, nastrój pośepny, beznadziejny.

Rozpoznanie choroby po pierwszym zbadaniu było dość trudne. Zważywszy jednak przeważnie objawów chorobowych nerwowych po stronie prawej (kął ust nieco w lewą stronę, koniec języka nieco w prawą, osłabienie kończyny górnej prawej i sztywność dolnej, upośledzenie czucia na całej połowie prawej skóry, wzmożenie odruchów ścięgowych przeważnie prawych i t. d.) należało przypuszczać, że mamy do czynienia z chorobą ogniskową, umiejscowioną w mózgu, prawdopodobnie, w okolicy tylnej części torebki wewnętrznej lewej. O istocie tej sprawy chorobowej trudno było powiedzieć cokolwiek napewno; jednak obecność powiększenia gruczołów chłonnych łokciowych, oraz nierówność źrenic przemawiały za istotą przymiotową choroby. Objawy chorobowe w ustępach dolnych klatki piersiowej po stronie prawej uważałem za początek zapalenia płucny, co stało się niewątpliwem po kilku dniach, gdyż ilość płynu powiększyła się znacznie. Leczenie przeciwprzymiotowe mieszane dało wyniki wątpliwe: po dziesięciu wcieraniach 3.0 i 1.0 jodku potasu dziennie chora czuła się nieco lepiej, zaczęła zginać nogi, wstawać i chodzić o własnej sile choć spastycznie; jednak po paru dniach wy-

stąpiło znowu pogorszenie. Po kilku dniach zauważyłem, że źrenice chorej przedstawiają znaczną zmienność: jednego dnia jest rozszerzona jedna, drugiego dnia druga. Początkowo przypuszczałem, że myłę się, lecz potem przekonałem się, że ma to miejsce w rzeczy samej. Od tej chwili notowałem codziennie źrenice i otrzymałem następującą tablicę:

6/VIII	7/VIII	8/VIII	9	10	11	12	13
p > 1	p < 1	p > 1	p < 1	p > 1	p < 1	p > 1	p < 1
			oddział.		1 : 3	1 1/2 : 1	
			na światło,		l. nie od-	p. od-	
			przyst. i ból		dział. na	dział.	
			dobre		św. i przyst.	słabo	
14	15	16	17	18	19		
p > 1	p < 1	p > 1	p < 1	p > 1	p < 1		
			zaraz po				
			obudzeniu.				

Wogóle można powiedzieć, że w tej nieprawidłowości istniała okresowość dnia w ciągu krótkiego czasu spostrzegania tego zjawiska. Źrenica rozszerzona oddziaływała wogóle słabiej, niż normalna i tem bardziej słabo, im znaczniejsze było jej rozszerzenie. W ciągu spostrzegania tego objawu starałem się ujednostajnić jaknajbardziej badanie źrenic i wyłączyć wpływ czynników ubocznych: notowałem np. na którym boku chora leżała, jakie było położenie głowy, zachodziłem w różnych porach dnia, oglądałem źrenice zaraz po obudzeniu chorej i t. d.; zawsze jednak źrenica rozszerzona pozostawała uparcie w pewnym określonym stanie.

Stan ogólny, który był poprawił się początkowo tak dalece, że chora zaczynała chodzić, uległ po 2 1/2 tygodniach pobytu na oddziale uległ ponownemu pogorszeniu. Chora przestała chodzić i stawać, kończyny dolne były sztywne, na pośladku prawym zaczęła tworzyć się odleżyna, która doszła dość głęboko przed wypisaniem chorej. Od chwili, kiedy zauważyłem zmienność źrenic, oraz ponowne pogorszenie choroby, nabrałem pewnych wątpliwości co do mego rozpoznania, które zaczęło się przechylać coraz bardziej na korzyść cierpienia czynnościowego.

Po upływie roku miałem możność spostrzegać poraż wtóry ten sam przypadek. Dowiedziałem się, że chora niedomagała przez jakiś czas w domu, potem jednak poprawiła się i 11 miesięcy po wyjściu z oddziału urodziła zdrowe dziecko. W końcu ciąży zaczęły się

bóle w krzyżu i w kończynach dolnych, oraz zjawily się obrzęki, dochodzące po za kolana. Poród był ciężki, kleszczowy, po nim bóle i drętwienie w prawych kończynach i boku. Po przyjęciu na oddział narządy wewnętrzne chorej nie przedstawiały objawów chorobowych. Kończyna dolna prawa jest prawie sztywna; ruchy czynne są w niej całkiem zniesione, bierne zaś napotykają znaczne trudności. Zginanie nogi w kolanie, podług mniemania chorej, jest możebne tylko w razie rozgrzania kończyny; po zgięciu przez siłę następną próba zgięcia zawodzi zupełnie. Stopa jest stale, nawet przy leżeniu, w stanie silnego wyprostowania (*flexio plantaris*) i skrecona jest nieco palcami do wewnątrz. Podobne położenie stopa zachowuje przy staniu i chodzeniu, które są możebne tylko przy podporze z dwóch stron. Chód jest spastyczny. Kąt ust prawy jest szerszy po dawnemu; zbaczanie lewego kąta ust i końca języka nie zauważyłem tym razem. Siła w kończynach górnych jest normalna. Skóra na całej powierzchni jest nadczuła na wszelkie bodźce, chociaż są miejsca na łydce prawej, gdzie chora nie odróżnia dotknięcia od ukłucia. Odruchy kolanowe, stopowe i rzepki wzmożone, zwłaszcza po stronie prawej — *Clonus pedium*. Odruchy błon śluzowych zachowane. Żrenica lewa szersza, oddziaływa słabo. Pole widzenia normalne, bardzo obszerne. Siła widzenia prawidłowa. Dno oka nie uwydatnia żadnych zaburzeń.

Pomijając przebieg choroby, w którym i tym razem jest do zaznaczenia zmienność objawów, chwilowa poprawa i pogorszenie, poprzestaną tylko na podaniu tablicy zmienności źrenic. Przedstawia się ona, jak następuje:

9/VIII	10/VIII	11/VIII	12	13	14	15	16	17
p < 1	p > 1	p < 1	p = 1	p < 1	p > 1	p > 1	p < 1	p < 1
l. słabo na światło					nieznacz- nie			

18	19	20	21	22	23	24	25	26
p < 1	p > 1	p < 1	p > 1	p < 1	p < 1	p < 1	p > 1	p > 1
					(10 ¹ / ₂ r.)	(1 : 3)		
					p > 1			
					(11 p)			

27	28	29	30	31/VIII	1/IX	2/IX	3/IX	4
p < 1	p < 1	p < 1	p > 1	p > 1	p < 1	p > 1	p < 1	p > 1

5	6	7	8	9	10	11	12	13
$p < 1$	$p > 1$	$p < 1$	$p > 1$	$p < 1$	$p = 1$	$p > 1$	$p < 1$	$p > 1$
14	15	16	17	21	22	23	24	
$p < 1$	$p = 1$	$p > 1$	$p < 1$	$p < 1$	$p > 1$	$p < 1$	$p > 1$	

O ile w tablicy poprzedniej typem była zmienność codzienna, o tyle w tablicy niniejszej spotykamy się z pewną trwałością nierówności źrenic, dochodzącą do trzech dni, chociaż typ poprzedni zdarza się i tu najczęściej. Podana tablica jest jednak niedość dokładna, ponieważ określa tylko stosunek wielkości źrenic, a nie mówi nic o ich bezwzględnej wielkości. W tym kierunku mogę powiedzieć, że przy codziennych oględzinach rannych w jednakowej porze i w jednostajnym oświetleniu nie spotkałem u naszej chorej ani razu źrenic takiej samej wielkości, jak dnia poprzedniego; obiedwie źrenice pojedynczo lub wspólnie zmieniały się od największego rozszerzenia do najznaczniejszego zwężenia. — 23/VIII pokazywałem chorą koledze Flatau'owi i zauważyłem osobliwy objaw: w ciągu niespełna $\frac{1}{2}$ godziny źrenica prawa doszła od znacznego zwężenia do największego rozszerzenia, a lewa od rozszerzenia do bardzo znacznego zwężenia. Podobne zjawisko spotkałem później jeszcze parę razy. Co się tyczy oddziaływania źrenic, to i tym razem za prawo należy uznać, że źrenica oddziaływała tem gorzej, im bardziej jest rozszerzona, oraz że odczyn jest w tym przypadku krótkotrwały. Źrenica mocno rozszerzona oddziaływała dużo lepiej na przystosowanie się, niż na światło, a zwłaszcza na ból. Współodruch świetlny zachowuje się naogół tak, jak odruch.

Chora wypisała się z oddziału bez poprawy.

Zastanawiając się nad tym przypadkiem, musimy przyznać, że przy całej trudności postawienia rozpoznania najprawdopodobniejszą tu jest histerya. Co się tyczy specjalnie źrenic, to trzy obserwacje, zrobione w ciągu dwóch lat, wykazują, że zjawisko zmiennej nierówności źrenic jest u naszej chorej stałym przynajmniej od pewnego czasu. Niemożliwym było, niestety, wskazać, jakie było źródło tego zjawiska, bo odpowiedź — nerwica nie objaśnia nic sama przez się. Nie chodzi tu już, rozumie się, o etiologię objawu; samo wykazanie miejsca, w którym łańcuch odruchu współczulnego źrenicy jest podrażniony i przedrażniony, napotyka na wielkie trudności. Ponieważ jednak znaczna część objawów ma cechy cierpienia czynnościowego korowego, przeto i przyczyny nierówności źrenic i zmienności ich naprzemiennej skłonny jestem upatrywać w tej części włókien czucio-

wych łańcucha odruchowego, które łączą korę z ośrodkiem rząskowordzeniowym.

Spostrzeżenie IV-te. Ad. Mich., lat 36, wyrobnicza przybyła na oddział szpitalny d-ra Chełmońskiego d. 21 września r. b. ze skargami: na brak władzy w kończynie dolnej lewej, odrętwienie w kończynie górnej lewej, niemożność chodzenia i stania. Stan taki trwa 4 tygodnie; początek choroby był nagły wskutek przestachu. Podobne napady zdarzały się już poprzednio kilka razy; początek był zawsze nagły, wskutek wzruszenia, czas trwania napadu od 1 — 4 tygodni. Pierwszy napad przed 5 laty po śmierci ojca i męża. — W 8-ym roku życia chora przechodziła tyfus; po za tem nie chorowała nigdy. Z mężem żyła rok, rodziła 1 raz; poronienia nie było nigdy.

Chora jest wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywiania dobrego. Tętno 94, oddech 28, stan bezgorączkowy (37.1⁰). W narządach wewnętrznych nie stwierdziłem żadnych objawów chorobowych. Obiedwie kończyny dolne, bardziej lewa, w stanie znacznego naprężenia: kończyny lewej zgiąć nie można w stawie stopowym i kolanowym zupełnie, w biodrowym zaś bardzo nieznacznie; kończynę prawą można zgiąć tylko przy użyciu znacznej siły. Stopy są wyprężone (flexie plantaris) i zwrócone palcami do wewnątrz. Chora leży jak kłoda; stanąć ani chodzić nie może nawet przy dwustronnem podtrzymywaniu. Bródka nosowo-wargowa lewa jest prawie zupełnie wygładzona; kąt ust odciągnięty nieco w stronę prawą i rozwarty szerzej przy mówieniu, niż lewy. Mowa jest wyraźnie skandowana; wymawianie prawidłowe, chociaż nieco utrudnione. Siła w kończynie górnej lewej nieco osłabiona. Czucie skórne naogół wzmożone, zwłaszcza bólowe, bardziej po stronie prawej. Bolesność uciskowa w okolicy obydwóch jajników. Odruchy ścięgien wogóle wzmożone, zwłaszcza na kończynach dolnych (przy zgięciu w stawie). Odruchy błon śluzowych osłabione, gardzielowy zniesiony zupełnie; odruch łącznicy zachowany, odruchy skórne są wzmożone. Źrenice zwężone, lewa znacznie, oddziaływanie na światło i przystosowanie prawidłowe, lecz słabe, współodruch świetlny bardzo wyraźny, odruch bólowy bardzo słaby. Siła wzroku normalna w obudwu oczach. Pole widzenia bardzo obszerne; rozróżnianie kolorów prawidłowe.

Przebieg choroby nie nastąpił nic nowego: stan był w ciągu całego spostrzegania, trwającego do chwili obecnej prawie bez zmiany, z małemi polepszeniami i pogorszeniami. W ciągu całego czasu chora nie wstawała, leżała ciągle jak kłoda. Od 2-ch tygodni od-

daje pod siebie mocz i kał, chociaż zdaje sobie sprawę z tego, lecz nie jest w stanie zejść z łóżka.

Po oddaniu pracy niniejszej do druku w stanie chorej zaszły duże zmiany: przede wszystkim zaznaczyło się wyraźne upośledzenia odżywiania ogólnego, oraz ogromny upadek sił. Kończyny dolne są w stanie porażenia prawie zupełnego i przykurczu w stawach kolanowych i biodrowych; wyprostowanie bierne kończyn jest bardzo utrudnione. Czuć jest zachowane nieźle. Na pośladkach i w okolicy odbytnicy obszerna odleżyna. Chora oddaje mocz i kał pod siebie; w ostatnich dniach wystąpiło zatrzymanie moczu, który trzeba wypuszczać cewnikiem. Od połowy listopada zaznaczałem przemijające zmniejszanie się szpary ocznej lewej, które występowało coraz coraz częściej i dosięgało bardzo znacznego stopnia, jak to zaznaczyłem w tablicy poniżej. Oko lewe nie przedstawiało przytem żadnych objawów zapalnych i powieki były zupełnie normalne; jednak lewa górna zwieszała się bezwładnie, tak że zasłaniała źrenicę do połowy lub nawet całą. Opadanie to znaczniejsze lub mniejsze przemijało czasem po paru godzinach. Stałego stosunku pomiędzy szerokością szpary ocznej i wielkością źrenicy nie można było zauważyć. Ruchy gałek ocznych były prawidłowe. Mowa pozostała po dawnemu nieco skandowana. Pod względem duchowym dawny nastrój ponury zaznaczył się jeszcze wyraźniej; pamięć, zdolności kojarzenia, wszystkie władze duchowe podupadły znacznie.

Na szczególną uwagę zasługują źrenice, które w ciągu spostrzegania ulegały ciągłym wahaniom, jak to wskazuje tablica poniższa:

	22/IX	23/IX	24	27	28	29	30	1/X	
	$p > 1$	$p > 1$	$p < 1$	$p < 1$	$p > 1$	$p < 1$	$p = 1$	$p > 1$	
	myosis bilater.	myosis bilater.	myosis bilater.	(10 ¹ / ₂ r.)	myosis (10)		wielk. normal.		
				$p > 1$	$p = 1$				
				(11 ¹ / ₂ r.)	(12 ¹ / ₂)				
	2/X	3/X	4	5	6	7	8	9	10
	$p < 1$	$p > 1$	$p < 1$	$p > 1$	$p = 1$	$p < 1$	$p = 1$	$p > 1$	$p < 1$
symp. słabo			(9 r.)	wielk. i oddz.	mydriasis bilateralis	oddziaływanie dobre,	myosis bilater.	1 : 3	myosis mydriosis
symp. mocno			$p > 1$	norm.	symptom. bardzo dobre				
			(12 ¹ / ₂)						

11/X	12	13	14	15	16	17	18	19
p = 1	p > 1	p < 1	p = 1	p < 1	p > 1	p < 1	p < 1	p < 1
mydr.		1 : 2	mydr. bilat.	1 : 3	3 : 2	mydrasis bilater.	mydrasis bilateralis	2 : 3

20/X	21	22	23	24	25	26	27	28	
p > 1	p < 1	p < 1	p > 1	p > 1	p < 1	p > 1	p = 1	p > 1	
mydrasis bilateralis		m	y	d	r	i	a	s	wielk. morm.

29/X	30	31	1/XI	2	3	4	5	6
p < 1	p < 1	p < 1	p > 1	p < 1	p < 1	p < 1	p < 1	p <
wielkość normalna	w	i	e	l	k	o	ś	ć
	oddziaływanie							dobre

7/XI	8	9—13	14	15—16	17—18	19—22
p < 1	p > 1	p < 1	p > 1	p < 1	p = 1	p < 1
wiel. nor. oddz. dobre	3 : 1	mydrasis	myosis	mydrasis	mydrasis	

23—24/XI	25	26	27	28	29	30	2/XII
p > 1	p > 1	p < 1	p > 1	p < 1	p < 1	p > 1	p < 1
3 : 1	szpara oczna lewa znacznie zmniejszona. Oko lewe otwiera z trudnością.				szpara oczna lewa 2 razy węższa od prawej.		mydrasis bilateralis

3/XII	4	5	6	11
p > 1	p < 1	p < 1	p > 1	p > 1
3 : 1	2 : 3	3 : 4	2 : 1	5 : 1
szpara lewa 2 razy węższa		szpary jednakowe		mydrasis szpara szersza
p. mydrasis nie oddziałują; lewa = 1/4 prawej.				

Przy całej zmienności źrenic, które wogóle z początku spostrzeżenia były przeważnie zwężone, a od końca drugiego tygodnia — przeważnie rozszerzone, oddziaływanie na światło (bezpośrednie i pośrednie), przystosowanie i ból było naogół bardzo dobre, wyjąwszy dni, kiedy jedna lub obie źrenice były bardzo rozszerzone. Pomijając różnice szerokości względnych źrenic, które zmieniały się w ciągu paru godzin, zaznaczyć trzeba, że wielkości bezwzględne ulegały tak znacznym wahaniom, że źrenica mogła w krótkim przeciągu

czasu przejść od stanu największego zwięzienia do najznaczniejszego rozszerzenia.

I w tym przypadku trudno jest wskazać etiologię i miejsce podrażnienia układu odruchu współczulnego źrenicy. Zdaje się jednak bardzo prawdopodobnym, że i tu mamy do czynienia z podrażnieniem i przedrażnieniem ośrodków korowych łańcucha rozszerzacza źrenicy.

Pod względem rozpoznawczym nastęrczały się bardzo wielkie trudności. Początkowo uważałem chorą za historyczkę, ponieważ szereg objawów można było wytłumaczyć tem cierpieniem. W ostatnich jednak czasach zebrało się coraz więcej przypadłości, przemawiających za cierpieniem organicznem rdzenia i mózgu. Jaką jest istota cierpienia, trudno orzec: przeciwko przymiotowi przemawia prócz danych wywiadowych i braku objawów wyraźnych — nieskuteczność leczenia swoistego. Poprzestaję obecnie na zaliczeniu przypadku niniejszego do rzędu cierpień organicznych układu nerwowego, a ściślej rozpoznanie odkładam do nieodległej pewno sekyi.

Spostrzeżenie V. Pan S., liczący lat dwadzieścia kilka, buchalter prywatny, zgłosił się do mnie przed dwoma laty, żeby zasięgnąć porady z powodu wychodzenia włosów z głowy tak znacznego, że tworzą się dość duże łysinki. Po zatem S. czuje się najzupełniej zdrowy; chorób cięższych nie przechodził, pochodzi z rodziny zdrowej. Przy badaniu znalazłem w rzeczy samej na prawej stronie czaszki parę łysinek wielkości od 5 kop. sr. do $\frac{1}{2}$ rb. sr. Skóra na łysinkach zupełnie normalna, biała; na włosach w okolicy brzegów łysinki nie znalazłem żadnych pasorzytów (Area Celsi). Reszta czaszki owłosiona prawidłowo, gęste włosy nie wychodzą przy pociąganiu ręką. Badanie wskazało przy normalnym stanie narządów wewnętrznych: wzmoczenie odruchów kolanowych i nierówność źrenic. Źrenica prawa dużo szersza; oddziaływanie na światło i ból nieco osłabione. — Najstaranniejsze badanie wywiadowe i przedmiotowe w kierunku przebycia przymiotu dało wyniki ujemne. Nie dowierzając sobie, skierowałem chorego do kolegi Giedroycia, który, jak później dowiedziałem się, wypowiedział się jak najstanowczej przeciwko przypuszczeniu przymiotu. Po paru miesiącach łysinki porosły włosami; lecz zaszła i pewna różnica w źrenicach. Pan S., nastraszone niesłusznie przezemnie, rozpatrywał sobie dość często oczy w lusterku i zauważył, że źrenica lewa jest bardzo często większa, zwłaszcza po pewnem zmęczeniu lub wypiciu paru kieliszków wódki. Zdziwiony tą zmianą, starałem się badać źrenice przy każdym widzeniu S.

i stwierdziłem, że istnieje u niego wyraźna zmienność ich wielkości. Przed paroma tygodniami, badając pana S., znalazłem rozszerzenie prawej źrenicy przy zwięzieniu lewej i dobrem oddziaływaniu; po upływie $\frac{1}{2}$ godziny stosunki były wprost odwrotne ($p:1 = 1:2$). W ciągu ostatniego tygodnia prawa źrenica była wciąż szerszą; od 2/XII przez parę dni szerszą jest lewą.

Spostrzeżenie VI. Ul. M., lat 19, posługacz w infirmeryi zakładu Star. i Kal. Warsz. Tow. Dobr., chłopiec zdrowy i silny, zwrócił moją uwagę przy odwiedzaniu zakładu z powodu bardzo rozszerzonych źrenic, przyczem prawa była nieco węższa. Oddziaływanie na światło i przystosowanie znalazłem normalne, na ból bardzo zmniejszone. Po zatem znalazłem tylko nieznaczne wzmożenie odruchów kolanowych. Codzienne badanie źrenic w ciągu 26-ciu dni dało wyniki następujące. Od 2/X — 4/X $p < 1$ oddziaływanie po dawne-
mu; 5/X — 6/X źrenice równej wielkości, nieco węższe (norm.); od 7/X do 13/X $p < 1$; od 14/X do 16/X $p > 1$ (p. rozszerzona maksymalnie, lewa normalna); od 17/X do 21/X źrenice równe; od 22/X do 27/X $p < 1$. W ciągu całego spostrzegania źrenice były zawsze szersze nad 5 mm., wyjąwszy 5/X i 6/X, gdy miały koło 4 mm.

W przypadkach powyższych trudno powiedzieć, bym miał do czynienia z chorymi, bo człowiek, któremu nie nie dolega, który może pracować dość usilnie i pełni wszystkie czynności życiowe należycie, musi być uważany za zdrowego. A jednak w danych przypadkach nierówność źrenic zmienna była wyrażona bardzo jaskrawo.

Przypadki powyższe skłoniły mnie do badania źrenic u wszystkich chorych, których mogłem widywać codziennie lub w pewnych odstępach czasu. Na 60 chorych, które przeszły przez oddział w ciągu dwóch tygodni (od 27/IX do 11/X, potem oddział był zamknięty chwilowo), zanotowałem 10 z nierównymi źrenicami.

O jednej z nich mówiłem już obszerniej (spostrzeżenie IV), dwie spostrzegałem wszystkiego jeden dzień (1) Dementia: o 9-iej rano $p > 1$, odruch na światło dobry, na ból słaby, mydriasis bilater.; o 12-iej pp. $p = 1$, stosunki takie same. 2) Vitium cordis, lat 83: o 9-iej $p > 1$, myosis bilater., oddziaływanie słabe, o 12-iej $p = 1$; o dwóch przypadkach wiądu rdzenia powiem w krótkości na końcu, a resztę przypadków zbiorę w tablicy następującej:

Z tabelki powyższej, którą postaram się rozszerzyć w przyszłości do możliwie znacznych rozmiarów, można wyprowadzić wnioski, że nierówność źrenic zdarza się w rozmaitych chorobach i że i tu może występować zmienność. Ilość zebranych spostrzeżeń jest zbyt szczupłą, by wyprowadzać tu jakie uogólnienia, które odłożę sobie do następnej pracy nad tym przedmiotem.

W dwóch przypadkach wiądu rdzenia, przy nieruchomości źrenic na światło i ból i nierówności ich zanotowałem w 1-ym przypadku w ciągu 10-ciu dni spostrzegania dwa razy równość źrenic (mniejsza rozszerzyła się); w 2-im w ciągu 8 dni dwa razy równość (mniejsza rozszerzyła się). — O tych przypadkach wspomniałem oddzielnie tylko dlatego, chociaż możnaby je zupełnie swobodnie umieścić w tabliczce poprzedniej, że chciałem podkreślić raz jeszcze znany od czasów Duchenne de Boulogne ¹⁾ fakt, że nieruchome źrenice tabetyków mogą rozszerzać się pod wpływem silnych bólów.

Rozporządzając znacznym materiałem do spostrzeżeń w Zakładzie Star. i Kal. Warsz. Tow. Dobr. (koło 350 pensjonarzy), postanowiłem zbadać zachowanie się źrenic przy ich nierówności u ludzi starych. Badanie trwało przez miesiąc. Na 120 zbadanych przeze mnie pensjonarzy znalazłem nierówność źrenic u 15-tu (wyłączywszy choroby miejscowe oka). Wyniki przedstawiają się w sposób następujący:

K o b i e t y .

- | | |
|---|--|
| I. B. F., lat 65
Emph. pulm. | $p < 1$ bez zmiany w ciągu całego czasu. — Odruchy słabe; współruch niezły. Myosis. |
| II. J. M., lat 60
Arthrit def.
Tabes dorsalis | $p < 1$ bez zmiany. Odruchy dobre. |
| III. S. A., lat 63
Arterioscler.
Hemiplegia | $p < 1$ bez zmiany. Odruchy dobre. |
| IV. S. K., lat 76
Marasmus. | 29/IX $p > 1$ (na światło—słabo); 30/IX—1/X $p < 1$;
2/X $p > 1$ (12), $p < 1$ (3 pp.); 3—4/X $p < 1$;
5—7/X $p = 1$; 8/X $p < 1$; 9—11 $p = 1$; 14—27/X
$p < 1$, oddziaływanie na światło zawsze słabe; myosis
lub wielkość normalna. |
| V. J. J., lat 45
Fractura femoris | $p < 1$, odruchy dobre; bez zmiany. |

¹⁾ Gaz. hebdomadaire, 1886 r.

- VI. H. J., lat 58 $p < 1$, myosis—stale; bez zmiany.
zdrowa
- VII. B. M., lat 62 $p > 1$, oddziaływanie dobre; d. 7/X $p = 1$, zresztą cią-
zdrowa głe $p > 1$.
- VIII. W. A., zdrowa $p < 1$ ciągle, bez zmiany.
- IX. J. K., lat 78 $p < 1$ myosis, oddział. bardzo słabe. Bez wahań.
Arteriosclerosis.

M ę ż c z y ż n i.

- X. K. J., lat 73 $p > 1$, oddz. dobre; 30/IX i 1/X $p = 1$; 2/X $p > 1$;
Arterioscler. 3/X — 9/X $p = 1$; 10/X i 11/X $p < 1$; 12/X
i 13/X $p = 1$; 15/X — 27/X $p < 1$, oddziaływanie
dobre, szerokość normalna.
- XI. S. H., lat 81 $p < 1$, bez wahań, oddziaływanie dobre.
zdrow, widzi źle.
- XII. P. P., lat 71 29/IX $p < 1$, oddziaływanie dobre; 2/X $p > 1$; —
Marasmus. 5/X $p = 1$.
- XIII. R. J., lat 73 $p < 1$, oddziaływ. dobre; 30/IX — 9/X $p = 1$; 10/X
Fhthe pulm. fibr. i 11/X $p < 1$; 12/X — 27/X $p = 1$.
- XIV. M. W., zdrów $p > 1$, bez zmiany.
- XV. O. A., lat 33 $p < 1$, bez zmiany.
gonitis tbc.

Jeżeli rozpatrzyć się w tych spostrzeżeniach, to przedewszyst-
kiem zauważymy, że w 5-ciu na 15 przypadków w ciągu miesięcznej
obserwacji była zmienność szerokość źrenic. Jest to zjawisko wiel-
kiej doniosłości, ponieważ wskazuje, że nawet w wieku schyłkowym,
przy normalne zwężeniu źrenic i ospałości ich odruchów i współ-
ruchów możebne są jednakże pewne wahania w ich szerokości. —
Wahania te są naogół nieznaczne, jak to widać z przytoczonych da-
nych, bo najczęściej przy pewnej nierówności źrenic dosięgą się naj-
wyżej ich zrównania (spostrz. VII i XIII). Nie zanotowałem, nie-
stety, czy to zrównanie odbywało kosztem zwężenia źrenicy szer-
szej, czy też rozszerzenia węższej. W trzech pozostałych przypad-
kach wahania były tak znaczne, że każda źrenica przechodziła stop-
niowo przez różne fazy szerokości. Okresy zmienności były naogół
znacznie większe, niż w przypadkach, przytoczonych powyżej; lecz
to jest zjawiskiem normalnem w starości, gdzie wszystkie czynności
pełnią się powolniej.

Zdaję sobie zupełnie jasno sprawę, że zebrane przezemnie spostrzeżenia nie wystarczają do postawienia niewzruszonych wniosków w sprawie nierówności źrenic zmiennej. Zamierzając zabrać w tej sprawie głos na najbliższym zjeździe lekarzy polskich w Krakowie, poprzestanę tu na wnioskach najogólniejszych, licząc na to, że w ciągu kilku pozostałych miesięcy zdołam rozszerzyć zakres mych spostrzeżeń.

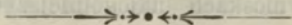
W liczbie 21 spostrzeżeń, tutaj przytoczonych, spotykamy wiek spostrzeganych najrozmaitszy (od 19-go do 83 roku życia). Przewaga po stronie płci żeńskiej zdaje się zalezną od tego, że miałem większy materiał do spostrzegania pośród kobiet. Co do chorób, w jakich nierówność źrenic przemijająca spotykałem, zaznaczam, że 1) widziałem ją u dwóch młodych i zdrowych mężczyzn; 2) u dwóch mężczyzn młodych i zdrowych z objawami nerwobólu, i jednego z uciskiem na splot ramieniowy; 3) w przypadkach histeryi u kobiet; 4) w 2-ch przypadkach ośłupienia starczego; 5) w jednym przypadku: zapalenia nerek, wady serca, reumatyzmu ostrego, gruźlicy, dwóch przypadkach stwardnienia naczyń, dwóch uwiadu starczego i 6) w dwóch przypadkach wiadu rdzenia (i to słabo wyrażoną zmienność); 7) w jednym przypadku cierpienia mózgowo-rdzeniowego, bliżej nieokreślonego.

Ugrupowanie powyższe upoważnia, zdaje się, do wniosków:

1. Nierówność źrenic zmienna jest zjawiskiem dość częstym, wbrew poglądom panującym.
2. Zjawiać się może ona w różnym wieku, nie wyłączając starczego, chociaż w tym ostatnim bywa wyrażona znacznie słabiej, niż w wieku młodzieńczym i dojrzałym.
3. Zdarza się zarówno w rozmaitych chorobach wewnętrznych i nerwowych, jak i u ludzi całkiem zdrowych; nie jest zatem, jak chciano dotychczas, objawem choroby organicznej układu nerwowego.
4. Jest objawem niedomogi czynnościowej lub podrażnienia łańcucha odruchowego współczulnego i sama przez się nie wskazuje na poważniejsze zaburzenia, zwłaszcza organiczne w układzie nerwowym.

Jako wniosek uboczny pozwolę sobie zaznaczyć, że spotykam bardzo często przy bólach z określonym umiejscowieniem rozszerzenia źrenicy po tej stronie, która jest bolesna (np. przy zapaleniach

opłucny, nerwobólach, powiększeniu gruczołów chłonnych, bólach głowy jednostronnych i t. d.); może zatem w przypadkach domniemanego udawania objaw ten będzie w stanie rozstrzygnąć istnienie lub uieobecność bólu.



Z pracowni Patologii Ogólnej przy Uniwersytecie Warszawskim.

SREBRO ROZPUSZCZALNE

i jego wartość lecznicza.

PODAŁ

Jerzy Brunner.

(Dokończenie).

W tym celu do pewnej ilości wyjałowionych probówek wprowadzono wzrastające ilości wiadomego roztworu srebra w 5% surowicy krwi, poczem do tych samych probówek wlewano wyjałowiony bulion mięsno-peptonowy tak, aby ogólna ilość płynu w każdej probówce wyniosła 5 ctm. sz. Do tak przyrządzonych mieszanin wprowadzono za pomocą igły platynowej świeżo wyhodowanego i bardzo złośliwego gronkowca złocistego, poczem wszystkie naczynia umieszczano w termostacie przy 37⁰ C.

Próby tego rodzaju wykonywane były kilkakrotnie, przyczem pokazało się, iż bakterye rozwijają się w probówkach, zawierających srebro w stężeniu mniejszem niż 1 : 6000; w naczynkach, zawierających srebro w danem lub mocniejszym stężeniu, bakterye nie rozwijały się zupełnie, pomimo iż okres spostrzegania trwał niekiedy 10 dni lub więcej. Z powyższego wynika wniosek, iż srebro koloïdowe w rozeienczeniu 1 : 6000 powstrzymuje dalszy rozwój gronkowca złocistego. Co się tyczy bakteryobójczych własności srebra rozpuszczalnego, to próby w tym kierunku wykonywane były w ten sposób, iż do pewnej ilości wodnego roztworu srebra w probówce wprowadzano za pomocą igły platynowej cząstkę hodowli agarowej gronkowca złocistego i po dokładnem rozmieszanu umieszczano mie-

szankę w ciemnym miejscu przy ciepłocie pokojowej (22° C.). Co pewien czas kropelkę mieszaniny przenoszono do próbówki z 10 ctm. bulionu, którą następnie trzymano przy 37° C. Ponieważ dodane do bulionu srebro koloidowe natychmiast ulegało strąceniu, przeto nie mogło być mowy nawet o jakimkolwiek wpływie dodanego do bulionu srebra na dalszy rozwój wprowadzonych równocześnie bakterii, co zresztą szeregiem prób oddzielnych udowodniono.

W ten sposób określono, iż roztwór srebra koloidowego w wodzie przekroplonej w stosunku 1 : 96.9 zabija gronkowce dopiero mniej więcej po 12 godzinach.

Tak więc *przy bardzo wybitnych własnościach powstrzymywania rozwoju srebro koloidowe posiada bardzo nieznaczny wpływ bakteriobójczy.*

Dla określenia wpływu rozpuszczalnego srebra na ustrój zwierzęcy wykonano doświadczenia następujące.

Doświadczenie I. Młodej suczce wstrzyknięto pod skórę grzbietu 4 ctm. sześciennego roztworu srebra 1 : 118; nazajutrz w miejscu zastrzyknięcia wytworzył się chęlboczący guz, z którego za pomocą szprycy Pravaz'a wydobyto nieco płynu surowiczego. Płyn ten był mętny i zawierał wolne ziarenka osadu srebra w postaci ziarnistych bryłek, oraz znaczną ilość jedno- i wielojądrowych leukocytów, zawierających również wiele takich samych ziarenek. Z biegiem czasu guz nieco się powiększył, nie sprawiając wszakże zwierzęciu żadnych dolegliwości; zawartość guza uległa wessaniu dopiero po dwóch tygodniach.

Doświadczenie II. Królikowi, samcowi, wagi 1300.0, wstrzyknięto pod skórę grzbietu 10 ctm. sz. roztworu srebra, zawierających 0.186 srebra metalicznego. Żadnych zmian chorobowych po zastrzyknięciu nie zauważono. Po 4 dniach królik został zabity; na miejscu zastrzyknięcia w tkance podskórnej — rozlane ciemne zabarwienie, zależne od ziarenek strąconego srebra bądź wolnych, bądź zawartych w leukocytach; w narządach wewnętrznych ani śladu ciemnego zabarwienia, ani wogóle żadnych zmian chorobowych nie wykryto. Należy przeto mniemać, iż w tkance podskórnej srebro koloidowe ulega strąceniu i bądź wcale się nie wsysa, bądź też bardzo powoli.

Doświadczenie III. Królikowi, samcowi, wagi 1200.0, wstrzyknięto do żyły ucha 8.5 ctm. sz. roztworu, zawierających 0.047 srebra metalicznego; żadnych zmian chorobowych po zastrzyknięciu nie zauważono. Po 2-ch dniach temu samemu zwierzęciu wstrzyknięto znowu do żyły ucha 7 ctm. sz. powyższego roztworu, czyli mniej

więcej 0.0308 srebra. Królik pozostał i nadal zdrow zupełnie; temperatura ciała nie ulegała zmianie.

Wpływ srebra koloidowego na ilość białych ciałek krwi uwydatnia się w doświadczeniu następującem.

Doświadczenie IV. Królik, samica, wagi 1312.0; ilość białych ciałek 10000 w 1 mil. sz.; wstrzyknięto do żyły ucha 8 ctm. sz. roztworu srebra rozpuszczalnego w wodzie przekroplonej, czyli ilość zawierającą 0.0427 srebra. Po 6-ciu godzinach ilość białych ciałek 12300 w 1 mil. sz.; po 24 godzinach 21400 leuk. w 1 m. sz.; po 48 godz. ilość leukocytów wynosi 10800 w 1 mil. sz.

Po 6 dniach, kiedy ilość białych ciałek wynosiła 14800 w 1 m. sz., temu samemu zwierzęciu wstrzyknięto znów do żyły ucha 13.5 ctm. sz. roztworu, zawierających 0.045 srebra metalicznego. Po 20 godzinach otrzymano cyfrę 26800, po 48 godzinach 11600, po 5-ciu dniach 9530 leukocytów w 1 mil. sz. Przy badaniu na zabarwionych preparatach okazuje się, iż pod wpływem srebra powiększa się przeważnie ilość komórek eozynofilowych i limfocytów; komórki wielojądrowe, neutrofilowe zawierają często ziarenka srebra.

Co się tyczy anatomo-patologicznego obrazu po zastrzyknięciu srebra rozpuszczalnego do krwi, to przedstawia się on, jak następuje.

Po 24 lub 48 godzinach po zastrzyknięciu płuca, wątroba, śledziona, gruczoły limfatyczne oraz blaszki Peyera i istota korowa nerek odznaczają się szaro-brunatną barwą. Badanie drobnowidzowe wykrywa ziarnisty osad srebra w drobnych naczyniach płuc, vasa interlobularia wątroby, w kłębkach Malpighi'ego nerek i t. d.; większość ziarenek srebra zawarta jest w leukocytach. Oprócz tego strącone srebro znajdujemy w komórkach wątroby, gdzie przedstawia się ono w postaci czarnej i ciemno-brunatnej ziarnistości. Prawdopodobnie jako skutek zatkania drobnych naczyń dają się spostrzegać miejscami małe ogniska martwicy.

Dla określenia wpływu srebra rozpuszczalnego na zakażenie pośliskowaliśmy się hodowlą gronkowca złocistego, o której mowa była już wyżej; gronkowiec ten był wyhodowany z ropnia przerzutowego w przypadku ciężkiej ropnicy u człowieka; niezbyt znaczna złośliwość hodowli wzmogła się po przeprowadzeniu przez królika.

Doświadczenie VI. Królik I, samiec, wagi 1000.0, wzięty dla kontroli. Do żyły ucha wstrzyknięto $\frac{1}{2}$ zmytej z powierzchni agaru 12-godzinnej hodowli staphyl. pyogenes aureus (przeprowadzonej przez jednego królika).

Królik II, samica, wagi 1300.0. Do żyły ucha wstrzyknięto 10 ctm. sz. roztworu arg. coll., zawierających 0.109 srebra; po 10-ciu minutach do drugiej żyły wstrzyknięto $\frac{1}{2}$ hodowli, jak wyżej.

Po 6 godzinach: I królik temp. 40.1°,

II królik temp. 35°.

II królik padł po 7 $\frac{1}{2}$ godzinach, I-szy — po 14-tu godzinach. Ze krwi serca obydwu królików otrzymano czystą hodowlę gronkowca.

Doświadczenie VII. Królik, samica, wagi 1880.0; ilość białych ciałek 7660 w 1 m. sz. Do żyły ucha wstrzyknięto 10 ctm. sz. roztworu srebra, odpowiadających 0.109 srebra metalicznego. Po 24-ch godzinach ilość leukocytów 39700 w 1 mil. sz.; w tym okresie wybitnej leukocytozy wstrzyknięto do żyły ucha $\frac{1}{2}$ hodowli gronkowca (jak wyżej).

Po 6 godzinach temp. 39.4, po 12 godzinach śmierć. Ze krwi serca otrzymano czystą hodowlę gronkowca.

Doświadczenie VIII. Królik I, samiec, wagi 1380.0, wzięty dla kontroli. Do żyły ucha wstrzyknięto $\frac{1}{10}$ część zmytej powierzchni agaru 16-godzinnej hodowli gronkowca (przeprowadzonego przez 2 króliki). Królik II, samica, wagi 1518; do żyły ucha wstrzyknięto 9 $\frac{1}{2}$ ctm. sz. roztworu srebra koloidowego, zawierających 0.0646 srebra. W pół godziny potem do żyły drugiego ucha wstrzyknięto $\frac{1}{10}$ część hodowli (jak wyżej).

Po 8 godzinach ciepłota u obydwu królików około 35° C.; po 12 godzinach prawie równocześnie padły oba, przyczem badanie bakteriologiczne krwi z serca wykryło u obydwu czystą hodowlę gronkowca.

Doświadczenie IX. Królik I, samica, wagi 1184.0, wzięty dla kontroli. Do żyły ucha wstrzyknięto $\frac{1}{100}$ część zmytej z powierzchni agaru 16-godzinnej hodowli gronkowca złocistego (przeprowadzonego przez 2 króliki).

Królik II, samica, wagi 1340.0; do żyły ucha wstrzyknięto 15 ctm. sz. roztworu argenti colloidalis, ilość zawierająca 0.102 srebra; $\frac{1}{2}$ godziny potem do żyły drugiego ucha wstrzyknięto $\frac{1}{100}$ część hodowli, jak wyżej.

Królik II padł po 18 godzinach i badanie bakteriologiczne wykryło we krwi czystą hodowlę gronkowca. Królik I padł po 7-miu dniach przy objawach postępującego osłabienia; we krwi z serca oraz w śledzionie, wątrobie i nerkach hodowla *nie* wykryła żadnych bakterii; zmiany anatomo-patologiczne polegały na niezbyt znacznem

słuszczeniu wątroby, oraz na lekkich zapalnych zmianach w cienkich kiszkach.

Powyższe doświadczenia pozwalają nam twierdzić, iż *srebro koloidowe nawet w znacznych dawkach nietylko że nie wywiera żadnego leczniczego wpływu na zakażenie ogólne, spowodowane przez drobnoustroje ropotwórcze, ale nawet niekiedy przyspiesza śmierć zwierzę zakażonych; w żadnym przypadku srebro koloidowe nie zabiło bakterji w ustroju.*

Pragnąc zbadać wpływ srebra koloidowego na bakteryobójcze własności krwi, wykonaliśmy doświadczenie następujące.

Doświadczenie X. Dwom królikom, samcom, I wagi 1600.0 i II wagi 1750.0, wypuszczono (z zachowaniem ścisłej aseptyki) z tętnicy szyjowej po 10 ctm. sz. i zbadano na bakteryobójcze własności względem gronkowca złocistego. W tym celu krew odwłókniono przez kłócenie z kawałkami szkła w wyjąłowionych kolbkach, poczem do dwóch wyjąłowionych probówek wprowadzono po 3 ctm. sz. obu próbek, które następnie zmieszano z drobną ilością rozcieńzonej (w 0.7% NaCl) hodowli gronkowca złocistego i umieszczono w termostacie przy 37° C. W pewnych odstępach czasu z każdej probówki, po dokładnem zmieszaniu zawartości, wyjmowano za pomocą uszka platynowego małą kropelkę i określano w niej ilość bakterji przez zmieszanie z żelatyną i rozlanie na płytkę Petri'ego.

W ten sposób otrzymano cyfry następujące:

<i>Królik I</i> , wzięty dla kontroli.	<i>Królik II</i> .
Natychmiast po zmieszaniu	Natychmiast po zmieszaniu
z bakterjami 1870	z bakterjami —
po 1/2 godz. 645	po 1/2 godz. 3080
po 1 godz. 64	po 1 godz. 83
po 2 godz. 12	po 2 godz. 11
po 4 godz. 11	po 4 godz. 3
po 5 godz. 148	po 5 godz. 49
po 8 godz. ∞	po 8 godz. ∞

Na 17 dzień po doświadczeniu królikowi II wstrzyknięto do żyły ucha 5 ctm. sz. roztworu srebra koloidowego 1:118, czyli 0.0413 srebra; nazajutrz temu samemu zwierzęciu wstrzyknięto również 0.423 srebra, poczem następnego dnia z obydwoma królikami powtórzono wspomniane doświadczenie, którego wynik przedstawiamy poniżej:

<i>Królik I</i> , wzięty dla kontroli.	<i>Królik II</i> (wstrzyk. 0.0846 srebra.
Natychmiast ∞	Natychmiast ∞
po 1 godz. 480	po 1 godz. 790
po 2 godz. 54	po 2 godz. 43
po 3 godz. 56	po 3 godz. 1
po 3½ godz. 14	po 3½ godz. 5
po 4 godz. 28	po 4 godz. 10
po 4½ godz. 14	po 4½ godz. 7
po 6 godz. 3	po 6 godz. 11
po 8½ godz. 81	po 8½ godz. —

Tak więc *koloidowe srebro nie wywiera żadnego wyraźnego wpływu na bakterjologiczne własności krwi.*

Ponieważ rzekomy wpływ srebra koloidowego na posocznicę czyni możliwem przypuszczenie zubożniającego działania tego przetworu na toksyny mikrobowe, przeto należało również wykonać i w tym kierunku próby odnośnie. Niestety, wszakże, jak dotąd, nie jesteśmy w stanie otrzymać dostatecznie silnych toksyn z hodowli bakterji ropotwórczych; użyliśmy tedy w tym celu toksyny dyfterteryycznej.

Doświadczenie XI. Królikowi, samcowi, wagi 1931.0 wstrzyknięto do żyły ucha $\frac{1}{15}$ część cent. sz. toksyny dyfterteryycznej. Dawka ta odpowiadała mniej więcej 5-krotnej śmiertelnej dawce i zabijała króliki wagi 1500—2000.0 po 36 godzinach. Po 12 minutach do żyły drugiego ucha wstrzyknięto $5\frac{1}{2}$ ctm. sz. roztworu argenti colloidalis (0.0632 srebra). Mniej więcej po upływie 12—16 godzin nastąpiła śmierć zwierzęcia; badanie pośmiertne wykazało wybitne zmiany swoiste dla toksyny dyfterteryycznej przy zwykłym obrazie srebrzycey.

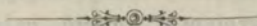
Dla określenia miejscowego działania srebra koloidowego przy zakażeniu wykonano doświadczenie następujące.

Doświadczenie XII. Królikowi, samcowi, wagi 1000.0, wtarto w ogoloną skórę brzucha około 1.0 unguenti Credé; pod skórę i w mięśniu prawego uda wstrzyknięto 2 ctm. sz. roztworu srebra koloidowego 1 : 150; wreszcie do żyły ucha wstrzyknięto $\frac{1}{5}$ część zmytej z powierzchni agaru kilkodniowej hodowli gronkowca złocistego (przeprowadzonego przez 3 króliki). Po 17 godzinach zwierzę padło; natychmiast potem zrobiono szczepienia na agar z tkanki podskórnej brzucha (w miejscu wtarcia maści), z miejsca wstrzyknięcia srebra, oraz z takiego samego miejsca na drugim udzie. Z tego

ostatniego miejsca wzrosła nazajutrz na agarze olbrzymia ilość kolonii, równocześnie zaś z dwu pierwszych miejsc ilość bardzo nieznaczna.

Reasumując w kilku sprawach wyniki pracy niniejszej, możemy twierdzić, iż działanie srebra koloidowego na ogólne sprawy zakaźne i posocznicze pozbawione jest zupełnie podstaw doświadczalnych; natomiast, jako środek wybitnie wstrzymujący rozwój drobnoustrojów, przetwór ten może znaleźć zastosowanie przy miejscowych, ograniczonych sprawach zakaźnych. Sądzymy przeto, iż w celu powstrzymania procesu róży, przy rozpoczynających się ropniach, przy czyrakach i t. p., stosowanie srebra koloidowego może mieć rację bytu. Odpowiedź w tej mierze powinny nam dać badania kliniczne, oparte na dostatecznym materiale.

1 listopada 1899 r.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

19. Dr. Krahn. Przypadek wodonercza wtórnego w następstwie brodawczaka pęcherza moczowego. (Deut. med. Woch., № 39, 1899).

O ile poucza obszerna statystyka Fenwick'a, obejmująca 634 przypadki nowotworów pęcherza moczowego, te ostatnie umiejscawiają się najczęściej (69%) w okolicy ujścia moczowodu i teoretycznie mniemaćby należało, że zaburzenia w jego drożności powstawać winny nader często. W praktyce jednak rzeczy mają się naodwrot, gdyż dotąd, przynajmniej, spostrzegano zaburzenia te niezwykle rzadko, choć w protokołach sekcyjnych nieraz odnajduje się wzmiankę o rozszerzeniu moczowodów, miedniczek nerkowych i powstawaniu wodonercza u zmarłych na guzy pęcherza osobników. Dalej, powikłania, będącego w mowie, nie zauważono ani razu w nowszych przypadkach odnośnych Koch'a, v. Stenmetz'a, Albarran'a i Tompson'a, w spostrzeżeniu zaś Küster'a rozpoznano, wprawdzie, przed operacją wodonercze wtórne, to jednak ostatnie, jak przekonano się później, pozostawało w związku z nowotworem nerki, a nie pęcherza. To też w jednym tylko, jak dotąd, przypadku Antal'a sprawa załatwioną została trybem prawidłowym, tu bowiem, jeszcze przed wykonaniem zabiegu, stwierdzono u chorego obecność wodonercza i tu również, po usunięciu nowotworu pęcherza, otrzymano wyzdrowienie. Z uwagi zatem na tak szczupłą liczbę przypadków omawianych,

przytoczone w pracy autora spostrzeżenie odnośnie zasługuje na uwagę, bardziej szczególną.

W pracy swej Krahn podaje przebieg choroby pewnego 49-letniego żyda, który przed pięcioma jeszcze laty zauważył po raz pierwszy w moczu swym obecność krwi; domieszka ta jednak przestała pokazywać się po upływie dni kilku. Następnie, w ciągu dwóch lat niespełna osobnik ów oddawał mocz na pozór czysty; przed 2¹/₂ laty krwawienia z pęcherza wystąpiły znowu, powtarzając się zrazu w okresach czasu trzymiesięcznych, potem zaś coraz częściej, do czego ostatnio przyłączyły się dotkliwe bóle w żołądździ, oraz parcie na mocz nieustanne. Podczas badania dosyć wyniszczzonego osobnika wykryto po prawej stronie brzucha pas stłumienia, którego granica przednia zaczynała się na poziomie ości biodrowej przednio-górnej i, zakreślając łuk lekko wypukły na dwa palce poniżej tępości wątroby, kończyła się nieco na zewnątrz od linii środkowej. Poniżej brzegu wolnego narządu można było wypukać szeroką na 2 ctm. przestrzeń o czystym odgłosie kiszkiowym, która oddzielała nieprawidłową tępość brzucha od stłumienia wątroby. Z boku i ku tyłowi stopienie wypukowe ciągnęło się na tejsze wysokości aż do kręgosłupa, przyczem w kierunku ku linii środkowej to ostatnie występowało coraz wybitniej; na wysokości pępka wyczuwało się nadto guz, wielkości głowy dziecka; wierzchołek guza odróżniał się za pomocą obmacywania wyraźnie od wątroby i w części swej środkowej dawał uczucie chęłbotania. Jeżeli kiszki wzdęto sztucznie, okrężnica ze swym odgłosem bębenkowym układała się z przodu od guza, który, jak wykryło badanie cystoskopem, był brodawczakiem, umiejscowionym w okolicy ujścia moczowodu prawego. W zabarwionym krwa-wo i mętym, słabo-kwaśnym moczu znaleziono nieco białka, w osadzie zaś—liczne bezbarwne i ilość niewielką czerwonych ciałek krwi. Ponieważ na plan pierwszy występowały w danym przypadku objawy ze strony nerki, przypuszczano zatem, że ów brodawczak pęcherza jest przerzutem tylko i że, prawdopodobnie, ma się tu do czynienia z guzem złośliwym nerki, kamieć bowiem tejsze trudno było przypuścić wobec niebolesności krwawień i braku kolek. Na zaproponowaną operację usunięcia guza z pęcherza chory zrazu nie zgodził się, powrócił jednak po pewnym czasie na klinikę znowu i wówczas stwierdzono powiększenie się znaczne części guzowatości, chęłbotającej w okolicy nerki. Po uśpieniu chorego chloroformem i poprowadzeniu cięcia właściwego (sectio alta) nadłonowego, rozcięto otrzewną na przestrzeni mniej więcej 5 ctm. dla uzyskania do pęcherza wygodnego dostępu i w jednym z kątów rany błonę tę przyszyto do surowiczej wyciągniętego ku przodowi dna pęcherza, tak, że jama brzuszna była znów zamkniętą wszędzie. Pęcherz otworzono w kierunku linii środkowej, po rozszerzeniu zaś brzegów rany ujrano guz wielkości jaja kurzego, o spistości miękkiej, zabarwiony na odcień sinawy i pokryty solami. Po uchwyceniu szypuły w pętlę galwanokaustyczną nowotwór usunięto doszczętnie, dalej, przypalono mocno miejsce przyczepu, poczem, w celu upewnienia się co do stosunków z nerką, otworzono powyżej pęcherza jamę otrzewnową raz

jeszcze. Tu jednak nie wykryto nic takiego, co przemawiałoby za obecnością nowotworu w nerce. Po zamknięciu bezzwłocznem jamy brzusznej na pęcherz nałożono szew Czerny-Lembert'a, a do najbardziej ku dołowi wysuniętego odcinka rany założono dern, do pęcherza drażący, zaopatrzone, wreszcie, operowanego w cewnik à demeure. Przebieg pooperacyjny wolny był od powikłań zupełnie. Trzeciego dnia po zabiegu zauważono już powiększenie się znaczne dobowej ilości moczu, która z 800.0 podniosła się do 1400.0, dnia piątego wyjęto dren, siódmego usunięto szwy, poczem stwierdzono rychłozrost całkiem zadawalniający. Tegoż dnia podczas obmacywania nerki prawej przekonano się, że guzowatość zmniejszyła się znacznie. Dnia dziesiątego operowany wstał z łóżka, z upływem zaś trzech tygodni opuścił szpital zdrow i bez śladu guza w okolicy nerki. W danym tedy przypadku opróżnianie się worka nerkowego postępowało stopniowo, co też stanowi pewną przypadku tego odrębność; zazwyczaj, bowiem, po usunięciu przeszkody, warunkującej powstanie wodonercza, mocza wylewa się na zewnątrz w ilości nader obfitej i odrazu.

K. Niedzielski.

20. Dr. Eugeniusz Kapelusz (z Biały). **O usypianiu chloroformem.** (Wien. med. Woch., № 41, 1899).

Jakkolwiek, dzięki dokładnemu obznajmieniu się z własnościami i działaniem fizyologicznem chloroformu, stosowanie środka tego podejmuje się dziś daleko śmielej, to jednak chloroformowanie nie przestało zaliczać się do zabiegów, względnie, niebezpiecznych tam zwłaszcza, gdzie nie są zachowane ostrożności niezbędne. Pod temi rozumieć należy przedewszystkiem dokonanie odpowiedniego wyboru pacjentów, którzy nadają się do tego rodzaju usypienia, ściśle więc badanie uprzednio osobnika, mającego poddać się operacji z uwzględnieniem zmian w narządach takich, jak serce, płuca, nerki, górne drogi powietrzne (wole), zbadanie, wreszcie, stanu zębów. Za niepodatnych do usypiania chloroformem Kocher np. uważa tego rodzaju osobników, u których stwierdzone zostało zwapnienie naczyń lub otłuszczenie (lipomatosis) ogólne, dalej — ludzi sędziwych, wyniszczonych przez cierpienie, bezkrwistych, pijaków, przechodzących, wreszcie, sprawy zapalno-gnilne, wobec których i Mikulicz uważa chloroform za przeciwwskazany zupełnie. Że pogląd ten jest słusznym, przekonywają o tem trzy własne autora pracy powyższej przypadki, w których otrzymane bądź w przebiegu, bądź wkrótce po operacji zejście niepomyślne. W przypadku pierwszym wykonano myomektomię u kobiety, przez uprzednie krwotoki z macicy wycięzionej bardzo; druga chora cierpiała przez czas dłuższy na niezły żołądka i kiszki przewlekły i umarła po wylężczkowaniu macicy; trzecie spostrzeżenie, wreszcie, dotyczyło cierpiącej na nawrót zgorzeli fosforowej, przyczem miano tu do czynienia z przebiegającym chronicz-

nie zapaleniem posokowatę szczęki i współczesnym z temże stanem septycznym ogólnym.

Powstrzymanie się zupełnie od przyjmowania pokarmów w dniu operacji jest, jak wiadomo, dla chorego warunkiem niezbędnym, w tym zaś razie, gdy ten stał się już niemożliwym, a wykonanie rękoczynu jest nieodwołalne, należy przedtem żołądek opróżnić. Pożytecznym jest bardzo przemówienie do chorego uspokajające ze strony lekarza, jak również zaoszczędzenie mu widoku stołu operacyjnego i narzędzi, co wpływa, niewątpliwie, na większą gwałtowność okresu pobudzenia. Po zdjęciu ubrania i rozluźnieniu sznurówek należy chloroformować chorego w położeniu na wznak, wtedy bowiem operowany oddycha najdogodniej, przyczem okolica żołądka powinna być obnażoną, gdyż tu, właśnie, zauważa się najlepiej ruchy oddechowe. Wszelakiego, opóźniającego wystąpienie narkozy hałasu unika się skrzętnie, tenże bowiem obciąża tylko uwagę chorego i przewlec może okres ekscytacji. Czystość preparatu chemicznego jest również rzeczą wagi niezmierniej, chloroform bowiem nader łatwo pod działaniem światła słonecznego i tlenu powietrza ulega rozkładowi, przyczem wydziela się chlor, kwas solny i inne przetwory. Za preparat najbardziej czysty autor uważa chloroform prof. Anschütz'a, sprzedawany w 50.0 ciemno-brunatnych flakonach, zakorkowanych starannie i ułożonych w opakowaniu nieprzepuszczalnym. Przechowywanie środka w ciemności i barwa szkła flakonu zabezpieczają preparat ten od ujemnego wpływu światła, zapakowanie zaś szczelne — od wstrząśnień podczas przewozu, w następstwie czego mogłyby powstać niepożądane w chloroformie zmiany natury chemicznej. Lecz i tak oczyszczony narkotyk utracić może wiele na wartości pod wpływem powietrza sali operacyjnej, zwłaszcza jeżeli operuje się nocą przy świetle gazowem, gdyż pod działaniem płomienia gazowego wytwarza się szkodliwy dla ustroju związek chemiczny — tlenek chloru węgla (phos.en). Już w swoim czasie von Langenbeck zwracał uwagę na niebezpieczeństwo chloroformowania porą nocną w takich pokojach zwłaszcza, gdzie płomień gazu znajduje się nisko, to też właściwie sale operacyjne zaopatrzone być winny w oświetlenie elektryczne; z uwagi zresztą na ujemne działanie gazu i przewietrzanie niedostateczne najlepiej byłoby rzec się operowania po nocy w celu uniknięcia niepożądanych powikłań.

Zwyczaj udzielania chloroformu kroplami, lecz ciągle, datuje się od czasów, stosunkowo niedawnych, o ile zaś metoda taka jest pożyteczną, przekonano się o tem na całym szeregu przypadków; w możności dawkowania kroplami chloroform posiada wielką ponad eterem przewagę, tenże bowiem nalewać trzeba w ilości od razu dużej, a możność dawkowania jest przecie dla wszystkich środków bohaterskich wymaganiem wagi pierwszorzędnej. — Nadto lepiej będzie unikać zupełnie zastrzykiwania przedwstępnego morfiny, atropiny lub kokainy, ponieważ dawkowanie chloroformu następcze utrudnia się tylko w ten sposób i zaciemnia obraz działania środka, w następstwie czego łatwiej dają się przeoczyć

wszelakie zboczenia od normy i powikłania. Powstające, zresztą, pod wpływem morfiny stałe zwięźnienie źrenic (myosis) pozbawia chloroformującego jednej z najbardziej ważnych wskazówek w sprawie kierowania narkozą.

Konieczność ułatwienia dostępu powietrza do dróg oddechowych śpiącego zniewalała oddawna do podjęcia w urządzeniu maski zmian odpowiednich; dawnej maski Esmarch'a dziś nikt już nie używa prawie, w zastosowaniu zaś ogólnem są tego rodzaju drewniane koszyczki, które nadają się do naciągnięcia kawałka wyjałowionej gazy, świeżej dla każdego zabiegu chirurgicznego; w ten sposób unika się nakładania na twarz operowanego maski z pozostałemi na tejsze wytworami rozkładu chemicznego chloroformu. Baczyc, oczywiście, należy, aby pomiędzy maską a twarzą pozostawała zawsze przestrzeń wolna, w ten bowiem sposób zaoszczędza się choremu przejmującego go strachem uczucia duszności zaraz z samego początku narkozy. Dalej, dla uniknięcia ciągłego trzymania maski w ręku, zaleca się używanie maski, zaopatrzonej w opaskę, umocowywaną na czole; maskę taką utrzymywać można w dowolnej od twarzy chorego odległości, nie zakrywając mu oczu, dzięki czemu wypróbować daje się łatwo odezyn rogówki lub źrenic.

Objawy groźne występować mogą w każdym okresie uśpienia. Do zaburzeń zaś, które poprzedzają wystąpienie narkozy zupełne zaliczyć trzeba przedewszystkiem występujący nadto wybitnie okres pobudzenia, powstanie ruchów wymiotnych, oddechu chrapliwego, wreszcie, duszenie się (asphyxia). Pierwsze z zaburzeń tych występuje, jak wiadomo, najczęściej u nadużywających wysokości lub u osobników nerwowych, których podczas szamotania się trzymać należy za kończyny, nigdy zaś za brzuch lub klatkę piersiową. W razie stwierdzenia ruchów wymiotnych uniesioną ku górze głowę chorego zwraca się natychmiast w stronę przeciwną, terenowi operacyjnemu, dla przzerwiania zaś oddechu chrapliwego wyciąga się zapadający ku tyłowi podstawa swą język za pomocą klampli Collin'a. Groźące w niedalekiej przyszłości wyczerpanie serca rozpoznać można najwcześniej i najlepiej po bladoniebieskiem zabarwieniu warg i uszu, przyczem należy odróżniać omdlenie ścisłe (syncope) od zamartwicy (asphixia), to bowiem pierwsze warunkuje się wyłącznie przez występujące nagle podczas narkozy porażenie serca, co zwykle kończy się niepomyślnie. Tego rodzaju wypadków śmierci od chloroformu u młodych i, sądząc z pozoru, zdrowych ludzi zupełnie niepodobna wytłómaczyć sobie częstokroć, a nieraz i na oględzinach pośmiertnych otrzymujemy wyniki ujemne. Lubo zatem, dzięki stosowaniu chloroformu kroplami, niebezpieczeństwo w znacznej zaęgnywa się mierze, na usypianie chloroformem zapatrywać się trzeba, jako na zabieg poważny, podejmowanie którego poddane być winno wskazaniom ścisłym i przeprowadzone z zachowaniem ostrożności natury wszelakiej.

Wczesne zauważenie występujących w przebiegu narkozy zaburzeń, szybkie stanu rzeczy pojęcie i zrozumienie, która z czynności ustrojowych szwankuje nadewszystko, są warunkiem niezbędnym do

zastosowania w porze właściwej środków oraz zabiegów cucących. Prócz wspomnianego powyżej manewrowania językiem należy, w razie powikłań ze strony oddechu oczyścić wejście do krtani z nagromadzonych tamże mas śluzu. W przypadkach cięższych manipulację tę łączyć wypadnie z wywołaniem biernych ruchów oddechowych klatki piersiowej za pomocą napięcia mięśni i więzów, umocowanych na teźże (metoda Sylvester'a), przyczem skuteczność zabiegu wzmagą się znacznie, jeśli wykonywa się tenże w położeniu Nélatona, t. j. z głową chorego, ułożoną możliwie nisko; wywoływane tu ruchy nie powinny być jednak zbyt prędkie lub mocne, łatwo bowiem wówczas wystąpić mogą objawy wstrząśnienia mózgu. Z kolei rzeczy zastosowywać trzeba wprowadzone poraz pierwszy w użycie przez Laborde'a pociąganie za język zgodnie z rytmem oddechu, co z równą wykonywane może być korzyścią i wobec pozornej od przepicia się śmierci, albo w przypadkach asfikcji noworodków. Rzecz prosta, że metody te nieraz łączą się jednocześnie; dalej, znakomitym w razie omdlenia środkiem jest mięsienie serca, wykonane ze skutkiem zadziwiająco pomyślnym poraz pierwszy w r. 1892 r. przez Maas'a, który drogą tą, t. j. podejmowaniem rytmicznego, odpowiadającego tętnu, ucisku okolicy serca przywracał chorym krążenie i oddech. Ostatniemi, bo w r. 1898, czasy Tuffier i Hallion dowiedli drogą doświadczeń na zwierzętach, że bezpośrednie rytmiczne uciskanie serca w razie wyczerpania (syncope) pobudza znowu narząd ten do akcji. Odpowiedniami będą też stosowane podskórnie eter i kamfora, a, w razie ich skuteczności, wstrzykiwanie roztworu fizyologicznego soli kuchennej; niewłaściwym jest za to drażnienie drogą faradyzacji nerwu przeponowego, jak bowiem wykazały doświadczenia Landois'a, prąd nader słaby wywołuje skurcze tężcowe mięśnia sercowego, a potwierdzili to również Braatz oraz Kappeler. Co się tyczy użycia tracheotomii, wiemy ze statystyki Gurtl'a (1893 r.), że ta w ciężkich przypadkach zamartwicy uratowała życie 41 osobnikom; w czasach nowszych podejmują ją głównie chirurdwie francuscy, Poncet zaś i Vanverts uciekają się do niej, jako do środka ostatecznego tam, gdzie zawodzą zabiegi inne; że tracheotomia ułatwia znacznie stosowanie oddechu sztucznego z energią większą, to zdaje się nie ulegać wątpliwości żadnej. Za okres przeciętny trwania zabiegów cucących przyjmuje się zwykle godzinę czasu; zdaniem, wszelako, Maas'a nikt z chloroformowanych nie może być przywróconym do życia, gdy po upływie pół godziny leży jeszcze bez tętna.

Powracając do narkozy właściwej, dodać należy, że za oznakę uspienia zupełnego uważa się brak odczynu ze strony rogówki, oraz zwężenie źrenic; według Baudouin'a wrażliwość powierzchni uda wewnętrznej znika pod wpływem chloroformu później jeszcze, niż odczyn rogówki i dlatego też chirurg ten uważa tylko pozostające bez wrażenia uszczypnięcia zmarszczki skóry okolicy tej, jako dowód snu chorego przekonywający. Odtańd dolewać należy krople chloroformu daleko rzadziej, niż na początku narkozy, chwilami zaś, w razie spokojnego przebiegu teźże, odstawia się chloroform zupełnie i powraca doń znowu stopniowo i ostrożnie w razie najmniejszej ze strony

chorego reakcyi. Rachować się, wreszcie, wypadnie i z ujemnem działaniem chloroformu następczem, u wielu bowiem osobników zauważano np. długotrwałe po narkozie żółtaczkowe zabarwienie skóry, a nadto środek ten nie pozostaje bez szkodliwego również wpływu na narządy mięszsowe, jak przekonywają o tem badania Ungar'a, Strassmann'a, Ostertag'a i E. Fraenkel'a. Tem też tłómaczy się dążność chirurgów nieustanna do obywania się, gdzie można, bez chloroformu i zastąpienia narkozy ogólnej środkami znieczulającemi miejscowo, co, istotnie, bywa dogodniejszem i możliwem zupełnie podczas wykonywania rękoczynów mniejszych.

K. Niedzielski.

II. Choroby gardła, nosa i ucha.

21. Dr. De la Combe. *Laryngitis aphtosa.* (Revue de laryngol etc., № 37, 1899).

Pleśniawki zwykle bywają w jamie ustnej; obserwowano je i na migdałkach, na łukach, a u dzieci spotykać się dają i na błonie śluzowej przełyku. Obecność ich w krtani dotąd nie była spostrzegana. Autor widział 5 przypadków pleśniawek w krtani. Pierwotnymi nie bywają nigdy, zawsze bywają po ukazaniu się uprzednio w jamie ustnej. Użycie pieprznych potraw, ryb morskich, ostryg, może wywoływać pojawienie się pleśniawek.

Głównym objawem cierpienia jest bolesność przy łykaniu. Przy badaniu lusterkiem autor znajdował punkciki żółtawe, wielkości 2 — 3 milimetrów, z owrzodzeniem, czasem punkciki owe okrażone czerwoną obwódką (aureolą), — bez reakcyi zapalnej najczęściej na nagłośni. Na strunach głosowych pleśniawek autor nie spotykał. Brak gorączki i brak zmian fonacyjnych uzupełnia obraz kliniczny cierpienia. Pleśniawki w krtani łatwo odróżnić, gdyż wygląd ich nie różni się prawie od wyglądu ich w jamie ustnej. Zmieszać je można z herpes, pemphigus oraz ospą.

Leczenie zasadza się na zmianie pożywienia i użyciu alkaliów, np. wody Vichy do picia i płukania gardła. W razie jeżeli bolesność przy łykaniu prędko nie ustępuje, to pędzujemy je 10% roztworem kokainy albo zasypujemy ortoformem. Jeżeli pleśniawki prędko nie znikają, to pędzujemy je 1% arg. nitrico.

Kaz. Dudrewicz.

22. Geranzi. **Przecięcie nerwów zwrotnych, jako metoda lecznicza porażen rozwieraczy głośni.** (La sezione dei nervi ricorrenti come cura della paralisi di entrambi gli abduttori della laringe). Archivio italiano di otologia, rinologiae laringologia, V. IX F. 1, Settembre 1899.

Wiadomo, że w przypadkach porażen obu mięśni rozwieraczy głośni (mm. arico-arytaenoides post.) bądź obwodowego (tętniaki aorty etc.), bądź ośrodkowego pochodzenia (wiad rdzenia etc.) wskutek grożącej życiu choremu duszności, zazwyczaj wykonywa się przecięcie tchawicy (tracheotomia), lub co rzadziej bywa intubacją. Tracheotomia jednak ma tą wielką niedogodność, że chorzy zmuszeni są nosić rurkę całe życie.

Niektórzy (Wright) zalecają w tych razach laryngofissurę z następczem wycięciem strun głosowych. Autor zadaje sobie pytanie, dla czego w tych razach niespróbować przecięcia nerwów krtaniowych dolnych (recurrentes), przyczem zamiast pozycyi fonacyjnej strun głosowych, warunkującej ataki zaduszania otrzymuje się położenie strun trupie, które z wyjątkiem stałych zaburzeń głosowych (chrypka) niewywołuje żadnych innych?

Kwestya ta na zwierzętach w sensie dodatnim była rozstrzygnięta na drodze doświadczalnej (Wagner, Grossmann). U ludzi dotąd istnieje jedna jedyna tego rodzaju obserwacya, rzekomo przemawiająca przeciwko takiej możliwości. Mianowicie Monad u tabetyka z obustronnem porażeniem obu rozszerzaczy głośni rezekował część ($1\frac{1}{2}$ ctm.) *lewego* nerwu zwrotnego. Rezultat był ujemny; struny pozostały w położeniach fonacyjnych. Autor zwraca uwagę, że chcąc mieć w tych razach wynik pomyślny — należy przecinać *oba* nerwy co według niego nie jest rękoczynem trudnym.

Jan Sędziak.

23. Dr. Monsarrat. **Początkowe formy gruźlicy krtaniowej.** („Des formes initiales de la tuberculose laryngée,“ Revue de laryng., etc., N° 43, 1899).

Początki gruźlicy krtani objawiają się bardzo różnorodnie. — U jednych chorych przeważają zmiany czynnościowe, u innych zaś zmiany fizyczne będą zajmowały pierwsze miejsce — bądź to owrzodzenia dochodzące do zupełnego zniszczenia struny głosowej, bądź ogromny obrzęk chrząstek nalewkowych i wejścia do krtani. Jeden chory będzie miał tylko kaszel, drugi głos chrapowaty.

Jednym z objawów początkowych, najczęściej spotykanych w suchotach krtaniowych, jest bezwarunkowo kaszel. Objaw ten zwykły w cierpieniach dróg oddechowych znaczenie rozpoznawcze posiada tylko, jeżeli jest charakterystycznym, t. j. jeżeli w płucach nie znajdziemy przyczyny, a kaszel wciąż będzie uparty, nierówny, chwi-

lami gwałtowny, jak przy krztuścu, jakby urywany, najczęściej w chwili, kiedy chory zaczyna mówić. Odechrząkiwanie tylko wtedy daje się domyślać początku suchot, jeżeli po zbadaniu jama noso-gardzielowa okaże się zdrową.

Głos często bywa zmieniony, zjawia się chrypka, w krtani zaś znajdujemy tylko małe zmiany: owrzodzeń niema, struny dobrze się schodzą i zaledwie są przekrwione, wogóle, nie nam nie wskazuje, coby mogło wytlómaczyć tę zmianę głosu. Dopiero rozwój choroby przekona nas, że mamy do czynienia z początkową formą gruźlicy. Głos może być też, jak u rzezańca — cienkim. Zmiana tonacyi, chrypka i głos rzezańca dają się spotykać w wielu innych cierpieniach krtani: jeżeli nic nie usprawiedliwia zmian głosu, należy się prawie zawsze domyślać gruźlicy.

Formy początkowe, które się rozpoznaje przy pomocy lusterka, są bardzo liczne, jako to: przekrwienie strun głosowych, zapalenie jednej struny, często powtarzające się nieżyty krtani, guziczki, tworzące się na wolnym brzegu strun głosowych. Przekrwienia strun głosowych, których przyczyna jest trudna do wyświeetlenia, wydarzają się często wraz z dysfonią i kaszlem. Jeżeli tylko takie przekrwienie nie jest natury gruźliczej, to znika przy wypoczynku krtani, o ile nie jest powstrzymywane przez nieżyt jamy noso-gardzielowej. Nieżyty krtani powtarzające się, bez podniesienia ciepoty, z przekrwieniem strun, są prawie zawsze podejrzone.

Inną odmianą początków suchot gardlanych jest zapalenie jednej struny: chory stracił głos nagle; przy badaniu lusterkiem znajdujemy jedną strunę głosową czerwoną i powiększoną (opuchniętą), ruchy struny chorej mogą być zachowane, ale przeważnie bywa ona porażoną. Zapalenie jednej struny najczęściej bywa po stronie płuca, które jest dotknięte przez laseczniki Kocha.

Gruźlica krtanowa może się jeszcze rozpocząć od pojawienia guziczka na brzegu strun głosowych. Guziczek taki może się rozwijać powoli, długo się opierać owrzodzeniom i tak mało przeszkadzać mowie, że chory nie będzie zwracał się do lekarza. Ale przychodzi czas, kiedy zobaczymy złuszczenie nabłonka z tego guziczka i owrzodzenia gruźlicze na jego miejscu zaczną się rozwijać.

Inne nareszcie formy początkowe suchot krtaniowych zależą na przekrwieniu całego organu, obrzęku nagłośni, siności błony śluzowej krtani — są to formy najczęściej spotykane. Jedną z form więcej szczególnych jest ta, która rozpoczyna się od uczucia kuli w gardle jedynie tylko u osób nerwowych, przeważnie u kobiet. To szczególne uczucie jest często pierwszym objawem, dzięki któremu badamy krtani. Zbliżoną do tej formy jest ta, która rozpoczyna się niemożnością łykania — okres początkowy i końcowy zarazem. Przy badaniu lusterkiem znajdujemy tylko objawy nieżyty krtani.

Kaz. Dudrewicz.

24. Grant. Cierpienia nosa i uszów — jako przyczyna bólów głowy (Nasal and aural diseases as a cause of headache). Journal of Laryngology, rhinology and otology, № 9 — 1899.

Autor zwraca uwagę, że w wielu razach bóle głowy skutecznie leczą się przez usunięcie spraw chorobowych w nosie i uszach. Do spraw tych zalicza przede wszystkim: t. zw. wyrosła adenoidalne w nosogardzieli, co każdy z rynologów na mocy własnego doświadczenia rzeczywiście potwierdzić może, dalej przerost średnich muszel, na potwierdzenie czego autor przytacza dwa bardzo pouczające przypadki. Dalej częstą też przyczyną bólów głowy bywają sprawy chorobowe, mające swoje siedlisko w jamach bocznych nosa, przede wszystkim zaś w zatokach czołowych, a także Highmora, sitowych i klinowych.

Autor przytacza następujące odnośne przypadki: 1) bóle głowy, zależne od ropotoku zatoki czołowej. Wyleczenie za pomocą przestrzyknięcia zatoki przez otwór naturalny; 2) analogiczny przypadek; 3) bóle głowy czołowe, zależne od ropnia w jamie Highmora — wyleczenie za pomocą wewnątrznosowego przekłucia z następczemi przestrzykiwaniami; 4) bóle głowy czołowe, warunkowe cierpieniem zatoki klinowej. Wyleczenie dzięki nieumyślnemu (podczas operacji polipów nosa) zniszczeniu przedniej ściany zatoki — wreszcie 5) przypadek bólów głowy — w związku będący z ropieniem w komórkach sitowych. I tu nastąpiło ustąpienie bólów głowy dopiero po otwarciu „bullae ethmoidalis.“

Prócz tego autor przytacza 2 następujące spostrzeżenia, wykazujące niekiedy błędność rozpoznania nosowego pochodzenia bólów głowy. W przypadku 1-ym dotyczącym 26 letniej chorej bóle głowy rzekomo pochodzenia nosowego ustąpiły dopiero po usunięciu boczego zęba siecznego w drugim zaś wyleczenie takichże bólów ostatecznie nastąpiło dopiero po poprawie refrakcyi oka.

Co się tyczy ciepień usznych, przy których występują bóle głowy, to naturalnie nie mówiąc już o postaciach ostrych (otitis acuta medra), których dominującym objawem są gwałtowne bóle głowy — na zaznaczenie przede wszystkim zasługują te stany przewlekłe, przy których jak np. przewlekłe ropienia w atticus, lub cholesteatomy — inne objawy (ropienie) mogą być bardzo nieznaczne. W tych razach odnalezienie właściwej przyczyny tych bólów głowy w aparacie usznym — resp. usunięcie jej może tylko spowodować wyleczenie tego przykrego objawu.

Jan Sędziak.

25. Arslan. O pewnych postaciach syfilitycznych w trąbce Eustachiusza. (Alune forme sifilitiche del pariglione della tromba d'Eustachio).

Ibidem.

Przed rokiem autor ogłosił przypadek chondro-perichondritis syphiliticae w trąbce Eustachiusza u osoby dorosłej. Od tego czasu autor miał sposobność spostrzegać jeszcze 4 inne przypadki tego cierpienia. Wszystkie dotyczyły młodych osobników z odziedziczonym syfilisem (8, 12, 18 i 19 lat).

Owrzodzenia natury przymiotowej, oraz ich następstwa (bliznowate zwężenie, lub zarosnięcie) wylotów gardzielowych trąbek Eustachiusza nie należą do rzadkości, natomiast zdaniem autora, dotąd niema w literaturze wzmianki o prawdziwej postaci przerostowej całej błony śluzowej, oraz chrząstkowej części (chondro-perichondritis) trąbki pochodzenia przymiotowego.

Głównym objawem tego cierpienia, zmuszającym chorych do szukania pomocy lekarskiej, jest mniej, lub więcej znaczne upośledzenie słuchu zależne przede wszystkim od niedrożności części chrząstkowej trąbki Eustachiusza. Upośledzenie to słuchu następuje powoli, lecz stale. Raz tylko autor spostrzegał ropienie z ucha i to w następstwie płonicy. Zwykle sprawa ma skłonność do wytwarzania w następstwie suchych nieżyłtów ucha średniego, o ile naturalnie nie zapobiegnie temu leczenie specyficzne, jedynie w tych razach wskazane.

Jan Sędziak.

26. Prof. dr. A. Lucae. „Meningitis purulenta“ po zapaleniu ropnem ucha. Operacya. Wyzdrowienie: (Berl. Kl. Wochenschr., № 23, 1899 roku).

Autor opisuje dość rzadki wypadek Meningitis purulenta wskutek ropnego zapalenia ucha. Chory, od 4-letniego cierpiący na ropny wyciek z prawego ucha, przybył z objawami meningitis purulenta. Zrobiono trepanację, po której wyciekła z ucha nieznaczna ilość ropy. Po operacji stan ogólny chorego poprawił się dopiero w trzy tygodnie, gdy wyciek ropny zniknął. W 10 dni po operacji wystąpiła tępość słuchu w lewym, niezajętym uchu, które przy badaniu nie wykazało żadnych zбоceń. Tępość słuchu po paru dniach ustąpiła. Po upływie dwóch miesięcy rana po trepanacji zabiżniła się, i chory wyzdrowiał zupełnie. Zwraca tu uwagę po pierwsze ta okoliczność, że stan chorego poprawił się dopiero w trzy tygodnie po operacji, co łatwo jednak objaśnić tem, że nie odrazu ognisko ropne się oczyściło. Drugim, ciekawszym objawem jest tępość słuchu w lewym uchu, gdzie się nie dało wykazać żadnych zmian widzialnych. Dla objaśnienia tego autor przytacza drugi podobny wypadek, który zakończył się śmiercią, i na autopsyi znaleziono po stronie niezajętej zaczerwienienie nerwu słuchowego przy wejściu do ślimaka i zaczer-

wienienie lamina spiralis. Zestawiając te dwa wypadki, dochodzimy do wniosku, że tak w jednym, jak i w drugim przypadku, tępość słuchu była powodowana przekrwieniem w labiryncie. Że owa tępość słuchu nie jest warunkowana zaburzeniami w sferze czuciowej, mamy dowód, że po ustąpieniu tych zaburzeń tępość słuchu nie przeszła, z drugiej zaś strony nawet przy zaburzeniach w sferze czuciowej, przy zajęciu jednego ucha możemy konstantować dobry słuch w drugim uchu. Tępości słuchu w drugim uchu nie możemy również objaśniać t. zw. „krzyżową głuchotą“, gdzie przy zajęciu ośrodka słuchu z jednej strony, pojawia się głuchota w uchu drugiej strony, gdyż, jak nam obecnie wiadomo, każdy nerw słuchowy idzie do obu półkul; mogłaby tu więc być mowa chyba o bardzo nieznacznym przytępieniu słuchu. Reasumując to wszystko, autor dochodzi do wniosku, że w takich wypadkach, jak wyżej opisany, tępość słuchu na stronie zdrowej da się tylko objaśnić przekrwieniem w labiryncie.

Tadeusz Kurella.

27. Rosati. Zapalenie ucha wewnętrznego obustronne, jako następstwo nabytego przymiotu. (Labirintite bilaterale de sifilide acquisite), Ibidem.

Na wysokości objawów ogólnych groźnych (zawroty, hemiparasis dextra) zależnych od nabytego przymiotu w okresie drugorzędnym — u chorego nagle bez żadnych uprzednich objawów ze strony nosogardzieli, oraz aparatu usznego, wystąpiła obustronna głuchota, która ustąpiła znowu pod wpływem leczenia swoistego.

Jakkolwiek zajęcie aparatu usznego nie należy w przebiegu syfilisu do rzadkości, to jednak *nagle* wystąpienie głuchoty wskutek zajęcia błędniaka w okresie drugorzędnym syfilisu, jakoteż zupełne wyleczenie tego cierpienia dzięki leczeniu antisyfilitycznemu nadają przypadkowi powyższemu szczególne znaczenie. Najbardziej zbliżone do powyższego spostrzeżenie podaje Melle, inne natomiast jak np. de Rossi, Anderodias'a etc. miały przebieg podostrawy, lub przewlekły. Co się tyczy wreszcie wyleczeń tego rodzaju głuchot, to według Fournier nigdy się to nie zdarza — według zaś innych (Politzer) w razach tych tylko pilokarpina jest wskazaną.

Jan Sędziak.

28. Calamida. O obecności ciał fuksynowych, lub postaci blastomicetycznych w migdałku gardzielowym. (Sulla presenza di corpi fuxinofili o forme blastomicetiche nella tonsilla faringea). Ibidem.

Autor zbadał drobnowidzowo 45 migdałków gardzielowych (Luschki), usuniętych za życia wskutek przerostu (t. zw. wyrośla adenoidalne), przyczem jednocześnie były powiększone i migdałki podniebienne. Prócz tego do badań powyższych posłużyły autorowi 7 mi-

gdąłków gardzielowych, mających wygląd względnie przynajmniej prawidłowy, pochodzących z trupków dzieciennych. Po utrwaleniu preparatów w zwykły sposób, przyczem najchętniej autor używał sublimatu w roztworze wodnym nasyconym — do barwienia była zastosowana metoda Sanfelice, w modyfikacji Aicooli, jako specyficzna dla tworów blastomycetycznych. We wszystkich prawie preparatach, zarówno pochodzących z migdałków gardzielowych przerosłych i normalnych, jakoteż podniebiennych, autor znajdował ciała sferyczne, wyjątkowo owalne — wielkości białych ciałek krwi, lub nieco mniejsze, pojedyncze, lub w grupach. Siedliskiem ich najczęściej była tkanka limfoidalna zarówno na obwodzie, jak w środku, wyjątkowo tylko wewnątrz follikułów limfatycznych. Są to t. zw. przez Russela corpi fuxinofili, przez innych zaś (Sanfelice) blastomicety. Znaczenie ich dotąd nie jest wyjaśnione: czy to są twory pasorzytnicze, czy też po prostu następstwo zwyrodnień (przemian wstecznych) elementów komórkowych.

Jan Sędziak.

29. Puccioni. Przyczynek do nauki o guzach złośliwych w zatoce szczękowej górnej. (Contributo allo studio dei tumori maligni nel seno mascellare (antro d'Igmore), Ibidem.

Nowotwory w jamie Highmora nie należą do tak rzadkich, jak to się powszechnie przyjmuje. Dowodem tego są między innymi cyfry, jakie podaje Heymann w swoich badaniach sekcyjnych. I tak na 250 sekcyi osób zmarłych na różnorodne cierpienia autor ten znajdował 31 razy guzy w jamie Highmora *bez żadnych za życia objawów*. Dowodziło by to, że guzy te przez pewien czas pozostają w okresie utajonym. Puccioni prócz tego przypuszcza, że możliwą jest rzeczą przemiana natury tych guzów: z łagodnych w złośliwe. Przypuszczenie to opiera na następujących danych: 1) częstości w tej okolicy adenomatów (polipów) w porównaniu z nabłoniakami (według statystyki Webera na 307 guzów w antrum Highmora 10 razy epithelioma; 2) łatwości, z jaką tego rodzaju przemiany mogą następować, wreszcie 3) istniejących już w literaturze odnośnych spostrzeżeniach. Do tych ostatnich należy prócz Finka i przypadku przez autora spostrzegany, w którym pierwotny — w okresie utajonym będący — adenoma glandularium muciparum — zamienił się z czasem w epithelioma glandulare simplex. Autor zwraca przytem uwagę na fakt, że w wielu razach ściślejse badanie drobnowidzowe wykazuje, że w tych razach mamy do czynienia nie z nabłonkiem, lecz z odmianą mięsaka: sarcoma alveolare magnicellulare, z którym ma wiele podobieństwa — jak to np. miało miejsce w przypadku Mazzoniego, operowanym i ogłoszonym przez prof. Durante.

Jan Sędziak.

III. Choroby weneryczne i skórne.

80. Dr. A. Blaschko. **Nowy sposób leczenia rżęcią.** (Berl. Klin. Wochenschr., № 46, 1899).

Wielokrotne doświadczenia stwierdziły, że rżęć, stosowana w postaci wcierań szaruchy, nie przenika przez nienaruszoną skórę w postaci drobnych kuleczek, a działanie rżęci przy tym zabiegu leczniczym polega na tem, że lotne pary rżęciowe przez narządy oddechowe przenikają do ustroju i wywierają swoiste działanie. Opierając się na tym fakcie stosowano dawnemi czasy t. zw. okadzania rżęciowe, a ostatnie lata przyniosły nam kilka nowych metod leczenia rżęcią, mających zastąpić kłopotliwe wcierania szaruchy i bolesne, aczkolwiek, niewątpliwie, bardzo skuteczne wstrzykiwania podskórne nierozpuszczalnych związków rżęciowych.

Pierwszy Merget chustkę flanelową, napojoną tlenkiem rżęci, kładł pod głowę, jako poduszkę, swoim pacjentom. Następnie Welander zamiast wcierań szaruchy radzi poprostu rozsmarowywać ją na pewnych ograniczonych miejscach skóry, które należy pokrywać bandażem flanelowym, a nawet, zdaniem Welandera, wystarcza nasmarować kawał flaneli szaruchą i nosić go dniem i nocą na piersiach.

Metoda Welander'a nie znalazła uznania szczególnie między pacjentami, gdyż szarucha, nasmarowana nawet wewnątrz flanelowego woreczka, po paru godzinach noszenia przedostaje się nazewnątrz i wala ciało i bieliznę chorego. Niedogodnościom tym zapobiega polecany przez Ahmann'a, asystenta Welander'a, mercuriol — podwójny amalgamat aluminium i magnezii, z dodatkiem małej ilości tłuszczu o 40% zawartości rżęci. Jest to proszek, z którego rżęć łatwo paruje i którym Ahmann radzi nacierać wewnętrzną powierzchnię flanelowego lub barchanowego woreczka. Ilość mercuriolu na jedną codzienną dawkę wynosi 3 — 5 grm. Autor stosował metodę Welander'a w ciągu 2 lat i był z niej dosyć zadowolony, ale uważa za zupełnie bezcelowe rozsmarowywanie dużych ilości szaruchy co 2 — 3 dni, z której zaledwie mała tylko część rżęci ulatnia się i dlatego autor wziął myśl, aby napoić rżęcią materię bawełnianą lub wełnianą i aby chorej materię tę nosił dopóty, dopóki z niej rżęć nie wyparuje całkiem.

Myśl autora rozwiązała szczęśliwie firma P. Beiersdorf'a w Hamburgu. Udało się jej przygotować bawełnianą materię, napojoną 90% rżęciową maścią i z takiej materii, która ma wygląd zwyczajnej szarej bawełnianej materii, a ochrzczonej mianem mercolint'u, firma Beiersdorf zrobiła fartuszki, zawierające po 10, 30 lub 50 grm. rżęci. Autor przeprowadził badania nad fartuszkami z 10 grm. zawartości rżęci i znalazł, że przy ciepłocie 35° C. drogą parowania oddają zaledwie 0.20 grm. rżęci dziennie. W praktyce parowanie rżęci idzie znacznie energiczniej, tak że po upływie 4 tygodni fartuszek

z szarego staje się białym, co dowodzi, że jeśli nie cała ilość rțęci, to znaczna jej część wyparowała. Fartuszek taki chory dniami i nocą nosić winien na piersiach.

Rzecz naturalna, że z parującej rțęci cząstka zaledwie zostaje przez organizm wchłonięta i przyswojona, że jednak wessanie rțęci może nastąpić tą drogą, dowodzi z jednej strony obecność rțęci w moczu, a z drugiej znów strony dość częste występowanie zapalenia jamy ustnej i ślinotoku. Jako curiosum autor przytacza fakt, że chory, leżąc między dwoma pacjentami, zaopatrzonymi w wyżej wzmiankowane fartuszki, dostał silnego zajęcia jamy ustnej. Objawy przymiotowe przy tym sposobie leczenia znikwały względnie szybko, chociaż w upartych przypadkach energiczniej działało leczenie wcieraniami, co daje się, zdaniem autora, objaśnić tem, że przy wcieraniach rțęć ulatnia się z większych powierzchni i że niewątpliwie rțęć w postaci gazowej przenika przez skórę, tak, że przy wcieraniach rțęci dwiema drogami, drogą narządów oddechowych i drogą skóry przenika do ustroju. Zdaniem autora, wcieraniom szaruchy, a właściwie wstrzykiwaniom nierozpuszczalnych przetworów rțęciowych, należy oddać pierwszeństwo tam, gdzie idzie o szybkie i energiczne leczenie; natomiast w lekkich postaciach nawrotowych przymiotu, przy przestankowem leczeniu Fournier-Neisser'a, przy przymiotowej niedokrwistości, u ciężarnych, u ssawców i wogóle u ludzi, którzy dla pewnych przeciwwskazań nie mogą być poddani energicznemu leczeniu, leczenie powyższe z korzyścią może być zastosowane. W końcu autor zaznacza, że po przeprowadzonej systematycznie kuracy jużto wcieraniami szaruchy, jużto podskórnymi wstrzykiwaniami, noszenie przez dłuższy przeciąg czasu omawianych fartuszków zabezpieczać powinno chorego od nawrotów przymiotu, a tem samem czyni zbytecznem w pewnych odstępach czasu powtarzanie kuracy.

Edmund Kurella.

31. P. Colombini. Bakteryologiczne i doświadczalne badania w jednym uwagi godnym przypadku ogólnego tryprowego zakażenia. (Centralblatt für Bacteriologie, Bd. XXIV, № 25. — Dermatol. Centralblatt, XI, 1899).

Autor obserwował przypadek ostrej rzeżączki, w przebiegu której wystąpiło zropienie lewych gruczołów pachwinowych, lewego przyjądrza i również lewego gruczołu przyuszynego. Wskutek wysokości temperatury wskazany był zabieg chirurgiczny we wszystkich trzech miejscach, a w wypuszczonej ropie, zarówno jak w ropie z cewki moczowej, autor drogą drobnowidzowego badania i drogą hodowli wykrył obecność ziarniaków Neisser'a. Dwa razy wypuszczono choremu przy zachowaniu odpowiednich ostrożności krew z żyły przedramienia, a posiew krwi dał w jednym razie wynik dodatni i wyrosły kolonie, które przy dalszem przeszczepianiu na podłożach

miały cechy tryptowych ziarników. Tą drogą otrzymane pasorzyty zaszczerpiono, za jego zgodą, zupełnie dotąd na trypra nie cierpiącemu mężczyźnie, u którego już dzień wystąpiła typowa rzeżączka, a na trzeci dzień badana ropa wykazała charakterystyczne drobnooustroje.

Jako charakterystyczne cechy ziarników Neisser'a, autor uważa ich postać bułki, obecność w komórkach ropnych, odbarwianie się metodą Gram'a i ich rozwój w postaci rosy na agarze Kiefer'a. Na agar-moczu, również jak i na Wertheim'owskich podłożach rosły znalezione ziarniki wolniej. Wypadek powyższy jest niesłychanie ciekawy z tego względu, że swoiste ziarniki znaleziono nie tylko w ropie, ale i we krwi.

Edmund Kurella.

32. Assar Ahlström (Stockholm). Protargol jako lek poronny w stu przypadkach ostrej przedniej rzeżączki. (Dermatologisches Centralblatt, November, 1899).

Dla stwierdzenia, o ile protargol może być stosowany jako lek poronny, autor wybrał sto przypadków ostrej przedniej rzeżączki, w których choroba trwała nie dłużej jak 18 dni, a obecność ziarników Neisser'a niewątpliwie została stwierdzoną. Leczenie było prowadzone ambulatoryjnie przy zachowaniu higienicznych i dyetetycznych przepisów. W ciągu pierwszych 4 — 5 dni autor robił dwa szprycowania dziennie w ilości 5 — 10 grm. 2% — 4% roztworu protargolu, a przez następnych 3 — 5 dni 1 — 2 szprycowań dziennie 1% — 2% roztworu. Rostwór zatrzymywany był w cewce 10 — 15 minut. Za wyleczone uważał autor przypadki, jeżeli w 2 — 3 tygodnie po zakończeniu leczenia, pomimo niezachowania przepisów higieniczno-dyetycznych, i sztucznych podrażnień (przemywania sublimatowe, wkrapiania azotanu srebra i t. p.), w rannym moczu nie wykrywano Neisser'owskich ziarników. Jak widać z załączonej tabliczki, autor miał zaledwie 13 wyników, t. j. 13% ujemnych, z tych jednak 13 przypadków chorzy zbyt wcześnie w 4 przypadkach zaniechali szprycowań i to spowodowało nawrót choroby, podjęte jednak nowo szprycowania dały w końcu wynik dodatni. W jednym przypadku wystąpiło krwawienie z przedniej części i obrzęk, co zmusiło autora do zaniechania poronnego leczenia w ciągu 8 dni, ale i w tym przypadku dalsze leczenie protargolem pomyślnie zakończone zostało. Widzimy więc, że tylko w 8 przypadkach, t. j. w 8% rezultat był ujemny, gdyż z powodu różnych powikłań autor przerwać musiał leczenie poronne i uciec się do innych zabiegów leczniczych. Prędko przechodzące pieczenie w cewce było jedyną ujemną stroną wyżej wzmiankowanych silnych szprycowań, a w 5 przypadkach wystąpiło nieznaczne, przemijające krwawienie.

W końcu autor przychodzi do wniosku, że protargol jest wymienionym lekiem poronnym, a zastosowany odpowiednio wcześniej i stosowany odpowiednio długo, prawie zawsze daje pomyślne wyniki.
Edmund Kurella.

33. **Hodara. Chryzarobina przeciw łojotokowej pryszczycy i wypadaniu włosów.** (La Sem. Méd., № 40, 1899).

Autor leczy pryszczycę twarzy i wypadanie włosów łojotokowe (Eczema et seborrhoea sicca.—Ref.) chryzarobiną, zamiast stosowania innych środków, które w podobnego rodzaju przypadkach najczęściej wywołują podrażnienie skóry.

Chryzarobinę zapisuje się w formie maści następującego składu:

Rp. Chryzarobini	0.01 do 0.05
Ichtyoli	0.05 do 0.20
Vassellini flavi	50.0
Essentiae violar.	0.1.

Przy suchej pryszczycy łojotokowej twarzy używa się najpierw maści słabszej, którą zajęte okolice smaruje się raz na dzień, najlepiej wieczorem, nazajutrz zaś rano zmywa się ją cold-creamem, lub oliwą, unikać należy przytem zmywać wodą czystą lub z dodatkiem mydła, aż do zupełnego usunięcia cierpienia, które następuje już po kilku dniach.

Ta sama maść zastosowuje się raz na dzień w t. zw. pityriasis capitis, czyli wypadaniu włosów łojotokowym suchem. Osoby, nie życzące sobie tłuścić włosów, mogą używać następującej mieszaniny:

Rp. Chryzarobini	0.05 do 0.15
Olei ricini	0.50
Alcoholi absoluti	100.

Gałąką waty, nasyconą powyższą mieszaniną, lekko naciera się codziennie skórę głowy. Gdy wypadanie włosów już wstrzymało się, nacierania robią się jeszcze przez pewien czas, ale tylko 2 do 3-eh razy tygodniowo.

Również jak przy zastosowaniu maści, używa się najpierw płynów słabszych; przy podrażnieniu skóry smarowania wstrzymują się, aż do zniknięcia tego objawu.

W uporeczywych przypadkach tego rodzaju wypadania włosów, przedewszystkiem u kobiet, Hodara używa ołówka, zawierającego 25% chryzarobiny, którym lekko naciera miejsca zajęte.

Jeżeli przytem wystąpiłoby chociaż najmniejsze podrażnienie skóry, to miejsca takie oczyszczają się jaknajdokładniej z chryzarobiny oliwą. Objawy podrażnienia znikają zwykle po 5 do 6 dniach, poczem można znów robić tuszowania, aż do zupełnego wyleczenia, na co potrzeba zwykle kilku miesięcy.

Nakoniec Hodara używa z powodzeniem na łuszczycę i pryszczycę łojotokową (Psoriasis et seborrh. psoriasiform.), umiejscowionych na tułowiu lub kończynach, następującej mieszaniny:

Rp. Chrysarobini, Ichtyolii, Acidi salicylii aa 2.25
Chlorophormii, Glicerini aa 25.0.

Płynem tym pokrywają się miejsca zajęte co trzy dni, w przestankach zaś smarują się oliwą lub cold-creamem (do którego dobrze jest dodać 1% ichtyolu).

Sposób ten leczenia jest bardzo dogodny i mało drażniący skórę.
J. Wojciechowski.

34. Didsbury. Figówka wąsów i wargi górnej. („Sycosis de la monstache et de la lèvre superieure.“ La France Méd., № 33, 1899 roku).

Jak wiadomo, figówka wargi górnej bywa dzieloną na pasorzytniczą i zwyczajną. Ta ostatnia znika zazwyczaj po usunięciu przyczyn wywołujących.

Autor, nie zajmuje się w pracy swej figówką pasorzytniczą, nie mającą nic wspólnego z postacią drugą, jedyną przyczyną której jest podrażnienie wargi górnej, wywołane wydzieliną wypływającą z nosa; powstaje ona u osób, mających do tego pewne usposobienie.

W znacznej liczbie przypadków, podobnego rodzaju cierpienie, istnieją widoczne zmiany np. rozwój nadmierny przegrody nosowej, przerost muszli górnych, nowotwory i t. p. W tego rodzaju przypadkach, którym, oprócz wypływu, towarzyszy i zwężenie jam nosa, zmiany na wardze górnej odgrywają drugorzędne znaczenie i znikają po usunięciu wspomnianych przyczyn odpowiednimi rękoczynami.

W przypadkach spostrzeganych przez autora oddychanie nosem było prawidłowe, a na nieznaczny wpływ z nosa wydzieliny „przezroczystej jak woda“ z jednego otworu, chorzy nie zwracali wcale uwagi.

Wodnista ta wydzielina, jak się zdaje, będąca w zależności od zmian naczynioruchomych, jest przyczyną tej oddzielnej postaci figówki niezaraźliwej.

Zmiany na wardze ściśle ograniczają się miejscem, na które dostaje się wydzielina. Skóra wargi zaczerwienia się, a u podstawy każdego włosa tworzy się obwódka biaława, nieco wzniesiona.

Rozpoznawanie tej postaci figówki jest bardzo łatwe; chorobie ulegają najpierw włosy znajdujące się na granicy otworów nosa. Zmiany mogą być obustronne lub jednostronne; siła ich zależy od obfitości wypływu z nosa. Z chwilą ustąpienia wypływu następuje wyleczenie cierpienia.

Leczenie polega na dokładnem zniszczeniu pętlącą galwaniczną błoną śluzowej muszli dolnej, będącej siedliskiem zmian wywołujących wpływ. Zastosowanie innych środków nietylko nie przynosi ulgi

choremu, ale natomiast wywołuje większy wpływ z nosa i pogarsza zmiany miejscowe.

Dobroczynny wpływ powyższego sposobu leczenia polega bądź na działaniu odruchowym, wywołującym silne pobudzenie, niszczące wpływ nerwów naczynio-ruchowych, bądź bezpośrednio niszczącą gruczoły błony śluzowej i zamieniając je na tkankę bliznowatą.

Leczenie trwa długo i wymaga wielokrotnie powtórzonych przypałów; bolesność błony śluzowej usuwa się kokainą.

Przerosty muszli nosowych, mogące również wywoływać omawianą postać figówki, wymagają odpowiedniego zabiegu chirurgicznego.

J. Wojciechowski.

IV. Wiadomości terapeutyczne.

= 35. (*ek*) Protargol jako prophylacticum od trypra.

Welander na zasadzie przeprowadzonych doświadczeń przyszedł do wniosku, że kilka gramów 4% roztworu protargolu, zapuszczonego do cewki w kilka godzin po podejrzanem spółkowaniu i zatrzymanego przez 6 — 10 minut, jest pewnym środkiem ochronnym przeciwko tryprovemu zarażeniu.

(Arch. für. Dermat., Bd. XL).

= 36. (*ek*) Eczema.

Grünfeld poleca przy eczema madidans następującego składu ciasto:

Rp. Naftalan. 50

Ungti Wilsoni

Amyli 25

Mfpasta.

(Wiener Med. Blätter, 1899, № 21 i 22).

= 37. (*ek*) Aczkolwiek urotropina, stosowana wewnętrznie, nie jest jakimś cudownym lekiem przy zapaleniu pęcherza i miedniczek nerkowych, za jaki ją pierwotnie głoszone, niewątpliwie jednak daje przy tych cierpieniach pomyśl-

ne wyniki, gdyż powstrzymuje rozwój drobnoustrojów, zmniejsza ropienie i rozpuszcza złogi kwasu moczowego. Dawka dzienna 1 — 4 grm.

= 38. (*ek*) Alopecia syphilitica.

Rp. Sublimat. 0.20

Chloral. hydrat. 4.0

Resorcini 2.00

Ol. ricini 1.0

Spiritus 150.0

Tincturae Chinae 50.0

MDS.

(Gaucher L'indépendance médicale, 1899, № 25).

= 39. (*ws*) Carcinoma uteri.

Gruzdew zachwycony jest działaniem węglika wapnia (Ca C₂, carbure de calcium, Calcium-carbid) w nieoperacyjnych przypadkach raka macicy. Środek ten wprowadzony został w użycie w roku 1896 przez Guinard'a. Autor stosował go w praktyce ambulatoryjnej w postaci kawałków rozmaitej formy lub też proszku, po obmyciu dokładnem pochwy i części pochwowej zrakowaciałej

zakładał kawałki w zagłębienia nowotworu i umocowywał je za pomocą tamponów z waty; zmiana opatrunku odbywała się co 1 — 3 dni aż do zatrzymania krwawień, — ten ostatni skutek działania środka omawianego autor gorąco zachwala i zauważa, iż calcium-carbid pod tym względem stoi najwyżej ze wszystkich paliatywów. Co się tyczy działania kojącego bóle, to środek ten wywiera go przez wytwarzanie acetylenu; wreszcie na ostatnim miejscu stoi działanie odkażające. Pod względem łatwości zastosowania w praktyce ambulatoryjnej i niewątpliwego skutku w zatrzymywaniu krwotoków środek ten zasługuje na polecenie. — Autor stosował środek ten w postaci proszku w leczeniu nadżerek części pochwowej silniej krwawiących z pomyślnym wynikiem. (Eženedelnik, № 43, 1899).

— 40. (hu) **Dermatitis exfol. neonat.**

R. Winternitz opisuje przypadki „dermatitis exfoliativa neonatorum“. Badanie histologiczne skóry właściwej (corium) 2-eh z powyższych przypadków wykazało: rozszerzenie naczyń krwionośnych i przekrwienie, silny obrzęk i rozszerzenie naczyń chłonnych. W naskórku W. skonstatował łuszczenie i oddzielanie się górnych warstw. W. na mocy tych danych mógł zmienić dotychczasowy pogląd, że cierpienie to polega na fizyologicznem łuszczeniu naskórka niemowląt (Kaposi) i zaburzeniu w odżywianiu górnych nieunaczynionych warstw skóry (Kaposi) Według W. ma się tu do czynienia z patologicznem łuszczeniem naskórka, będącem wynikiem zmian w unaczynionej warstwie skóry.

(Arch. f. D. u. Syph. Bd. 43 — 44, — W. M. W., 1899, № 30).

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Posiedzenie zwyczajne z d. 5 grudnia 1899 r.

Przewodniczący — Prezes *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokoły poprzedniego zwyczajnego posiedzenia z dn. 18 listopada 1899 roku.

II. *Janiszewski* przedstawił dziewczynę lat 18 z mięsakiem lewej ślinianki podszczękowej.

III. *Janiszewski* przedstawił mężczyznę lat 30-tu z rakiem języka.

IV. *Dziewiszek* streścił pracę Grasseta: „La sclerose multiple disseminée.“

W dyskusyi *Jankowski* zaznaczył, że w podagrze kwas moczowy powstaje w tkankach organizmu z rozkładu białka; oddziaływać tu leczniczo nie jesteśmy w stanie; litium nie pomaga.

Cynberg zwraca uwagę na to, że podagra to choroba konstytucyjna, i że złogi osiadają w miejscach, stanowiących locus minoris resistentiae organizmu.

Talko widywał u Ormian w napadzie podagry — w komórce oka osady koloru brunatnego, moczowego; rogówka i tęczówka w tych razach bywały zdrowe.

Majewski podnosi trudności rozpoznawcze w przypadkach sklerozy żołądka, klinicznie zbliżonej do obrazu chorobowego raka żołądka, a przytem wyczuwalnej przy badaniu, jako guz.

V. *Szniersztajn* ma odczyt o kwasie chlebowym; mówi o starożytnym jego pochodzeniu, o jego rozpowszechnieniu w Rosyi, podaje sposoby jego przygotowywania, opisuje rozmaite jego gatunki i pokazuje ich próby.

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *Janiszewski*.

Sekretarz *A. Majewski*.

Posiedzenie zwyczajne z d. 19 grudnia 1899 r.

Przewodniczący — prezes *Janiszewski*.

I. Odczytano i przyjęto protokół poprzedniego posiedzenia z d. 5 grudnia 1899 r.

II. *Dobrucki* przedstawia dziecko lat 2-ch, któremu w sierpniu r. b. wyluszczone z powodu mięsaka oczodołu oko prawe; obecnie mamy do czynienia z nawrotem cierpienia w miejscu pierwotnego umiejscowienia i z przerzutem w lewej śliniance przyusznej.

III. Na wniosek prezesa *Janiszewskiego* wybrano jednogłośnie na członka honorowego Lek. Tow. Lub. — prof. *Korczyńskiego* z Krakowa i uchwalono przesłać mu w dniu jubileuszu Jego 25-letniej działalności profesorskiej powinszowania i dyplom członkowski.

IV. *Szniersztajn* zaznacza, że E. Paratore, lekarz i fizyolog włoski, badając działanie strychniny, zauważył, że cząsteczki strychniny w organizmie bardzo prędko utleniają się, przechodząc w niewinne połączenia. Potrzeba zatem przemianę tę możliwie przyspieszyć, i tu *kali hypermanganicum* oddaje wielką usługę. Ratunek w razie otrucia *Nux vomica* lub preparatami *strychniny* zasadza się na dawaniu wewnątrz roztworu *kali hyperm.* w stosunku 0.5 na 1 litr wody. Rostwór ten daje się łyżkami w odstępach paraminutowych możliwie przed rozpoczęciem objawów otrucia, następnie żołądek przemywa się roztworem *kali hyperm.* 1:5000. Jeśli kurcze przeskadzają temu, można zastosować znieczulenie chloroformowe.

V. *Janiszewski* odczytuje rzecz: „O zapaleniach opłucny międzyrazowem“ według prac *Dieulofoy* i *Rendu*. (Odczyt ten będzie drukowany w dziale sprawozdawczym przyszłego N-ru „Kroniki“).

Na tem posiedzenie zakończono.

Prezes *A. Janiszewski*.

Sekretarz *A. Majewski*.

VI. Korespondencya Kroniki Lekarskiej.

Listy z Wiednia.

II.

Wiedeń, w listopadzie 1899 r.

(Dokończenie).

Dr. Schiff przedstawia chorego z wolem podmostkowym (struma substernalis), cierpiącego od lat 10 na objawy zwięzienia górnego odcinka dróg oddechowych. U chorego da się wykazać stłumienie nad górną częścią kości mostkowej, a przy prześwietlaniu promieniami Röntgena widać powiększony cień śródpiersia. Przy kaszlu wypukła się twardy guz, wychodzący ze śródpiersia do dołka ponadjarmowego, podczas gdy powyżej wspomniane stłumienie i cień znikają. Pomimo braku powiększenia gruczołu tarczycowego, uważa S. tę narośl za wole podmostkowe i celem leczenia zamierza wykonać wycięcie.

Weinlechner wspomina o dwu wybitnych wypadkach uwięźnięcia wola po za kością mostkową, które przez pociągnięcie za górną część gruczołu tarczycowego usunięte zostało. Albert zwraca uwagę, że w przedstawionym przez Schiffa przypadku myślećby można o torbielaku skórzakowatym śródpiersiowym. Schrötter natomiast wyklucza istnienie torbielaka na podstawie zbitości guza, jak również wyklucza obecność nowotworu złośliwego, z powodu długiego istnienia i stałych objawów; zresztą, do dziś dnia znanych jest tylko 5 przypadków torbielaków skórzakowatych.

Schopf przedstawiał guz złożony z włosów (Trichobezoar), wydobyty drogą operacyjną z żołądka u 12-letniej dziewczynki. Chora ta od 5 roku życia obgryzała końce warkoczów. Od roku pojawiły się bóle żołądka, uczucie gniecienia i wymioty, a w okolicy żołądka dawał się wyczuwać guz, który uważano za śledzionę wędrującą. Laparotomia wykazała, że guz ten leżał wolno w żołądku; przez nacięcie żołądka wydobyto z niego zbitą kłęb włosów, ważący 160 gr., złożony z długich czerwonych i krótkich czarnych włosów. Ostatnie pochodziły od psa, z którym dziewczynka często się bawiła. Długa wypustka owego guza sięgała aż do dwunastnicy. Guzy takie zachodzą się bardzo często u zwierząt, u ludzi znanych jest do dziś dnia tylko 16 przypadków. Leczenie guzów polega na wydaleniu na drodze operacyjnej, aby zapobiedz w takich razach występującemu wyniszczeniu lub przebiciu żołądka.

Prof. Kaposi przedstawił „Xeroderma pigmentosum.“ Cierpienie polega na tem, że w pierwszych miesiącach po urodzeniu wystę-

pują na twarzy, na szyi i na górnych częściach klatki piersiowej plamy białe, przechodzące po kilku latach w ciemne, wreszcie rozwijające się w rozliczne raki, naczyńniki lub mięsaki, sprowadzające ostatecznie śmierć osobnika. Przytem znajdują się białe zanikowe miejsca na skórze. U starszego z przedstawionych dwu pacjentów guzy rozsiane są po całym ciele i zostały częściowo usunięte przez kilkakrotne operacje, temu samemu choremu drogą operacyjną usunięto dwa naczyńniki języka.

Tenże przedstawia chorego dotkniętego owrzodzeniami powstałymi skutkiem oświetlenia promieniami Röntgena. W przypadku tym z powodu uwłosienia na grzbiecie ręki zastosowano promienie Röntgena, po kilku posiedzeniach pojawiły się owrzodzenia coraz więcej się rozszerzające, nie okazujące dążności do leczenia.

Działanie promieni Röntgena polegać ma na porażeniu głębokich naczyń skórnych, które utrzymywać się może przez czas dłuższy i doprowadzić do niemiłych powikłań, jak wysypki, owrzodzenia a nawet zgorzel. K. przestrzega przed nieostrożnym stosowaniem promieni Röntgena. Schiff zwraca uwagę, że przy pewnej ostrożności wszelkich powikłań uniknąć można i żąda, by lekarzom dano sposobność w zakładach rządowych studyowania działania promieni Röntgena. Benedikt podnosi doniosłość rozpoznawczego znaczenia promieni Röntgena i wskazuje, że szkodliwe działania uboczne promieni powstać mogą tylko skutkiem dłuższy czas powtarzających się prześwietlań a więc w celach leczniczych.

Freund podaje wskazówki, jakich się trzymać trzeba przy stosowaniu promieni Röntgena a mianowicie prześwietlanie może trwać tylko w 5—10 minut trwających posiedzeniach, tak długo dopóki włosy nie zaczną łatwo wypadać i dopóki nie wystąpi rozległe zabarwienie skóry.

Schlesinger przedstawił chorego z ubytkiem wrodzonym mięśni piersiowych, z przepukliną płuc i z wysokim ustawieniem łopatki. Serce w przeważnej swej części znajduje się po stronie prawej. Po stronie chorej brak uwłosienia i 3-go żebra, pierwsze z drugim zrośnięte.

Grebner przedstawił wyniki swych badań nad zachowaniem się ciśnienia krwi, przed, wśród i po pracy mięśniowej. Osoby, do doświadczeń użyte, pracę swą wykonywały na przyrządach pomysłu Herza. Z badań Gr. wynika że ciśnienie krwi podczas i po pracy mechanicznej w przeważnej liczbie przypadków wzrasta i to nieraz bardzo znacznie, o 60 — 80 mm. ponad stan prawidłowy. W przypadkach, w których wykonano zanadto wiele pracy, po przeforsowaniu się, ciśnienie w pierwszych minutach okazywało znaczny spadek poniżej normy, który to jednak spadek po krótkim czasie się wyrównywał, i ciśnienie krwi po małych wahanich powracało do stanu prawidłowego. Ciśnienie krwi badał G. przy pomocy przyrządu Gärtnera, który według doświadczeń G. jest daleko lepszym i pewniejszym aniżeli sphygmanometr Bascha. Z doświadczeń swych nie wysnuwa G. żadnych wniosków, spodziewa się jednak, że z czasem oznaczenie ciśnienia krwi, oddać może wielkie usługi przy ocenianiu wyników sto-

owania pracy mięśniowej; również ono daje możność określać na pewnych podstawach ilościowo i jakościowo przeznaczone choremu ćwiczenia mechaniczne.

J.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 15-go stycznia 1900 r.

(J. Z.) Dwa tygodnie temu poruszałem na tem miejscu kwestyę honoraryów lekarskich, wracam jeszcze do niej dziś, nie sędzę bowiem, abym ją zupełnie wyczerpał. Poruszyłem tam mianowicie kwestyę taksy za leczenie. Jak wiadomo, prawnie dotąd obowiązuje taksa zatwierdzona w latach 40-ych, a więc na stosunki dzisiejsze zbyt niska, od tego czasu weszła w życie inna taksa — zwyczajowa i sądy zazwyczaj stosują się w razie spraw o honorarya. Ale też i zwyczajowa taksa nie posiada żadnej normy, sędzia, stosując ją, właściwie dowolnie tylko oznacza wysokość i od jego znajomości stosunków i dobrej woli zależy oznaczyć tę lub ową wysokość wynagrodzenia.

W ten sposób pozostawiona kwestya dawać zawsze może powód do niezadowolenia jednej ze stron, a jeśli dotąd niema to praktycznego znaczenia, bo lekarze prawie nigdy nie występują z pretensjami sądowemi, zdarzały się przeciwie sprawy tego rodzaju, które dla następnych mogły być prejudykataimi.

Wobec tego lepiej byłoby normy ustalić zgóry przez prawo odnośne i od czasu do czasu w miarę zmiany stosunków poddawać ją rewizji szczegółowej.

W Niemczech i Austrii, gdzie istnieją izby lekarskie, sprawa ta została rozstrzygnięta przez te instytucye, u nas sprawa tego rodzaju może być poruszona tylko w prasie lekarskiej, która powinna omówić ją szczegółowo.

Sędzę, że po wyczerpaniu kwestyi możnaby wystąpić do władz na drodze właściwej z dokładnie uzasadnionym memoryałem i uzyskać zatwierdzenie nowego prawa o wynagrodzeniu.

Taksa powinna obejmować nie tylko leczenie, ale i dodatkowe czynności lekarza, jak np. oględziny zwłok, ekspertyzę sądowo-lekarską, badania chemiczne i mikroskopowe, badania sanitarne i t. p.

Że i pod tym względem prawo byłoby pożądane, dowodem fakt niedawny, iż urząd lekarski uchylił się od oznaczania wysokości wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie, dopełniane przez lekarzy wolnopracujących i że skutkiem tego sąd postanowił oznaczać wynagrodzenie w każdym wypadku pojedynczym.

—h.— Sąd w Kolumbii (stan Ohio) rozpatrywał pytanie, kto odpowiada za kompres, zapomniany w jamie brzusznej podczas operacji — chirurg, czy jego pomocnik. Chora po laparotomii skarżyła się w dalszym ciągu na bóle; powtórna operacja wykazała obecność w jamie zapomnianego kompresu z marli, który stał się przyczyną zakażenia ropnego, któremu chora uległa. Wynikła sprawa o wynagrodzenie spadkobierców. Chirurg tłumaczył się tem, że zaszył brzuch po uprzednim zapytaniu pomocnicy, podającej marłę, czy liczyła kompresy i czy nie doliczyła wszystkich. Według „Médecine moderne“, chirurg wprawdzie może polegać na swych pomocnikach, ponieważ jednak sam ich sobie dobiera, przeto odpowiada za nich zarówno wobec chorego, jak i społeczeństwa. (Wr. 51).

Nadesłano do Redakcyi.

- Dr. *St. Serkowski* „O budowie kolonii bakteryjnych.“ Odb. z „Pam. Tow. Lek. Warsz.“
- W. Dobrzyński.* „Kilka słów w kwestyi oczyszczania i zraszania ulic.“ Odb. ze „Zdrowia.“
- J. Lemberger.* Skład chemiczny „Troponu“ Odb. z Pamięt. wydanego na jubileusz prof. E. Korczyńskiego.
- „Wydawnictwo pamiętników chirurgicznych.“ Zeszyty XIII, XIV, XV i XVI.
- M. Likiert.* „Ekspertyza lekarsko-sądowa.“ Odb. z „Krytyki Lekarskiej.“
- Watten* (Łódź). „Zur operativen Behandlung der Eichelhypospadie.“ Odb. z „Centralbl. f. Chir.“
- A. Hołowiński,* dr. fil. „O mikrofonicznym badaniu fal tętna i serca.“ Odb. z „Pam. Tow. Lek. Warsz.“
- J. Brudziński.* „Ueber den Emulsionszustand des Fettes in der Gaertnerschen Fettmilch.“ Odb. „Therap. Monatsheft.“
- St. Ciechanowski,* dr. doc. „Badania anatomiczne nad niedomogą pęcherza moczowego u starców.“ Odb. z „Przegl. Chirurg.“
- H. Winternitz.* „Ueber die Wirkung einiger Morphiumderivate auf die Athmung d. Menschen.“ Odb. z „Therap. Monatsheft“.
- Cz. Stankiewicz.* „Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej.“ Odb. z „Czasopisma Lekarsk.“
- J. Tchórznicki.* „Piekarnie warszawskie pod względem sanitarnym.“ Odb. ze „Zdrowia“.
- W. Maleszewski.* „Przyczynek do określenia wpływu wody karlsbadzkiej na krążenie krwi.“ Odb. z „Przegl. lekarskiego“.

- A. A. *Sicinskij*, dr. med. „K woprosu o sposobach obrazowania iskusstwiennago wlagaliszcza.“ Odb. z „Żurn. Akuszer.“
- A. K. *Pokrowskij*. „Leczenie goriaczimi glinianymi wannami.“ Odb. z „Terapeut. Wiestn.“
- E. *Flatau*. „Ustrój nerwowy w świetle najnowszych badań.“
- O. *Moczutkowskij*. „Kliniko-statistischeskoje izsledowanie spinnoj czachotki.“ Odb. z „Wojenno-Med. Żur.“
- H. *Higier*. „Ueber d. eigenartigen im posthypnotischen Studium zu beobachtenden Dämmerzustand.“ Odbitka z „Neurol. Central.“
- „Zur therap. Wirkung d. Dionins.“ Odb. z „Deut. Med. Woch.“
- W. *Biegański*. „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej.“ Warszawa, 1899 r.
- T. *Ballaban*, dr. „Michał Borysiekiewicz.“ Wspomnienie pośmiertne.
- „Cyklochron, nowy przyrząd, który umożliwia szybką zmianę barwy.“ Odb. z „Przełg. Lek.“
- „Przypadek wagra w ciałku szklanem.“ Odbitka z „Przełg. Lek.“
- „Zakrzep środkowej żyły siatkówkowej wśród blednicy.“ Odb. z „Przełg. Lek.“
- „Róg skórny powieki.“ Odb. z „Przełg. Lek.“
- „O mechanizmie powstawania oderwania siatkówki.“ Odb. z „Przełg. Lek.“
- „O cewkowatych utworach łącznotkankowych w ciałku szklanem.“
- „Ein Fall v. beiderseitiger homonger Hemianopsie mit Erhaltensein eines centralen Gesichtsfeldrestes.“ Odb. z „Wien. Med. Woch.“
- B. *Korybut-Daszkiewicz*. „Atrichia universalis acquisita.“ Odb. z „Medycyny“.
- „Kilka luźnych uwag w sprawie żywienia dzieci, szczególnie przy uporeczywych biegunkach.“ Odbitka z „Medycyny“.
- M. *Mendelsohn*, prof. dr. „Pielęgowanie chorych (Hypurgya).“ Przekład pod redakcją d-ra Z. Jonschera. Łódź, 1900. Wydawnictwo „Czasopisma Łódzkiego“.
- L. *Korczyński*, dr. doc. „Zarys dziejów kliniki lekarskiej uniwersytetu Jagiellońskiego od jej założenia do roku 1875.“ Kraków, 1899.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O nierówności zmiennej źrenic (mydriasis saltans v. alternans) — Dr. W. Mi-
klaszewski (dokończenie) — str. 49.
II. Srebro rozpuszczalne i jego wartość lecznicza — Jerzy Brunner (dokończe-
nie) — str. 64.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

19. Dr. Krahn — Przypadek wodonercza wtórnego w następstwie brodawczaka pę-
cherza moczowego — str. 70. 20. Dr. Eugeniusz Kapeluszczyk — O usypianiu chloro-
formem — str. 72.

II. Choroby gardła, nosa i ucha.

21. Dr. De la Combe — Laryngitis aphtosa — str. 76. 22. Geranzi — Przecięcie
nerwów zwrotnych, jako metoda lecznicza porażen rozwieraczy głosi — str. 77.
23. Dr. Monsarrat — Początkowe formy gruźlicy kraniowej — str. 77. 24. Grant —
Cierpienia nosa i uszów, jako przyczyna bólów głowy — str. 79. 25. Arslan —
O pewnych postaciach syfilitycznych w trąbce Eustachiusza — str. 80. 26. Prof.
dr. A. Lucae — „Meningitis purulenta“ po zapaleniu ropnym ucha. Operacja. Wy-
zdrowienie — str. 80. 27. Rosati — Zapalenie ucha wewnętrznego obustronne, jako
następstwo nabytego przymiotu — str. 81. 28. Calamida — O obecności ciał fuksy-
nowych, lub postaci blastomicetycznych w migdałku gardzielowym — str. 81.
29. Puccioni — Przyczynek do nauki o guzach złośliwych w zatoce szczękowej gór-
nej — str. 82.

III. Choroby weneryczne i skórne.

30. Dr. A. Blaschko — Nowy sposób leczenia rżnię — str. 83. 31. P. Colom-
bini — Bakteryologiczne i doświadczalne badania w jednym uwagi godnym przy-
padku ogólnego trypowego zakażenia — str. 84. 32. Assar Ahlström — Protargol
jako lek poronny w stu przypadkach ostrej przedniej rzeżączki — str. 85. 33. Ho-
dara — Chrysarobina przeciw tojetokowej przyszczycy i wypadaniu włosów — str. 86.
34. Didsbury — Flgówka wąsów i wargi górnej — str. 87.

IV. Wiadomości terapeutyczne — str. 88.

V. Towarzystwo Lekarskie Lubelskie — str. 89.

VI. Korespondencja „Kroniki Lekarskiej“ — str. 91.

Kronika bieżąca — str. 93.

Nadesłano do Redakcyi — str. 94.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 3 Января 1900 года.